

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Bc. Klára Sedláková

**Cesta za uznáním:
Důvody k migraci do Německa u budoucích
absolventů pražských lékařských fakult
Univerzity Karlovy**

Diplomová práce

Praha 2015

Autor práce: **Bc. Klára Sedláková**

Vedoucí práce: **Karel Čada, Ph.D.**

Rok obhajoby: 2015

Bibliografický záznam

SEDLÁKOVÁ, Klára. *Cesta za uznáním: Důvody k migraci do Německa u budoucích absolventů pražských lékařských fakult Univerzity Karlovy*. Praha, 2015 128 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra sociologie. Vedoucí diplomové práce Karel Čada, Ph.D.

Abstrakt

Tématem této diplomové práce jsou důvody vedoucí studenty (před)posledních ročníků pražských lékařských fakult k rozhodnutí odejít po studiu do Německa. Práce se prostřednictvím kvalitativního výzkumu snaží představit rozhodnutí k migraci a jeho důvody jako přirozené vyústění stávající, pro mladé lékaře poměrně nepříznivé, situace v českém zdravotnictví. Provedený výzkum poukazuje na podstatnou roli faktorů nefinančního charakteru, zejména se v tomto ohledu autorka v práci zaměřuje na roli sociálního statusu lékařů, zvláště pak prestiže lékařského povolání a s ní souvisejícího nedostatku uznání. Samotné důvody k odchodu jsou v práci nahlíženy optikou teorie tzv. *push-* a *pull-*faktorů. Rozhodnutí k odchodu jako zvolenou strategii, předkládáme ve světle teorie Alberta Hirschmana Exit, voice, loyalty. Výzkum je založen na sérii polostrukturovaných hloubkových rozhovorů se studenty, již deklarovali úmysl odejít přímo po studiu za prací do zahraničí (primárně do Německa). Práce se zabývá důvody k odchodu z perspektivy hlavních aktérů, a představuje tak různorodost jejich přístupů k rozhodnutí migrovat. Hlavním zjištěním práce je zásadní role nedostatku projevovaného uznání v rozhodnutí odejít, která se odráží v několika typech motivačních faktorů k odchodu. Cílem práce je mimo jiné rozšířit stávající diskurz, v němž je téma odchodů čerstvých absolventů často pojímáno jako otázka financí, čímž je jeho komplexnost poměrně neoprávněně redukována.

Abstract

This master thesis deals with the topic of migration of the fresh graduates from Czech Republic to Germany. By means of a qualitative research the decision and reasons to migrate are presented in this thesis like a natural strategy of reaction on decline of an actual situation of young doctors in the Czech health system. The research shows an important role of the non-financial motivating factors. The central topic of research became the social status, especially the prestige and related respect. The reasons for migration are introduced with the theoretical help of the Push and pull factors theory. The understanding of the strategy of decision to migrate as a natural process is related to the theory of Exit, voice and loyalty of Albert Hirschman. The research is based on a series of semi-structured interviews with participants who intend to migrate after the graduation. Since this thesis is focused on the perspective of the main actors of the phenomenon, the migrants, it introduces the diversity of their attitudes to the reasons for migration. The main finding is the importance of the role of respect in the particular everyday situations, which is reflected in the several of ascertained types of motivating factors to migrate. One of the aims of this thesis is to broaden the actual discourse in which the reasons of migration are often understood just as the question of financial shortage, which reduces the whole complexity of this phenomenon.

Klíčová slova

migrace kvalifikovaných pracovníků, migrace lékařů, absolventi medicíny, odliv mozků, důvody k migraci, zahraniční pobyt, Erasmus program, zdravotnictví, specializační vzdělávání lékařů, Německo, Česká republika

Keywords

skilled migration, migration of physicians, brain drain, reasons to migrate, stay abroad, Erasmus Programme, health service, meedical postgraduate education, Germany, Czech Republic

Rozsah práce: 231 586 znaků (od úvodu po závěr)

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 15. 5. 2015

Bc. Klára Sedláková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem participantům za jejich ochotu účastnit se výzkumu.

Srdečně děkuji také vedoucímu práce, Mgr. Karlu Čadovi, za věnovaný čas, trpělivost a odborné a podnětné vedení práce.

V neposlední řadě děkuji Věře Sedlákové za neutuchající podporu v období realizace výzkumu a psaní práce.

Institut sociologických studií

Teze diplomové práce

Předpokládaný název:

Migrace čerstvých absolventů medicíny do Německa a jejich důvody z perspektivy potenciálně odcházejících studentů posledních ročníků medicíny pražských lékařských fakult

Námět práce:

Ve své diplomové práci bych se ráda věnovala tématu odchodu mladých absolventů medicíny do Německa. Téma odchodu lékařů za prací do zahraničí se stalo zejména aktuálním v roce 2004 po vstupu ČR do Evropské Unie, které se nakonec neukázalo být natolik přelomovým, nicméně nárůst odchodů oproti předchozím dekádam byl již patrný. V r. 2008 upozorňovala Česká lékařská komora na nežádoucí trendy v oblasti úbytku kvalifikovaných pracovních sil. Českým nemocnicím se tehdy nedostávalo 628 lékařů (o 280 více než v r. 2006). Zároveň ČLK zmiňovala další neblahé tendence, hýbající českým zdravotnictvím jako například stále se zvyšující průměrný věk českých lékařů (tedy i zvyšující se podíl lékařů sloužících v důchodovém věku), dále pak právě ony zvyšující se počty lékařů odcházejících za hranice a stále vyšší závislost českého zdravotnictví na pracovní síle ze zahraničí, zejména ze Slovenska a států bývalého Sovětského svazu [ČLK, TZ: 25. 2. 2009]. Opět aktuálním tématem se pak obava ze skutečného odlivu českých medicínských mozků stala v souvislosti s protestní akcí českých lékařů *Děkujeme, odcházíme*, datující se do přelomu let 2010/11. Po domluvě s tehdejším ministrem zdravotnictví začaly do té doby strmě narůstající počty žádostí o Certifikát profesní bezúhonosti klesat. Od r. 2008 však pozorujeme v oblasti odchodů trend nový, a sice nárůst počtu absolventů, žádajících o osvědčení o nečlenství v ČLK, jež je nezbytné pro pracovní výjezd do zahraničí. Z 1% promočního ročníku v r. 2008 vystoupal poměr na přibližně 1/6 absolventů v r. 2012.

Tabulka – Vývoj počtu žádostí

Rok	2008	2009	2010	2011	2012
Počet žádostí	9	62	131	169	207
Celkový počet absolventů	784	1037	1021	949	1061
Procento žádajících z absolventského ročníku	1.0%	4.5%	11.0%	14.2%	16.3%

Zdroj dat: Zdravotnická ročenka ÚZIS a interní evidence ČLK

Německo jako cílovou destinaci jsem si pro specifikaci výzkumného tématu zvolila z toho důvodu, že je druhou nejčastější destinací odcházejících českých lékařů¹ - v r. 2012 zde pracovalo 756 Čechů [Bundesärztekammer]. Navíc díky geografické blízkosti je zde také po českých lékařích značná poptávka, a Česká republika je tak častým cílem německých klinik, hledajících novou pracovní sílu a okupujících zdejší medicínské pracovní veletrhy.

Cíle výzkumu:

Ve své empiricky zaměřené práci bych se ráda zabývala postoji studentů dvou posledních ročníků medicínských fakult, kteří již reálně plánují odchod do zahraničí. Hlavním cílem výzkumu je zachytit jejich postoje zejména tedy důvody k odchodu a představy o budoucím životě v Německu ve srovnání s ČR. To vše bych ráda prostřednictvím teorie migrace vysoce vzdělaných pracovníků, mobility studentů a studia relevantních informací o fungování českého zdravotnictví, zejména pak systému postgraduálního vzdělávání, ráda zasadila do sociologického kontextu.

Předpokládané výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

- Jakého charakteru jsou důvody studentů k odchodu z českého zdravotnictví ihned po ukončení studia?

¹ První je Velká Británie s 1158 lékaři v r. 2013. [General Medical Council]

Další výzkumné podotázky:

- Jaká vidí studenti posledních ročníků v systému českého zdravotnictví negativa, tedy jaké jsou jejich důvody k odchodu s ohledem na fungování zdravotnického systému, a o čem se zároveň domnívají, že funguje v německém zdravotnictví lépe?
- Jakou roli v jejich rozhodování hraje zkušenost pracovní/studijní stáže v zahraničí (Německu)?

Předpokládané metody zpracování:

V práci budu kromě teoretických zdrojů a literatury týkající se organizace zdravotnického systému, vycházet z vlastního empirického materiálu nasbíraného formou kvalitativních polostrukturovaných hloubkových rozhovorů se studenty posledních dvou ročníků pražských lékařských fakult.

Orientační přehled zdrojů:

BOLANOWSKI, W. 2005. Anxiety about professional future among young doctors. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 18(4): 367-374.

BONCEA, I. 2013. *Medical brain drain*. A theoretical approach. *Annals of the University of Oradea, Economic Science Series*. 22(1): 64-71.

IMRAN, N., Z. AZEEM, I.I. HAIDER, M.R.BHATTI. Brain Drain 2012. A Harsh Reality International Migration of Pakistani Medical Graduates. *Journal of Postgraduate Medical Institute*. 26 (1): 67-72.

KING, R. 2002. Towards a new map of European migration. *Int. J. Popul. Geogr.*, 8: 89–106

KRAJEWSKI-SIUDA, K., A. SZROMEK, P. ROMANIUK, Ch. GERICKE, A. SZPAK, K. KACZMAREK. 2012. Emigration preferences and plans among medical students in Poland. *Human Resources for Health*, 10 (8).

TJADENS, F., C. WEILANDT, J. ECKERT. 2012. *Mobility of Health Professionals: Health Systems, Patterns of Health Workers' Mobility and Implications for Policy Makers*. Bonn: WIAD - Scientific Institute of the Medical Association of German Doctors.

VAVREČKOVÁ, J., K. DOBIÁŠOVÁ, H. HNILICOVÁ. 2006. *Migrační sklony lékařů a studentů medicíny: Terénní šetření*. Praha: VÚPSV

VAVREČKOVÁ, J., I. BAŠTÝŘ, L. MICHALIČKA, D. FISCHLOVÁ. 2007. *Riziko odlivu lékařů a odborníků IT/ICT z České republiky do zahraničí*. VÚPSV, 1. ed.

WISKOW, Ch. 2006. *Health worker migration flows in Europe: Overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*. Working paper no. 45. ILO

WISMAR, M., C. MAIER, I. GLINOS, G. DUSSAULT, J. FIGUERAS. 2011. *Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries*. Copenhagen: WHO.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Karel Čada

Obsah

ÚVOD.....	2
1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE.....	7
1.1 MIGRACE VYSOCE KVALIFIKOVANÝCH PRACOVNÍKŮ.....	7
1.1.1 <i>Důvody k migraci</i>	8
1.2 STATUS LÉKAŘE A JEHO PROMĚNY.....	14
1.2.1 <i>Sociální status</i>	14
1.2.2 <i>Status lékaře v proměnách medicíny</i>	16
1.2.3 <i>Nerovné postavení a otázka uznání</i>	19
1.3 ODCHOD JAKO REAKCE NA NEROVNOST.....	20
2. METODOLOGICKÉ POZADÍ PRÁCE.....	23
2.1 VYBRANÝ PŘÍSTUP A METODA SBĚRU DAT.....	23
2.1.1 <i>Metoda polostrukturovaných rozhovorů</i>	23
2.2 VOLBA CÍLOVÉ SKUPINY.....	24
2.3 REALIZACE SBĚRU DAT.....	26
2.4 PRÁCE S DATY.....	27
2.5 ETICKÉ SOUVISLOSTI.....	27
2.6 SEBEREFLEXE.....	28
3. ANALYTICKÁ ČÁST PRÁCE.....	30
3.1 ÚVODNÍ NÁSTIN MIGRAČNÍHO KONTEXTU V OBOU ZEMÍCH.....	30
3.1.1 <i>Migrace českých lékařů</i>	30
3.1.2 <i>Německo lákavé a lákající</i>	31
3.2 ÚTVÁŘENÍ OČEKÁVÁNÍ VE VZTAHU K PROFESI LÉKAŘE – MOTIVACE KE STUDIU.....	36
3.2.1 <i>Prestiž studia a povolání</i>	36
3.2.2 <i>Role financí</i>	37
3.2.3 <i>Shrnutí</i>	39
3.3 SETKÁNÍ S REALITOU - ROZHODNUTÍ K ODCHODU Z ČR.....	39
3.3.1 <i>Inklinace k cestování, k cizím jazykům a k životu v zahraničí</i>	40
3.3.2 <i>Děkujeme, odcházíme!</i>	42
3.3.3 <i>Vliv médií</i>	45
3.3.4 <i>Finanční procitnutí</i>	47
3.3.5 <i>První setkání s praktickou výukou</i>	48
3.3.6 <i>Zahraniční stáž</i>	57
3.3.7 <i>Přímý vliv sociálního okolí – „kultura migrace“</i>	63
3.3.8 <i>Shrnutí</i>	68
3.4 DŮVODY K ODCHODU.....	69
3.4.1 <i>Osobnostně dané faktory</i>	70
3.4.2 <i>Organizačně dané faktory</i>	71
3.4.3 <i>Faktory na úrovni společnosti</i>	91
3.4.4 <i>Shrnutí</i>	95
ZÁVĚR.....	96
SUMMARY.....	103
POUŽITÁ LITERATURA.....	105
SEZNAM PŘÍLOH.....	109
PŘÍLOHY.....	110

Úvod

Problém emigrace lékařů a dalších vysoce kvalifikovaných pracovních sil byl ve druhé polovině dvacátého století v sociologii migrace vnímán jako záležitost týkající se spíše zemí třetího světa. V zemích rozvinutých jí byla věnována pozornost zpravidla pouze s ohledem na otázku integrace imigrantů právě ze zemí chudého jihu. Globální soutěž o talenty však začíná situaci postupně obracet i proti vyspělým zemím. Vždy totiž existuje země v určitém ohledu ještě vyspělejší, která špičky jejich vědy, IT či medicíny rozdíly v systému láká. V České republice bývá otázka odcházejících kvalifikovaných pracovních sil spojována nejčastěji právě s lékařskou profesí. Poprvé na možnost odchodů z českého zdravotnictví lékaři upozornili na přelomu let 2010/11 akcí *Děkujeme, odcházíme*. Po podepsání memoranda s tehdejším ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem, jež přineslo navýšení platů lékařů o 3 -5 tisíc Kč [Havlová 2011], začaly do té doby strmě narůstající počty žádostí o Certifikát profesní bezúhonnosti postupně klesat. Přibližně od r. 2008 se však začíná v oblasti odchodů projevovat trend nový, a sice nárůst počtu absolventů medicíny, žádajících o osvědčení o nečlenství v ČLK, dokument nezbytný pro pracovní výjezd do zahraničí. Z 1% promočního ročníku v r. 2008 vystoupal poměr na přibližně jednu dvacetinu absolventů v r. 2013².

Zdravotnická migrace a problém stávajícího či budoucího nedostatku zdravotníků je aktuálním tématem snad ve všech vyspělých zemích. V kontextu demografických změn (jak na straně lékařů, tak pacientů), postupné feminizace zdravotnictví a nerovné distribuce sil v jednotlivých oborech není emigrace lékařů ze strany původních zemí kvitována příliš pozitivně. Ačkoliv jsou odchody českých lékařů již poměrně dlouho tematizovaným problémem, nedá se říci, že by mu dosud byla ve vědecké obci věnována odpovídající pozornost. Tématem potenciálních odchodů lékařů a mladých absolventů se empiricky zabývá prakticky pouze výzkum Vavrečkové et al. [2006]. Spolehlivá data týkající se mobility lékařů vyjíždějících za prací za hranice země jsou v České republice také poměrně nedostatkovým zbožím³.

² Zdrojem údajů k výpočtu jsou informace poskytnuté Českou lékařskou komorou (ČLK) a Zdravotnické ročenky z let 2008 až 2013.

³ Evidence na úrovni příslušných orgánů je prakticky redukována pouze na Českou lékařskou komoru a jí vydávané dva, již výše zmíněné dokumenty, které jsou pro práci lékaře v zahraničí nezbytné. V případě

V této empiricky založené práci se zaměřuji na perspektivu potenciálních migrantů, studentů předposledních a posledních ročníků pražských lékařských fakult s již nabytou zkušeností zahraniční stáže v Německu. Konkrétně se pak zabývám jejich důvody k případnému odchodu, přičemž mi jako teoretická báze v mém analytickém snažení slouží teorie *push-a pull-faktorů*. Německo, jako cílovou destinaci, jsem si pro specifikaci výzkumného tématu zvolila z toho důvodu, že je (po Anglii) druhou nejčastější destinací odcházejících českých lékařů⁴ - v r. 2014 zde v pozici lékaře pracovalo 850 Čechů⁵. V rozsahu nabídky studijních stáží a oblíbenosti u studentů medicíny zaujímá Německo pravděpodobně místo první⁶. Navíc díky geografické blízkosti je zde také po českých lékařích značná poptávka, a Česká republika je tak častým cílem německých klinik, hledajících novou pracovní sílu na zdejších medicínských pracovních veletrzích.

V práci se snažím zasadit odchody mladých absolventů medicíny do širší sociologické perspektivy, jež bere v potaz i nedávný historický vývoj lékařské profese. Poukazuji na fakt, že budoucí absolventi a mladí lékaři jsou jako první porevoluční generace nuceni čelit napětí v českém zdravotnictví, vznikajícímu mimo jiné i z dnešního střetu historicky odlišně se vyvíjejících západních trendů a převážně za socialismu vychovávaných lékařů, zdravotnického managementu a z této doby pozůstalých struktur.

Existuje jistá tendence redukovat problém odcházejících lékařů na aspekt finančního zajištění, já bych ovšem touto prací ráda upozornila i na motivační faktory nefinančního původu (samozřejmě za předpokladu zohlednění i těch finančních). Budu zde prezentovat perspektivu, která nahlíží odchod jako strategii vypořádání se s nerovnostmi, jež se pojí se sociálním statutem mladých lékařů a lékařů v ČR

atestovaných lékařů jde o Certifikát profesní bezúhonnosti, u čerstvých absolventů pak o Osvědčení o nečlenství v ČLK. Problém v souvislosti s těmito dokumenty je, že prakticky nemůžeme říci, že počet žadatelů je roven počtu skutečně odchozích. Na druhou stranu můžeme téměř s jistotou tvrdit, že zvyšující se tendence v počtech žádostí je poměrně jasným signálem změny a tato skupina žadatelů s potenciálem odchodu činí rok od roku stále vyšší procento absolventského ročníku (viz kapitola Migrace českých lékařů).

⁴ První je Velká Británie s celkem 1235 lékaři v r. 2015. [General Medical Council UK, 2. 4. 2015]

⁵ Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland 2007 - 2014 [online]. 2008 - 2015.

Bundesärztekammer. [cit. 2015-04-16]. Dostupné např. z:

<http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2014/Stat14Tab10.pdf>

⁶ Interní evidence zahraničních oddělení lékařských fakult

všeobecně. Sociální status je dán třemi složkami: mocí, materiálním zajištěním a prestiží [např. Lenski]. Podstatným aspektem je však také uznání, projevovaná úcta. Tato složka, ač mnohdy médii, laickou i odbornou veřejností opomíjena, se ukázala z pohledu studentů medicíny jako velmi podstatná. Na základě výzkumu je možné konstatovat, že kromě finančního ohodnocení (tedy materiálního zajištění) je aktuálně značně pokulhávající složkou sociálního statusu zejména prokazovaná úcta. Při analýze spojené se sociálním statutem vycházím z teorie statusové inkonzistence Gerharda Lenskiho [1954]. Za pomoci teorie Alberta Hirschmana Exit, voice, loyalty [1970] se pak pokusím osvětlit odchod ze systému jako přirozenou reakci na stávající podmínky. Na rozdíl od předchozích generací nastupujících lékařů, disponuje totiž ta stávající možnost osobního srovnání zdejší situace se zahraničím a co hlavně, možností beztrestného odchodu ze systému. Jako možnou a poměrně jednoduchou strategii (ve srovnání např. s možností protestu (*voice*) [ibid]) ji tak volí stále více mladých absolventů medicíny.

Metodologickým cílem mé diplomové práce je proniknout do tématu z perspektivy budoucích potenciálních migrantů, kteří deklarovali zájem o odchod do zahraničí, konkrétně právě do Německa. Jde tedy o aktéry, pro něž je téma nanejvýš relevantní, a jež tak představují zajímavý zdroj informací o tom, co jsou v současné době ony klíčové faktory, které výše zmíněný proces ovlivňují. Vzhledem k absenci výzkumných studií, věnujících se tomuto tématu na území ČR po akci *Děkujeme, odcházíme!*, jsem se rozhodla věnovat se tématu tzv. od samotné podstaty, tedy od důvodů, jež k odchodu do zahraničí mladé studenty a lékaře vedou, co je na této cestě provází a z jakých zkušeností při svém rozhodnutí čerpají. V devíti provedených polostrukturovaných rozhovorech v délce 1-2,5 hodiny se pomocí zkoumání každodenní reality, spojené se životem a studiem medika, snažím proniknout k důvodům jejich potenciálního odchodu. Snažím se odkrýt vnímané (resp. sociálními aktéry deklarované) rozdíly mezi zdravotními systémy domovské a cílové země, tedy České republiky a Německa. Zvláštní důraz budu klást na otázku projevovaného uznání v jejich každodenním kontaktu se zdravotnickým prostředím. Dále se budu zabývat již prožitou zkušeností odchodu do zahraničí, v podobě nejrůznějších zahraničních stáží a studijních pobytů, a jejím vlivem na rozhodování o odchodu do zahraničí po skončení studií.

Můj výzkumný postup je do určité míry inspirován principy zakotvené teorie. Data jsem v průběhu jejich sběru konzultovala s literaturou a podle ní jsem pak při

jejich dalším sběru a následné práci s nimi částečně upravovala směr výzkumu. Nosným rámcem se ve výsledku ukázalo právě téma situačního uznání, což vedlo k přesunu fokusu mé práce z obecnějšího výzkumu nefinančních motivačních faktorů k tématu vlivu (ne)dostatku projevovaného uznání v každodenním kontaktu participantů se zdravotnickým prostředím na jejich rozhodnutí k odchodu. Snažila jsem se však vyhnout se situaci, při níž by došlo k redukci komplexnosti celého procesu rozhodování pouze na otázku uznání, a k případnému opomenutí ostatních podstatných aspektů. Rozhodla jsem se proto v analytické části věnovat dostatečný prostor i faktorům, jež jsou svým charakterem od tématu uznání poměrně vzdáleny.

Mé **výzkumné otázky** znějí následovně:

Hlavní výkumná otázka:

- Jaké existují v případě potenciálně migrujících studentů pražských lékařských fakult *push*- a *pull*-faktory nefinančního charakteru a jaká je jejich konkrétní náplň?

Výzkumné otázky, jež vyvstaly v průběhu výzkumu:

- Jak se aktuální sociální status (mladého) českého lékaře odráží na rozhodnutí studentů posledních ročníků migrovat po studiu do zahraničí?
- Jak se projevuje otázka uznání na důvodech studentů k odchodu?

Vedlejší výzkumné otázky:

- Jak se jejich rozhodnutí o odchodu vyvíjelo s ohledem na jejich postupné pronikání do reality českého zdravotnictví v pozici studenta medicíny?
- Jakou roli v jejich rozhodování hraje zkušenost pracovní/studijní stáže v zahraničí (Německu)?
- Existuje v českém zdravotnictví určitá kultura migrace? Jakou roli hraje v případě pozitivního rozhodnutí k migraci jejich sociální okolí?

Práce je rozdělena do tří hlavních částí. V první z nich představím teoretická východiska z oblasti teorie migrace. Také se v ní budu věnovat teoretickému konceptu sociálního statusu a jeho nedávnému historickému vývoji s ohledem na lékařskou

profesi. V druhém případě využívám vzhledem ke specifickým vývoje v socialistickém Československu dominantně jako zdroje literaturu českých autorek, věnujících se sociologii medicíny, Bártlové [2005] a Křížové [2006]. Tuto část považuji za podstatnou s ohledem na správné pochopení současné situace jako vyústění jistého společenského procesu. Ve třetí části teoretického pozadí práce seznámím čtenáře se základní tezí teorie Alberta Hirschmana, načež budu v její optice rozebírat právě otázku migrace mladých absolventů do Německa.

Následující kapitola je věnována metodologii provedeného výzkumu. V ní předkládám argumentaci k volbě vybraného přístupu a metody. Seznamuji čtenáře s kritérii, stanovenými pro výběr participantů k výzkumu. Dále pak rozebírám průběh realizace sběru dat a samotné práce s daty. Závěrem se zabírám etickými souvislostmi výzkumu a vlastní sebereflexí.

Ve třetím velkém celku, analytické části, představuji výsledná zjištění výzkumu. Z počátku čtenáře uvádím do kontextu představením personální situace v českém a německém zdravotnictví. V samotném analytickém rozboru pak rozhodnutí k odchodu a důvody k němu prezentuji na pomyslné časové lince studia. Od výkladu motivací ke studiu medicíny postupuji k prvním střetům původních očekávání s realitou zdravotnického prostředí a získávání informací a zkušeností ke srovnání českého systému s ostatními, zakončuji pak představením samotných důvodů k odchodu.

1. Teoretická východiska práce

1.1 Migrace vysoce kvalifikovaných pracovníků

Stejně jako mnoho dalších odvětví, vyvíjí se i výzkum migrace s příchodem procesů jako je globalizace, individualismus nebo konzumní společnost. Jednou z nových kategorií migrace, které současná společnost zrodila, je migrace vysoce kvalifikovaných pracovníků. V této oblasti existuje sice jistá historická výzkumná tradice, ta se však omezuje na proudění migrantů směrem ze zemí rozvojových do zemí industriálních, tzv. západního světa. Na výzkum kvalifikovaných pracovních sil se začala pozornost směřovat až v posledních letech. Ette a Sauerová předjímají, že důvodem tohoto nedostatečného zájmu ze strany politiků i vědců byla zdánlivá bezproblémovost této migrace. Díky současnému tvrdému globálnímu boji o talenty nabyt ovšem problém v podobě ztráty elitních pracovních sil na aktuálnosti i pro výzkumníky a politiky z industrializovaných zemí. Bohužel, jedním z důsledků několik let trvající nepozornosti vůči popisovanému fenoménu, je nedostatečná statistická evidence týkající se těchto jevů, která dnes značně stěžuje vědeckou práci na tématu [2010: 12, 16].

V některých studiích bývá synonymním způsobem pro pojem migrace používáno ekvivalentu mobilita. Vzhledem k faktu, že oba pojmy disponují odlišnými významy, jde o postup poměrně matoucí. Rozdíl v pojmech je dán zejména rozdílem v délce pobytu. Migrace je „změna místa pobytu na významně dlouhou dobu, či dokonce změna trvalá, oproti čemuž mobilita je spíše chápána jako krátkodobá změna místa pobytu, např. v kontextu turismu či pracovních cest [ibid: 20]. Pro účely této práce je, jak vyplývá z výše uvedeného, vhodnější první definice, která bude tedy i nadále v práci používána. Oba pojmy mohou ovšem být v úzkém vztahu, např. díky zvýšené studentské mobilitě (tedy krátkodobým, časově omezeným pobytům), se zvyšuje i pravděpodobnost, že se rozhodnou dotyční studenti po absolvování do navštívené země (ale i do jiné) migrovat [viz např. Kahanec, Králiková 2011].

Migrace vysoce kvalifikovaných pracovníků mezi dvěma zeměmi bývá označována jako tzv. *Brain drain* (Odliv mozků). Celkově ale rozlišujeme čtyři formy migrace vysoce kvalifikovaných pracovníků, a sice v závislosti na perspektivě, kterou na migraci hledíme, na její vzájemnosti a také na jejím dalším vývoji, tedy zda se

dotyční migranti rozhodnou po nějaké době vrátit zpět do země původu, či v cílové zemi setrvají [např. Schroth, Stojanov 2011; Bernard 2008]:

- *Brain drain* – hledisko země původu a negativní důsledky odlivu jejích expertů pro ni
- *Brain gain* – hledisko cílové země, zisk expertů bez nákladů
- *Brain circulation* – krátkodobá migrace (zpravidla mezi vyspělými zeměmi)
- *Brain exchange* - efekt výměny mezi zeměmi, migrace má oboustranný charakter

Díky tomu, že jde o jev v České republice poměrně nový, pro určení toho, zda v případě českých absolventů medicíny půjde o *brain drain* či o *brain circulation*, postrádáme zatím potřebná data. Odhadem by se však případná *brain circulation* měl začít projevovat po dokončení první atestace, kterou je většinou možné složit cca po pěti letech specializačního vzdělávání. Vzhledem k této nevykrystalizovanosti situace bude v této práci používáno označení migrace, či odcházení, resp. odchodů absolventů medicíny do Německa.

1.1.1 Důvody k migraci

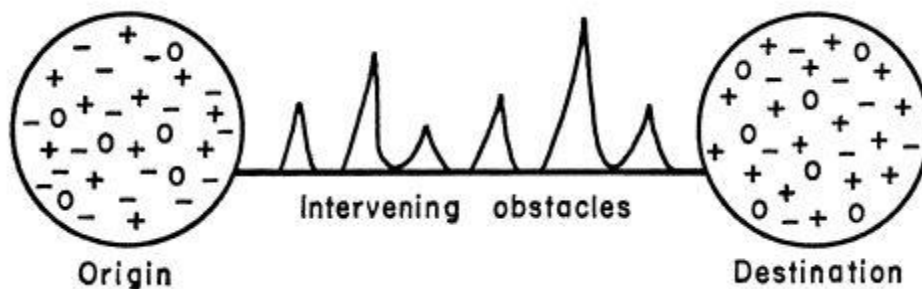
1.1.1.1 Teorie push- a pull- faktorů ve zdravotnické migraci

Asi nejrozšířenější teorií, zabývající se hlediskem důvodů k migraci je teorie tzv. *push-* a *pull-*faktorů [např. Freeman 2012]. Faktory charakteru *push-* jsou takové, které vycházejí z nespokojenosti s aktuálními podmínkami a prostředím v zemi původu. *Pull-*faktory jsou naopak vázány na zemi cílovou. Jsou tedy tím, co migranta na vybrané zemi přitahuje [Han 2000; Tjadens et al. 2012]. Höppli upozorňuje na fakt, že teorie *push-* a *pull-*faktorů pracovala dříve převážně s proměnnými ekonomického charakteru, dlouho tedy platila jako teorie spíše kvantitativní. Později ovšem začala být obohacována i o další faktory, a to až do dnešní podoby, kdy se k ní řadí aspekty charakteru kulturního, sociálního, politického, náboženského, demografického, etnického ekologického a samozřejmě ekonomického [2010: 24].

Prvním, kdo zohlednil při výzkumu migrace aspekty týkající se obou perspektiv, jak země původní, tak cílové, byl Everett Lee [1966]. Velký důraz kladl také na intervenující podmínky jako jsou například vzdálenost, osobní, fyzické či politické

bariéry. Jak demonstruje schématické zobrazení modelu níže, každá ze zemí disponuje pozitivními a negativními faktory, jež individuum přitahují či odpuzují. Definice každého takového plusu a mínusu je pro každého jednotlivce jedinečná a řídí se jeho hodnotovým systémem. V případě některých faktorů je pravděpodobné, že budou přitahovat více individuí (např. příjemné podnebí), některé jsou pak relevantní pouze pro menší skupiny (např. hustá síť předškolních zařízení).

Schéma 1: Model *origin-*, *destination-* a intervenujících faktorů podle Everetta Leeho



Zdroj: [Lee 1966: 50]

Lee také podotýká, že oproti faktorům vážícím se k zemi původní, je možnost posoudit analogicky zemi cílovou samozřejmě objektivně horší [1966: 50-1]. Lühke k tomuto tématu dodává, že to, o čem je v případě migrace rozhodováno, zahrnuje pro běžného jedince (a víceméně i pro většinu odborníků) i naprosto nepřehledné a nejasné entity. Co si takový jedinec představí např. pod pojmem „cílová země“ či „můj vlastní život“ jsou jen zlomky ve skutečnosti velmi komplexní reality, jejíž veškeré aspekty není většinová lidská mysl prakticky schopna při svém rozhodování pojmut, a tedy je objektivně zohlednit. Co více, musí jedinec porovnávat tyto entity nejen v aktuálním čase, ale i vzhledem k budoucnosti a jejímu možnému vývoji. Musí tedy například uvážit možný nadcházející vývoj situace v jeho vlastní zemi a srovnat jej s tím v zemi cílové. Pro takové úvahy bude pravděpodobně ale postrádat potřebné informace a nedostane se mu přístupu ke všem relevantním kritériím [1989: 37]. Některé skutečnosti se, dle Leeho, dají totiž odkrýt až po určité době setrvání v dané zemi. S tímto se pojí jistá, vždy přítomná míra nejistoty s ohledem na cílovou zemi a rozhodnutí k migraci do ní [1966: 51].

Poměrně rozsáhlý a přehledný souhrn *push-*, *pull-* a *stick-*faktorů v oblasti migrace zdravotnického personálu v roce 2012 sestavili jako součást projektu *Mobility of Health Professionals* pod záštitou Světové zdravotnické organizace (WHO) autoři

Tjadens, Weilandtová a Eckert. Závěrečná zpráva z projektu zahrnuje jak dílčí tak souhrné výsledky z 25 světových zemí, jež patří mezi nejčastější přijímající a vysílající země, co se zdravotnického personálu týče. Zastoupeno je tak například právě pro tuto práci aktuální Německo, z ČR sociogeograficky nejbližších zemí pak např. Polsko. Z uvedených *push-* a *pull-* faktorů jsem vytvořila za účelem možnosti jejich porovnání a lepší přehlednosti tabulku, již jsem kvůli její délce a detailnosti umístila do příloh této práce (viz Příloha č 1).

Existují i další teorie, zabývající se rozhodnutím k migraci (např. Teorie racionálního výběru⁷), teorii *push-* a *pull-* faktorů jsem se rozhodla využít pro svou práci proto, že nejlépe vystihuje situaci participantů mého výzkumu, již díky své zkušenosti dokáží v jisté míře porovnat ony *push-* a *pull-* faktory, tedy jak aspekty týkající se země původu, tak země cílové. Další výhodou je, že se teorie zabývá jak tlaky, které na individuum působí v původní zemi, tak atraktivitou zemí cílových, což jí dodává dle mého názoru na komplexnosti. Teorie bývá kritizována za její neschopnost vysvětlit, proč lidé nemigrují [např. Freeman et al. 2012]. Tato tématická oblast však není předmětem mé práce, a proto pro ni tento deficit také není komplikací.

Jak podotýká např. Akl et al. [2007] a jak je patrné i z tabulky výše, konkrétní *push-* a *pull-* faktory z velké většiny reprezentují vždy dvě strany jedné mince, jednoho problému. Jinými slovy, vnímané nedostatky v původní zemi se často doplňují s tím, co se potenciální migrant domnívá, že mu může nabídnout země cílová. Tento fakt se mi potvrdil i při realizaci a následné analýze rozhovorů, kdy jsou často oba faktory vztahující se k jednomu tématu součástí jedné věty, či se ve výpovědích velmi prolínají. Vzhledem k faktu, že je diplomová práce svým rozsahem omezený formát, rozhodla jsem se prostor využít účelněji než jaksi umělým oddělováním těchto dualismů ve výpovědích. Také za účelem lepší čtivosti textu, neopakování se a hlavně řádného zprostředkování komplexity jednotlivých pohledů nebudu tedy faktory dělit do kapitol *push-* a *pull-*, tak jak je tomu v některých studiích. Faktory budu po vzoru Claire Blacklockové et al. [2014] či Akla et al. [2007] prezentovat spíše tematicky a

⁷ Na tu se v případě výzkumu rozhodnutí k migraci často snáší kritika. Kottwitzová a Vanbergová např. uvádějí, že v případě migrace chybí základní předpoklady pro racionální rozhodnutí, a sice jasná posloupnost, pořadí cílů, resp. účelů migrace a transparentní sociální prostředí [1971/72: 58].

zprostředkovávat tak oba pohledy zároveň, stejně jako jsou prezentovány ve výpovědích. Onen dualismus perspektiv původní a cílové země, která je jádrem této teorie, se snažím zachovat prostřednictvím jejich neustálého srovnávání. Tento přístup mi umožňuje zejména již zmiňovaný fakt, že jedním z kritérií výběru byla v mém výzkumu právě minimálně jednosemestrální zkušenost pobytu v Německu, nabytá během pracovní či studijní stáže.

1.1.1.2 Vybrané výzkumy migračního rozhodnutí a důvodů k migraci

Tématu migrace bývá často věnován prostor spíše s ohledem na jeho důsledky pro cílovou zemi, existuje tedy např. řada studií věnující se začleňování migrantů v cílové zemi. Lederer o samotných důvodech a formách odchodu vysoce kvalifikovaných říká, že se ze strany migračního výzkumu jedná o velmi zanedbávanou oblast [dle Ette, Sauer 2010: 13]. Dvojnásob to platí pro specifickou skupinu studentů medicínských fakult a výzkumu jejich intencí a důvodů k odchodu kvalitativní cestou. Ve shodě s tvrzením v úvodním odstavci této práce se výzkum této skupiny doposud soustředil spíše na migraci z rozvojových zemí do rozvinutých, než mezi samotnými rozvinutými zeměmi. V následující kapitole se pokusím vybrat několik zajímavých výzkumů, týkajících se tématu této práce. Kromě jednoho českého výzkumu, představím v následující podkapitole z důvodu kulturní, společenské, zeměpisné i historické blízkosti kvantitativní studii z polských lékařských fakult. Dále se budu věnovat i studiím, které, ač pocházejí z našich krajinám geograficky vzdálených zemí (Libanon, africké státy), nesou přeci jen s mým výzkumem jisté podobnosti.

První a zároveň poslední studií, věnující se empiricky tématu potenciálního odchodu mladých absolventů medicíny z ČR je v r. 2006. vydaný výzkum kvantitativní povahy autorů Vavrečkové et al.. Autoři provedli terénní šetření na pěti českých medicínských fakultách mezi 371 studenty 4. – 6. ročníků⁸. Téměř 60 % takto

⁸ Výzkum Vavrečkové et al. je kvantitativního charakteru, avšak je nazýván „pouze“ terénním šetřením. Bohužel se jej nepodařilo realizovat na všech fakultách ČR a i počty účastníků se studentů se poměrově liší od tehdejších reálných počtů studentů.

dotázaných studentů uvedlo, že o práci v zahraničí uvažuje⁹ [Vavrečková et al. 2006: 45]. Pouze 18 % z nich ovšem uvedlo, že pro to již učinili nějaké kroky [ibid: 49]. Oblast důvodů k odchodu dostala ve výzkumu prostor ve formě dvou otázek. V první jsou zkoumány „faktory ovlivňující migrační rozhodnutí“, ve druhé pak již přímo „motivy pro práci v zahraničí“¹⁰. Z výzkumu např. vyplývá, že největší vliv mají faktory (85 – 95 % respondentů) 1) lepší podmínky pro mou odbornou práci, 2) přesné a podrobné informace o zemi, do které hodlám jet, 3) před odjezdem podepsaná smlouva. Pro tři čtvrtiny respondentů bylo také důležité, že budou 4) moci navštěvovat několikrát ročně členy rodiny zůstávající v ČR [ibid: 52]. Co se týče samotných motivů, je pro více jak 80 % respondentů podstatné: 1) Získat mezinárodní rozhled a kontakty, 2) zlepšit si znalost cizího jazyka, 3) vyšší finanční ohodnocení a 4) naučit se pracovat se špičkovou technikou [ibid: 53]. Výzkum proběhl v r. 2006, kdy zahraniční stáže ještě nebyly tak často využívanou možností, jak se podívat za hranice. Pravděpodobně proto spatřovali v odchodu do zahraničí za práci respondenti výhodu získání mezinárodního rozhledu a kontaktů. V případě účastníků mého výzkumu si troufám tvrdit, že si většina z nich tuto potřebu splnila již během studia, a proto není tento důvod pro můj výzkum natolik relevantní.

V roce 2008 proběhl v Polsku kvantitativní výzkum mezi 1 177 studenty 5. a 6. ročníků medicíny v pěti velkých polských městech. Krajewski-Siuda et al. [2012] stejně jako Vavrečková et al. zjišťovali, jaká část studentů přemýšlí o odchodu ze země. 62 % studentů uvedlo, že uvažuje o hledání práce v zahraničí, a to s průměrnou pravděpodobností odchodu 50 %. 72 % studentů deklarovalo, že již podnikli určité kroky k tomuto cíli. Studie je založena na teorii *push-* a *pull*-faktorů. Mezi nejdůležitějšími *pull*-faktory jsou v případě 78 % respondentů vyšší platy, pro 75 % studentů jsou to pak lepší pracovní podmínky, 66 % uvedlo jako důležitý *push*-faktor touhu po nových zkušenostech. Hlavním *push*-faktorem pro 50 % byly špatné pracovní vyhlídky v jejich domovině [ibid: 2].

⁹ Znění otázky („Pomýšlíte na práci v zahraničí?“) si v tomto případě troufám označit za poněkud vágní, vzhledem k tomu, že chybí jakákoliv jasnější specifikace. V otázce není např. definováno, zda má jít o práci ihned po dokončení studia, či někdy v budoucnu během lékařské kariéry.

¹⁰ Za problematický bych označila fakt, že část věnující se motivacím k odchodu nedeklaruje, že by vycházela z některé z teorií, mechanismus rozdělení do ovlivňujících faktorů a vlastních motivů je tak poněkud nejasný.

Mezi faktory vlivu se zde objevují mnohdy oblasti, jež jsou v jiných studiích jasně označeny jako důvody, tedy motivy k odchodu.

Limity obou zmíněných studií, vyplývající zejména z jejich kvantitativního charakteru, spočívají např. v tom, že v nich není jasně definováno, co je náplní jednotlivých faktorů. Pojmy jako např. lepší pracovní podmínky, či špatné vyhlídky do budoucna jsou poněkud všezastřešující a čtenář se může pouze domnívat, co je jimi vlastně konkrétně myšleno. Z těchto důvodů se v mém výzkumu tématem zabývám optikou kvalitativního výzkumu. Proto dále představím jednu metaetnografickou studii kvalitativního charakteru, které se zabývají přímo rozhodnutím k migraci a důvody, jež k němu migranty vedly.

Jako poslední jsem se rozhodla stručně představit meta-etnografickou studii [Blacklock et al. 2014] ze sedmi afrických zemí, jež shrnuje poznatky z celkem šesti kvalitativních studií. Fokusem této studie je opět rozhodnutí k migraci, ovšem u několika různých typů zdravotnických migrantů¹¹. Autoři analyzovali *push-* a *pull-*faktory uvedené ve všech vybraných studiích a vytvořili z nich šest hlavních argumentačních linií (psychosociálních faktorů): „Snaha o zajištění dosud nenaplněných materiálních očekávání (vlastních, ze strany rodiny, či společnosti); 2) Napětí a emocionální diskomfort, event. nebezpečí na pracovišti; 3) Obavy o osobní a rodinnou bezpečnost na pracovišti i mimo něj; 4) Nedostatek odpovídající profesní podpory a rozvoje; 5) Touha po profesní prestiži a respektu; 6) Přesvědčení, že budoucí naděje a cíle mohou být naplněny v zahraničí“. Výsledné rozhodnutí je pak souhrou různých faktorů [ibid: 102]. Blacklocková et al. například zmiňují, že účastníci výzkumů jsou pod jistým tlakem, plynoucím z očekávání, že díky podstupované tvrdé práci a vzdělávání by měli dosahovat určitého materiálního životního standardu¹². V jedné ze studií dále mladí neatestovaní lékaři (junior doctors) vypověděli, že se přístupem starších lékařů cítí být odrazováni. Ti s nimi jednáni s despektem, někdy až zastrášujícím způsobem [Hagopian et al. dle Blacklock et al. 2014: 104]. Lékaři také hovořili o nepříjemných situacích, kdy se musejí smířit s nedostatkem zdrojů a velkým množstvím pacientů, což nevyhnutelně snižuje kvalitu péče, již mohou poskytnout. Dalším terčem kritiky se stala kvalita specializačního vzdělávání, jež poskytuje příliš velký prostor pro konkurenční boje. Díky nejasnému nastavení vzdělávacích programů dochází často ke zbytečnému prodlužování atestační přípravy. Dále je pro mou práci

¹¹ Dvě z vybraných studií se soustředí na lékaře a mediky, tři na zdravotní sestry, jedna na farmaceuty.

¹² Tento materiální standart byl ve studii popsán jako to, že by dotyční např. měli být schopni zaplatit školné pro své děti na lepších (i nejlepších) školách či vlastnit majetek [Blacklock 2014:103].

zejména zajímavý bod věnující se prestiži a uznání, jež se lékařům ze strany jejich kolegů, pacientů ani veřejnosti v původních zemích nedostává [ibid: 103-4]. Tímto bodem se plynule dostávám k tématu dalšího celku, jež se věnuje právě lékařskému statusu a problému uznání s ním spojenému.

1.2 Status lékaře a jeho proměny

1.2.1 Sociální status

Stejně jako ostatní povolání, má i to lékařské určitou pozici v sociální struktuře. Tato pozice nese obecné formální pojmové označení *sociální status* a vyznačuje se určitými právy, povinnostmi a očekávaným chováním, jež souborně nazýváme *rolí* daného statusu. Role udává vztah daného sociálního statusu vůči ostatním [Šanderová 2000: 13]. V našem případě tedy například role lékaře udává práva a povinnosti držitele ve vztahu k nositeli role pacienta a naopak.

Tématu sociální stratifikace se ve svém díle *Hospodářství a společnost (Wirtschaft und Gesellschaft)* věnoval už Max Weber. Společnost dělí jakousi trojí optikou na tzv. třídy, stavy a strany. Jeho pojem *Stand* (stav, ale i status)¹³, představuje „množství lidí v určitém svazku (...) vznikající primárně skrze a) praktikovaný způsob života, zvláště pak např. výkonem určitého povolání (*Berufstand*), sekundárně skrze b) dědictví, tedy úspěšným nárokem na prestiž díky přináležení ke stavovskému rodu (*Geburtstand*), či skrze c) stavovské přivlastnění si politické nebo kněžské panské moci (*politische oder hierokratische Stände*)“ [Weber 1922: 228]. Ve Weberově pojetí se třídy („kategorie“, či volné seskupení osob se stejnými třídními charakteristikami – *Klassenlage*) a stavy (již méně abstraktní skupiny osob se stejným stavovským postavením – *Ständische Lage*) mohou vzájemně překrývat [Weber 1922: 224, 228]. „(...) Např. do stavu lékařského spadají jak špičkoví soukromí lékaři (třída privilegovaných v důsledku majetku a vzdělání), tak řadoví lékaři ve státním sektoru (třída nemajetné inteligence a odborníků)“ [Šanderová 2000: 61].

¹³ V češtině asi nejčastěji jako „statusová skupina“ [Šanderová 2000: 55].

1.2.1.1 Bohatství, moc, prestiž

Sociální status v pojetí Emannuela Lenskiho, resp. jím definovaný tzv. druhý zákon distribuce hovoří o třech dílčích složkách, a sice materiálním zajištění (majetek a jeho zdroje), moci a prestiži. Sociální stratifikace pak spočívá v nerovném rozdělení těchto tří složek napříč společnostmi. Moc tvoří v tomto pomyslném trojúhelníku první a také základní dimenzi a má utvářející vliv jak na prestiž, tak na (resp. její funkci je) materiální zajištění, nazývané Lenskim také jako privilegium, tedy část nadvýrobku přisvojená jedincem pro vlastní potřebu. Jelikož Lenski ve své sociálně-stratifikační teorii navazuje na Webera, přejímá i jeho definici moci jako „pravděpodobnosti, s níž jednotlivci či skupiny prosadí svou vůli přes odpor druhých“. Prestiž pak může být ovlivněna, ne-li přímo dána oběma předchozími složkami [Lenski 1966 dle Šanderová 2000: 72].

Zhruba od 50. let pozorujeme redukci sociálního statusu na pojem prestiže povolání, což vychází zejména ze strukturálně funkcionalistického přístupu. „Prestiž (úcta, vážnost, ocenění, společenský význam), kterou lidé připisují určitému povolání, byla považována za dostatečné vyjádření sociální hodnoty té které ekonomické aktivity a tím i za odpovídající míru sociálního statusu“ [Tuček 2003: 282].

V roce 1954 přichází Lenski s konceptem krystalizace¹⁴ statusu. Poukazuje na nesprávnost dřívějšího pojetí sociálního statusu jako jednodimenzionálního konceptu a vycházejí opět (mimo jiné) z Webera, hovoří o existenci několika paralelních vertikálních hierarchií: etnické, vzdělanostní, příjmové a pracovní.¹⁵ V každé z těchto hierarchií zaujímá individuum určitou pozici, která ale nemusí vždy být na stejné úrovni ve všech čtyřech dimenzích, resp. hierarchiích. Sociální status individua je tedy výsledným souborem těchto pozic v různých hierarchiích [Lenski 1954: 405]. Pokud jsou všechny pozice v různých hierarchiích přibližně vyrovnané, tedy se v nich vyskytují na podobně vysokých, vzájemně si odpovídajících pozicích, hovoříme o statusu s vysokou konzistencí. Status s opačnou charakteristikou, tedy různými pozicemi v různých hierarchiích, nazývá Lenski statusem nevykrystalizovaným, nekonzistentním. V druhém případě se dostávají dílčí složky sociálního statusu

¹⁴ Dnes známého spíše jako konzistence statusu [Šanderová 2000: 75].

¹⁵ Přístup je dnes označován jako dekompozice statusu [Šanderová 2000: 75].

v různých dimenzích často do konfliktu, což může jedinci působit určitou tíseň, až frustraci [ibid: 412]. Taková individua, resp. skupina individuí s nevykrystalizovaným statusem je tak pravděpodobnějším hybatelem, či podpůrcem sociální změny, než část s konzistentním statusem. To zajišťuje společnosti s vysokým podílem jedinců s nevykrystalizovaným statusem menší stabilitu, v podstatě si je totiž sama sobě vlastním zdrojem tendencí ke změně [ibid: 411-2]. Autor dále uvádí příklady inkonzistentních statusů z literatury, kdy černošský lékař, či chudý, ale vysoce vzdělaný muž pociťují právě výše uvedené vnitřní pnutí [Hughes dle Lenski 1954: 412]. Pokud zařadíme jako jednu z hierarchických dimenzí proměnnou věk, resp. délku pracovní zkušenosti, je možné jev statusové inkonzistence dobře demonstrovat také na příkladu čerstvého absolventa medicíny, mladého lékaře. Jeho status v dimenzi věku, resp. délce pracovní zkušenosti totiž neodpovídá pozici lékaře na statusové škále povolání. Lenski popisuje i různé potenciální reakce jednotlivých individuí na vnitřní statusovou inkonzistenci, přičemž jednou z možných reakcí je i odchod ze stávající organizace, či společnosti, ve které individuum tlaky pociťuje [ibid: 412]. Zde je tedy možné vidět paralelu s odchodem do zahraničí, kde jsou opět relace mezi jednotlivými hierarchiemi podmíněné hodnotami a normami dané společností, mohou být tedy odlišné od těch v České republice. Individuum tedy může odcházet s jakousi podvědomou nadějí, že v zahraničí bude jeho status konzistentnější.

1.2.2 Status lékaře v proměnách medicíny

S tím, jak se historicky proměňuje role lékaře ve společnosti, dochází i k proměnám jeho sociálního statusu, tedy umístění na stupnici jedné z dimenzí, vertikální hierarchie povolání. S přechodem společnosti z tradiční na moderní dochází k postupné profesionalizaci lékařů. Křížová popisuje, jak se v duchu racionálního přístupu k nemocem a dalším odchýlkám od normy zdraví koncem 19. století v naší geografické oblasti spolu s institucionalizovanou zdravotnickou péčí v podobě nemocnic, porodnic a blázinců, rozvíjí i systém povinného sociálního zabezpečení a byrokraticky spravovaný zdravotnický systém [Křížová 2006: 19]. Hlavními vykonavateli kontroly a vlastníky moci nad lidským zdravím jsou právě lékaři, což zajišťuje růst jejich sociálního statusu. 20. století jako století objevů a vědy přináší lékařům opět postup na společenském žebříčku, a „lékař (tak je) již v mnoha zemích chápán jako příslušník společenské elity,

u níž se vysoká formální i neformální autorita pojí s erudiicí a vysokou mravní odpovědností“ [ibid: 20]. Tomuto postavení se těšili i českoslovenští lékaři tzv. prvorepublikové medicíny. Ačkoliv v poskytování zdravotní péče existovala určitá nerovnost (existovaly soukromé praxe a sanatoria), lékaři byli nahlíženi jako osoby se silným sociálním cítěním, vzdělanci a intelektuálové, čímž se řadili ke společenské elitě [ibid: 108].

Jedním ze zásadních obrátů v moderní medicíně 2. poloviny 20. století, jež může být lékaři nahlížen jako ohrožující jejich původní status, je důraz na vztah mezi lékařem a pacientem. Koncem 20. století dochází k přechodu ze vztahu paternalistického (lékař je pánem situace) na vztah partnerský (pacient je aktivně zapojován do procesu léčby). Dochází také k feminizaci medicíny. Dle McManuse se v Anglii a USA podíl studentek medicíny z 20 – 25 % v roce 1968 zvedl na 50 % v roce 1991 [2000: 10]. Ač za jiných podmínek, dochází i v československém zdravotnictví k masivní feminizaci. Tento postupný vývoj s sebou přináší pro mužské nositele lékařské profese nové výzvy a to jak v komunikaci s kolegyněmi, tak se sestrami. Na ty má totiž feminizace lékařského povolání značný vliv a napomáhá jejich hierarchickému postavení, jež bylo doposud utvářeno ve vztahu dominantní muž - podřízená žena. Sestry se začínají profesionalizovat, dostává se jim odborného vzdělání, a s postupným prosazováním se vztahu žena-žena se tak zároveň přibližují i kompetence obou rolí na vertikální hierarchii zdravotnických profesí [Bártlová 2005: 144-6]. Vedlejším efektem postupného nárůstu sociálních statusů těch rolí, jež jsou s lékaři nejvíce v kontaktu a profesně jej obklopují, je pokles lékařského statusu v rámci sociální struktury. Lékaři si tedy musejí postupně zvykat na stále se zvyšující autonomii svých hlavních sociálních partnerů – pacientů a sester. Se stále se zvyšujícím individualismem a heterogenizací mezi samotnými lékaři i pacienty, ať již jde o hledisko etnicity, náboženství, jazyka, či genderu, se zvyšují nároky na sociální kompetence lékařů. „Padá jednotný kulturní model role lékaře (a pacienta) a namísto něj se v mnoha situacích improvizuje“ [Elias dle Křížová 2006: 122; závorky v originále]. Nebezpečí, jež tato situace přináší je, že chybí-li pro nějakou sociální situaci pomyslný scénář v podobě jasných daných norem, výsledná bezradnost může aktéry motivovat k vyhýbání se takovým situacím [ibid]. V českém zdravotnictví, do kterého část výše uvedených změn začala pronikat s jistým zpožděním až po roce 1989, se můžeme nezdědka setkat se situací, kdy „nově“ formulovaný požadavek na komunikaci lékaře s pacientem končí v realitě na jakémsi

pomezí mezi paternalistickým a partnerským vztahem. Křížová vidí v českém kontextu také problém na straně organizátorů české lékařské péče, kteří lékařům v celém procesu léčby neposkytují na řádnou komunikaci časový prostor a za tuto, (aktuálně tedy) práci navíc lékaře ani finančně neodměňují, čímž jím v podstatě dávají najevo, že její výkon není z jejich strany považován za nezbytný [2006:129]. Ze stran pacientů a (budoucích) mladých lékařů, jak se čtenář bude moci dočíst v analytické části práce, je situace mnohdy nahlížena spíše tou západní optikou, což přináší do českého zdravotnictví mnohé konflikty. Ty se ukazují jako vlivné i s ohledem na rozhodnutí k odchodu z českého zdravotnictví do Německa.

V dnešní české společnosti jsou příslušníci lékařské profese považováni za „skupinu se silným politickým, sociálním a symbolickým kapitálem. Ten se zdánlivě snížil, neboť finanční a kulturní odměny nejsou ve srovnání s vysoce kvalifikovanými profesemi tak vysoké, jako byly dříve, na čemž se podílí i charakter postmoderní společnosti. (...)“ [Křížová 2006: 123]. Vysokou společenskou prestiž dosahuje lékařské povolání i ve výzkumech prestiže Centra pro výzkum veřejného mínění, kde dlouhodobě zaujímá první místo. Např. v roce 2013 dosáhla profese ve srovnání s ostatními 91,5 procent¹⁶. Aktuální a mediálně stále atraktivní otázka finančního ohodnocení sociálního statusu lékaře zůstává ovšem i nadále přítomnou a nezodpovězenou. Z perspektivy lékařů, účastnících se kvalitativního výzkumu Křížové, je pokles morálního závazku ve vztahu k pacientovi chápán mimo jiné jako logický důsledek snížení jejich sociálního postavení vůči jiným podobně vysoce kvalifikovaným profesím. Lékař byl postaven na roveň poskytovatele služby, a proto od něj nelze čekat s jeho původním (myšleno nejspíše předsocialistickým) statusem spojené kvality jako je např. altruismus [Křížová 2006:120].

Nabízí se samozřejmě otázka: Když je pokles v sociálním statusu lékaře záležitostí většiny západních zemí, proč tedy opouštět stávající systém a vydávat se do jiného, kde je pravděpodobně problém podobný? Můžeme si zjednodušeně odpovědět známým rčením o vždy zelenější sousedově trávě. Díky rozdílnému vývoji v socialistickém Československu a západní Evropě je možné z pohledu studentů

¹⁶ Výsledek vyplynul z odpovědí na otázku s instrukcí: „Na seznamu jsou uvedena některá povolání. Vyberte povolání, jehož si vážíte nejvíce, a dejte mu 99 bodů. Pak vyberte takové, jehož si vážíte nejméně, a obodujte je číslem 01. Poté postupujte odshora dolů a všem zbývajícím přiřadte body od 02 do 98 podle osobního uvážení.“ [Tuček 2013: 2]

medicíny předpokládat, že ačkoliv tendence v poklesu sociálního statusu lékaře a s tím spojeného uznání je nadnárodní, v německé společnosti měli aktéři od jejich příchodu většinou více času se s nimi vyrovnat.

1.2.3 Nerovné postavení a otázka uznání

Z uvedeného kontextu vyplývá, jak značný vliv má historický vývoj na aktuální statusové umístění lékařů ve společnosti. V jednotlivých obdobích převládaly různé složky statusu, přičemž si lékaři většinou udrželi alespoň jednu z nich na poměrně vysoké úrovni. Odlišný čtyřicetiletý historický vývoj západního světa a socialistického Československa vede k situaci, v níž dnešní generace (budoucích) mladých lékařů nastupuje do profesního života v poměrně složitém období. Sama již vychována v duchu zásad demokratické společnosti a s možností zahraničního srovnání zakoušeného stále častěji tzv. na vlastní kůži, je v českém zdravotnictví nucena potýkat se s pozůstatky socialisticky řízeného zdravotnictví v podobě zakořeněné v hlavách jejich učitelů, budoucích nadřízených lékařů, manažerů nemocnic i politiků. Jako studenti a budoucí mladí lékaři mají ještě pozici o to složitější z důvodu již uvedené inkonzistence vlastního statusu. Kvůli jejich nezkušenosti a věku, nízkému platu a často také genderu (v případě žen) jim v jejich každodenním styku s medicínou a budoucím výkonu povolání hrozí střety s projevy nerovností. K tomuto tématu jsem se rozhodla přistupovat v duchu výzkumu sociokulturních nerovností v tom smyslu, že se přikláním k přístupu kladoucímu důraz na otázku uznání a zastávajícímu názor, že „se nelze omezovat na problém distribuce zdrojů, ale pozornost je třeba zaměřit především na bezprostřední interakce mezi jednotlivými lidmi“ [Šanderová 2009: 27].

Důležitým aspektem je v tomto ohledu uznání, jakási situační forma prokazování úcty. Při vědomí multidimenzionality sociálního statusu každého jedince, je nutné pohlížet stejně takto multidimenzionálně na jemu prokazované uznání. To se v případě statusové inkonzistence v jednotlivých dimenzích, tedy např. věku a povolání, jako je tomu u mladých lékařů, může v obou vertikálních hierarchiích lišit. Samotné uznání vystupuje většinou v poměrně úzkém vztahu s prestiží. Prestiž je v této práci chápána jako spíše strukturalistický koncept, uznání pak nabývá charakteru spíše situačního.

Důležitost uznání na lékařském pracovišti dokazuje i v Austrálii provedený výzkum Wendy Lipworthové et al. [2013], jehož hlavním závěrem je, že lékaři spíše

než na svoji prestiž, kladou důraz právě na projevované uznání. Hovoří i o kolektivním nedostatku uznání, jehož projevem je například negativní mediální reprezentace lékařské profese. Pro tuto práci je podstatné zejména zjištění, že mladí lékaři s ohledem na svůj nízký sociální status v této hierarchii mluvili spíše než o prestiži, o konkrétních způsobech, jak s nimi jednájí jejich nadřízení v konkrétních situacích [ibid: 210].

Sociální nerovnosti mohou být paradoxně reprodukovány samotnými znevýhodňovanými aktéry, kteří se „(p)odfyzují svému postavení a ze strany ostatních přijímají menší uznání, čemuž přizpůsobují stávající jednání a existující nerovnosti tak nevědomky upevňují“ [Šanderová 2009: 17]. Toto ovšem není případ odcházejících mladých absolventů medicíny. Ti si své nerovné postavení v české, zdravotnictví (ač třeba v různé míře) uvědomují, ale nehodlají se mu podrobit¹⁷. Jejich zvolenou strategií vypořádání se s nerovnostmi je odchod z české společnosti, jímž chtějí (někteří sice možná jen na zkoušku) demonstrovat svůj nesouhlas s jeho aktuálním fungováním. Odchodu, jako jedné z možných strategií vypořádání se s přítomností osobně pocíťovaného nesouladu v systému, se budu věnovat v následující kapitole.

1.3 Odchod jako reakce na nerovnost

Německo-americký sociální vědec Albert O. Hirschman se ve své knize *Exit, Voice, and Loyalty* [1970] věnoval (mimo jiné) právě i odchodu lidí z určité organizace, firmy, či státu. Hirschman uvádí, že prakticky neexistuje společnost, ve které by, i za předpokladu kvalitně vystavených základů v podobě institucí, všichni její členové plnili na sto procent své očekávané role a s nimi spojené úkoly. To vede k různě dlouho trvajícím selháním v původně fungujícím celku. Jednotliví členové tohoto celku, v našem případě tedy lékaři jako členové českého zdravotnického systému, pak mají různé možnosti se s poklesem v systému vypořádat. Jak již název knihy napovídá, jedná se o odchod (*exit*), protest (*voice*) a loajalitu¹⁸ [Hirschman 1970]¹⁹.

¹⁷ Či to alespoň v době provádění výzkumu deklarují.

¹⁸ Poslední z trojice je oproti prvním dvěma pasivní strategií a spočívá v tom, že jedinec v tichosti vyčkává na zlepšení situace.

¹⁹ Rusbultová, Zembrodtová a Gunnová v roce 1982 (o rok později i Farrell) model rozšiřují o čtvrtou strategii, a sice zanedbávání činnosti (*neglect*), jež se projevuje jako určitá forma vědomé rezignace na úpadek dané společnosti. Například v pracovních vztazích jde o častou absenci či pozdní příchody do zaměstnání apod. [Farrell 1983: 596]

Odchod a protest symbolizují svou povahou dle autora dualismus ekonomického a politického pojetí situace. Odchod je jako prostředek v duchu neviditelné ruky trhu popisován jako snazší strategie, tzv. cesta menšího odporu, již lze vykonat bez (v případě protestu nezbytných) osobních konfrontací. Daná společnost či organizace ji zaregistruje pravděpodobně teprve ve svých statistikách, což nedává příliš prostoru pro konstruktivní debatu o důvodech zvolení této strategie. Na druhou stranu vyžaduje odchod ke své realizaci vynaložení jiných osobních nákladů v podobě překonání s ním spojených bariér. Ekonomové²⁰ považují mechanismus odchodu za efektivnější a přímější vyjádření nesouhlasu s chodem dané společnosti. Odchod je také dle jejich názoru většinou ze strany vedení brán více a dříve v potaz. Dle autora je oproti odchodu protest tou přímější strategií k řešení dané situace, protože poskytuje prostor pro diskuzi. Protest je spíše typický pro oblast polického vyjednávání, jež nahlíží na mechanismus odchodu spíše negativní optikou. Tomu se tak často dostává nálepek, jež evokují kriminální spjitost – odchod je nahlížen jako útěk ze systému, prohřešek proti němu, a je spojovaný s negativními pojmy jako vlastizrada, dezerce či sběhnutí [Hirschman 1970: 15-17]. Analogie tohoto pojetí odchodu je pozorovatelná i v případě odcházejících lékařů, kdy se často setkáváme s názorem, že lékaři „odsud utíkají za lepším“, „nechávací nás na holičkách“, „měli by tu zůstat, když jsme jim zaplatili vzdělání“. Odchod je tedy mnohdy nahlížen jako jakási forma zrady na českém národě, jeho občanech jako pacientech a plátcích daní, ze kterých bylo financováno vzdělávání odcházejících lékařů.

Ačkoliv je koncept vysvětlován na příkladech problematiky podniků a jejich zákazníků, sám Hirschman, jak je patrné i z podtitulu knihy (*Responses to Decline in Firms, Organisations and States*), se přiklání k možnosti využití tohoto teoretického modelu na širší spektrum institucí. Některé v knize uváděné principy je tedy možné aplikovat i na zdravotnický systém a odchod mladých lékařů z něj. Hirschman uvádí, že odchod volí většinou lidé, jež sám nazývá *ostrážitými*, *bdělými*. Jde o ty členy, kteří si z vlastní iniciativy získávají přehled nejen o produktech stávající firmy, ale i o konkurenci. Symbolickým příkladem takových jedinců jsou dle autora zákazníci, kteří čtou srovnávací spotřebitelské testy. V našem případě bychom analogicky mohli za

²⁰ Hirschman uvádí příklad Milтона Friedmana.

takové považovat například právě studenty, jež si již během studia opatřili zkušenost zahraničního pobytu ve formě studijní či pracovní stáže. Tímto nabyli většího přehledu a možnosti srovnání navštívených zdravotnických systémů a jejich ostražitost a kritičnost se tím ještě vytříbila. Od ostatních studentů se tak odlišují. Hirschman dodává, že čím vyšší je počet takových znalých a ostražitých jedinců, tím větší je riziko odchodů [ibid: 24]. Německý sociolog migrace Petrus Han již v roce 2000 předpokládal, že se počty studentů krátkodobě vyjíždějících na studijní pobyty do zahraničí budou i nadále zvyšovat. Kompetence, které taková zkušenost může totiž dotyčnému potenciálně přinést, nabírají v dnešní globalizované společnosti stále důležitějšího významu, a takové výjezdy jsou tedy pro individuum a jeho budoucí zaměstnanost žádoucí [Han 2000: 108-9].²¹ Z uvedeného tedy vyplývá, že s pravděpodobně dále se zvyšujícím počtem studentů medicíny, vyjíždějících na zahraniční pobyty, se bude zvyšovat i riziko, že bude stále větší skupina mladých absolventů české zdravotnictví opouštět. Dalším aspektem podněcujícím k odchodu jsou podmínky, jež se k tomuto procesu vážou. Pokud jsou pro odchod příznivé, bude stále méně lidí volit možnost protestu [Hirschman 1970: 24]. Vzhledem k faktům, že po českých absolventech je v Německu poptávka, že jsou obě země součástí volného pracovního trhu Evropské unie a že stále více absolventů má během studia možnost se se zemí osobně seznámit, je možné klíčové podmínky označit za odchodu více než nakloněné.

²¹ Vliv studijních mobilních programů na pozitivní rozhodnutí k migraci, a tedy jejich podstatnou funkci v migraci vysoce kvalifikovaných pracovníků dokládají souborem poznatků z několika zemí i Kahanec a Králíková [2011: 4]

2. Metodologické pozadí práce

2.1 Vybraný přístup a metoda sběru dat

Kvalitativní přístup byl zvolen pro tuto práci z toho důvodu, že i s vědomím nedosažitelnosti absolutního popisu sociální reality, stále směřuje k maximálnímu poznání a zprostředkování „významů, jež lidé svým sociálním zkušenostem a světům připisují“ [Miller, Glassner 2011: 133]. V případě mnou zvoleného tématu by absence této snahy mohla vést k pouhému opakování již známých zjištění ze zahraničních studií, čemuž jsem se chtěla vyhnout. Aplikace kvalitativního přístupu mi v tomto případě poskytuje lepší podmínky pro rozkrytí obsahů jednotlivých důvodů přímo v prostředí českého zdravotnictví a umožní mi proniknout hlouběji do jejich struktury a následně je i lépe provázat s individuálními a společenskými faktory, jež je ovlivňují, a tím spoluutvářejí. Celkový výsledek by tedy měl být detailnější, plastičtější a měl by čtenáři umožnit komplexnější pohled na danou problematiku.

V pojetí interpretativní sociologie „vytváří individuum sociální skutečnost v interakci s ostatními. Významy se tedy vytváří postupně v procesech interakce a nepřetržitě se mění“ [Rosenthal 2008: 15]. Aspiruji-li na odkrytí těchto významů, musím se pokusit proniknout do celého systému významů, k němuž hledané náleží, tedy do významového rámce daného jedince, který on/a používá k popisu a vysvětlení světa [např. Fay 1996]. Dle Rosenthala není ovšem radno spoléhat se pouze na výpovědi účastníků a jejich vlastní vědomou reflexi dané sociální skutečnosti, nýbrž je nutné se zabývat i jejich implicitním vědomím, v interakci s nímž jsou jeho přesvědčení o významech ustanovovány [2008: 17].

2.1.1 Metoda polostrukturovaných rozhovorů

Vzhledem k již zmiňovaným účelům práce jsem za nejvhodnější metodu sběru dat zvolila polostrukturovaný rozhovor. Tato metoda pojímá respondenta jako „úložiště vědění“ a jako takového ho považuje za tu nekompetentnější osobu k předání tohoto vědění. Úkolem výzkumníka je být respondentovi v tomto procesu co nejvíce nápomocný. Cílem je dostat se k tomuto vědění v co nejméně omezené formě [viz Douglas 1985]. Výzkumná situace, v našem případě tedy rozhovor, by měla být vykonávána v příjemné atmosféře a otázky by měly být kladeny tak, aby co nejméně

zkreslovaly či narušovaly respondentův pohled na téma a jeho odpovědi [Cropley 2011: 128].

Při tvorbě scénáře rozhovorů jsem se držela pravidla, dle kterého se (v souladu s principem otevřenosti v kvalitativním výzkumu) nestanovují před sběrem dat přesně znějící hypotézy. Jakési ustanovení hlavních záchytných témat a promýšlení „hypotéz“ spíše vágního charakteru ovšem samozřejmě vyloučeno není. Naopak, je žádoucí si na začátku pro řádné uchopení konkrétního sociálního fenoménu nejdříve ujasnit jak každodenní, tak i odborné vědění se s ním pojící. To je nutné mít během další práce na paměti a zachovat si k němu kritický odstup [Rosenthal 2008: 15 - 16]. Počátečními úvahami o fenoménu a zvolenou perspektivou se pak řídí i výstavba scénáře rozhovoru. Ten jsem se rozhodla na začátku vystavět širěji a postupně jej během pronikání do tématu a jeho neustálé zpětné reflexe zužovat a konkrétněji jej vymezovat²².

Metoda polostrukturovaného rozhovoru, resp. metoda rozhovoru obecně s sebou nese jisté limity. Umožňují-li to podmínky, mohou být tyto limity minimalizovány pomocí využití více metod, které navzájem vyvažují své výhody a nevýhody. Z hlediska povahy tématu je metoda pozorování prakticky vyloučena. Původně jsem zamýšlela provést kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Nicméně po odkrytí nejrůznějších byrokratických složitostí, spojených s dotazováním, a daným možností oslovení studentů (které slibovaly pravděpodobně jen nízkou návratnost) na různých fakultách, jsem se rozhodla tématu věnovat čistě kvalitativně a neštěpit svou pozornost a síly do dvou různých metod a s tím spojených organizačních a časových nákladů.

2.2 Volba cílové skupiny

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na studenty posledních dvou ročníků (tedy 5. a 6.) medicíny všech tří pražských fakult. Ti by měli být mým prostředkem k proniknutí do struktury motivačních faktorů k takovému životnímu kroku, jakým je odchod za prací do jiné země. Podstatné kritérium výběru participantů byla deklarace záměru takového odchodu do zahraničí²³ ihned, či v blízké době po dokončení studia.

²² Verze scénáře uvedená v příloze práce je původní, tedy nejširší verzi.

²³ Někteří participantů si nebyli jisti ve volbě cílové země a dle aktuálních podmínek se chystají volit mezi Německem a Rakouskem, proto častěji uvádím pojem „zahraničí“.

Kritérium 5. či 6. ročníku studia jsem stanovila proto, že v poslední třetině studia je možné blíže a relevantněji se k tématu vyjádřit a zaujmout k němu konkrétnější postoj²⁴.

Studenty pražských fakult jsem vybrala zejména proto, že vzhledem k příslušnosti ke Karlově Univerzitě disponují podobnými možnostmi, co se týče výjezdů na zahraniční stáže do Německa. Na Erasmus stáže jsou jim totiž otevřeny podobné počty míst v Německé spolkové republice a mají i víceméně srovnatelné podmínky výběrového řízení²⁵. Vavrečková ve svém terénním šetření na podobné téma z roku 2006 uvádí, že z vybraných pěti lékařských fakult (3 pražské, LF MU Brno a LF UK v Plzni) deklarovali zájem o odchod do zahraničí nejčastěji studenti pražských lékařských fakult [Vavrečková 2006: 59]. Dalším důvodem byl fakt, že mé počáteční kontaktní osoby zde studují, a tím se mi otevřel i lepší přístup k potřebným informacím a lidem, kteří se zde Erasmu věnují.

Část účastníků jsem získala pomocí oslovení studijních oddělení jedné z fakult, která zaslala studentům mou prosbu o účast na výzkumu. Na tuto výzvu se ozvali čtyři zájemci, přičemž jeden musel být z výzkumu z důvodu nesplnění kritéria absolvování zahraniční stáže vyřazen. Informaci o výzkumu jsem také vyvěsila na nástěnkách jednotlivých fakult, takto jsem získala další tři respondenty. Jednoho respondenta se mi podařilo kontaktovat přes rodinného příslušníka. Zbylí dva jsou pak lidé, s nimiž jsem se seznámila při absolvování Erasmus pobytu v Německu. Vzhledem k faktu, že dva z nich absolvovali stáže rozdílného charakteru (pracovní, studijní) a na rozdílných odděleních²⁶, třetí pak v jiné nemocnici, je možnost navzájem si příliš podobné zkušenosti minimalizována. Blízkost mezi výzkumníkem a jeho objektem je v kvalitativním výzkumu do určité míry přínosná, v určitých případech dokonce i žádoucí. Zvyšuje se tím totiž pravděpodobnost, že respondentův pohled na dané téma bude skrze bližší kontakt s ním (a jeho jednáním) i v dalších životních situacích lépe pochopen, a tak i lépe popsán [Hammersley, Traianou 2012: 1]. O důležitosti důvěry mezi respondentem a výzkumníkem není pochyb. V některých tématech je s tím spojená

²⁴ Vzhledem k faktu, že moji respondenti měli disponovat zahraniční zkušeností, byla tato doba studia relevantní proto, že studenti medicíny vyjíždějí na stáže typu Erasmus z důvodu organizace výuky prakticky až od 5. ročníku výše.

²⁵ Zdrojem údajů jsou interní evidence jednotlivých oddělení zahraničních styků několika různých lékařských fakult po celé ČR.

²⁶ Ve výpovědích jsem se setkala s diametrálně odlišnými zkušenostmi z různých oddělení v jedné nemocnici. Zdá se tedy, že rozhodující roli hraje organizace daného oddělení.

blízkost mezi respondentem a výzkumníkem zvláště žádoucí, v některých ale i naopak [Steinke 1999:331]. Hrozí totiž riziko, že respondent se bude zdráhat odpovědět na některé otázky právě proto, že by to mohlo nějak ovlivnit jeho vztah s výzkumníkem mimo výzkumnou situaci. Domnívám se, že mému tématu faktor předchozí znalosti některých respondentů spíše prospěl, a to právě z hlediska již výše zmiňované důvěry. Respondenti, které jsem v různé míře znala již před provedením rozhovoru, se spíše a konkrétněji rozhovořili i o tématech a situacích, které se někteří ze zbylých respondentů snažili zaobalovat do neutrálních a nenapadnutelných výpovědí. Předchozí znalost fungovala také jako prostředek k odbourání bariéry studu z rozhovoru. Výpovědi pak byly v mnohých případech věcnější a méně roztěkané.

Rozhovory jsem provedla s devíti participanty, přičemž bylo ve skupině zastoupeno více žen než mužů (6:3). To odpovídá i poměru zastoupení obou pohlaví studentů medicíny v ČR všeobecně, kde tvoří ženy také 2/3²⁷. Zastoupení jednotlivých fakult ve skupině je následující: 1. LF UK - 2 participanti, 2. LF UK – 3, 3. LF UK 4 participanti.

2.3 Realizace sběru dat

Rozhovory se studenty jsem prováděla v dubnu až červenci 2014. Většina z rozhovorů se studenty probíhala v restauračních zařízeních, jeden v parku, dva u respondentů v bytě a na koleji. Možnost výběru jsem primárně přenechávala na dotyčném respondentovi s jedinou podmínkou toho, že by bylo dobré, aby se jednalo o místo, které svým charakterem umožňuje zvukový záznam rozhovoru. Každé interview jsem zaznamenávala pro jistotu na dvě nahrávací zařízení. Rozhovor s participantkou Terezou probíhal vzhledem k její tehdejší přítomnosti na stáži v zahraničí prostřednictvím hlasové funkce programu Skype. Jednalo se tedy prakticky o telefonický hovor, protože funkce kamery byla na obou stranách z technických důvodů²⁸ vypnuta. Takto vedený rozhovor samozřejmě disponuje omezenými možnostmi zejména v tom ohledu, že jediným komunikačním médiem je

²⁷ [Zdravotnická ročenka České republiky 2014: 159]

²⁸ Mé tehdejší internetové připojení bohužel neumožňovalo funkci videohovoru.

zde hlas, a oční kontakt je vyloučený, čímž jsou některé možnosti vyjádření postojů znemožněny [např. Gutjahr 1985: 47].

Rozhovory trvaly 1–2,5 hodiny. Celkově lze říci, že během jejich realizace byl naplněn požadavek příjemné atmosféry [např. Cropley 2011] a v žádném z rozhovorů k hlubšímu neporozumění.

2.4 Práce s daty

Z nahrávek rozhovorů jsem pomocí programu Listen N write pořídila jejich doslovné přepisy²⁹. Při transkripci jsem se rozhodla zachovat původní znění ve smyslu nářečí či oborového slangu, jež studenti používali. Při kódování v programu MAXQDA 10 jsem v případě základních kategorií nejdříve vycházela z tematických okruhů použitého scénáře: výběr povolání, zkušenost s českým zdravotnictvím, zkušenost s Německým zdravotnictvím a s ním spojené představy, plány do budoucna, důvody k odchodu, získávání informací o fungování migrace, zásadní podnikané kroky, reakce okolí na rozhodnutí, bariéry migrace. Při práci s přepisy jsem se pak nechala spíše volně inspirovat přístupem zakotvené teorie a s daty jsem tak pracovala deduktivně. Jinými slovy jsem nechávala jednotlivé kódy a navazující kategorie „vystoupit“ ze samotných dat. Takto vznikly převážně uvnitř těch již výše uvedených kategorií nové podkategorie a zároveň také náplně jednotlivých motivačních faktorů v kategorii důvody k odchodu. Po každém rozhovoru došlo k určitému přeskupení kódů a některé pasáže dříve nakódovaných rozhovorů bylo nutné ve světle změn průběžně překódovávat.

2.5 Etické souvislosti

V kvalitativním výzkumu jsou etické souvislosti již z jeho podstaty velmi aktuálním tématem. Zejména podstatná je otázka důvěrného zacházení se získanými daty. V praxi empirického výzkumu rozlišujeme mezi důvěrností a anonymitou. Důvěrnost hovoří o tom, že z nahrávek a případných poznámek budou vyřazeny veškeré údaje, které by mohly vést k možné identifikaci. Anonymita pak znamená, že dotazovaný zůstává jak pro výzkumníka, tak pro např. čtenáře výzkumu naprosto

²⁹ Nahrávky i přepisy rozhovorů jsou v případě zájmu k dispozici u autorky výzkumu.

bezejmenný. V kvalitativním výzkumu je anonymita prakticky nedosažitelná, protože výzkumník je vždy v určité formě kontaktu s dotazovaným [např. Berg 2012].

Při svém výzkumu jsem respondentům předložila k přečtení a podpisu informovaný souhlas³⁰ (viz příloha č. 4) a v případě nejasností jsem zodpovídala jejich další dotazy, které vedly k vyjasnění případných pochybností. V informovaném souhlasu je seznamuji jak s tématem rozhovoru, tak s tím, že data budou dále důvěrně zpracována a že rozhovor je možné kdykoliv v jeho průběhu ukončit. Tuto možnost nevyužil žádný z respondentů. Všichni respondenti také souhlasili se zvukovým nahráváním rozhovoru.

Mé téma sice není samo o sobě zvláště citlivým³¹, i přes to se ve výpovědích vyskytují i citlivější pasáže, týkající se např. bariér odchodu, kdy se někteří respondenti rozhovořili o svém vztahu k rodině či partnerům. Z etického hlediska narážím ovšem na jednu poměrně problémovou oblast, a sice fakt, že respondenti často hovoří kriticky o svých domovských fakultách, fakultních nemocnicích či odděleních, na kterých vykonávali stáže. Důvěrné zacházení s daty v mé práci znamená, že každému respondentovi i jím uvedeným osobám bude v práci změněno jméno tak, aby jej nebylo možné identifikovat. Dále se budu vyhýbat použití identifikačních znaků, jako je příslušnost k fakultě, či kruhu. Nebudu v práci používat názvy měst, univerzit a nemocnic, ve kterých respondenti vykonávali, ať již své domácí, či zahraniční stáže.

2.6 Sebereflexe

Výsledná zjištění celého výzkumu i jeho průběh jsou nevyhnutelně ovlivněna výzkumnými zájmy, osobnostními předpoklady, komunikačními schopnostmi a biografickou zkušeností daného výzkumníka. To s jakou intenzitou jsou tyto vlivy zaneseny do výsledné teorie, je žádoucí neustále reflektovat [např. Steinke 1999]. Jak je již z předchozích odstavců patrné, fakt, že sdílím s respondenty jednu z rozhodujících zkušeností (ve vztahu k rozhodnutí k odchodu z ČR), tedy zkušenost několikaměsíčního zahraničního pobytu, jednoznačně ovlivnil již samotný výběr tématu práce a rozhodně i

³⁰ V případě rozhovoru, jenž probíhal skrze program Skype jsem zaslala elektronickou verzi k přečtení, souhlas je pak nahrán na zvukovém záznamu rozhovoru.

³¹ Renzetti a Lee [1993: 9] označují za citlivá témata mimo jiné taková, která „zasahují do privátní sféry, či se týkají nějaké velmi citlivé osobní zkušenosti“.

perspektivu, kterou se na něj dívám, konkrétně tedy to, že jsem se ve svém výzkumu zaměřila zejména na důvody k odchodu. To, že jako výzkumnice jsem do tématu takto zainteresována, přináší samozřejmě jak pozitivní, tak negativní aspekty. Na jednu stranu je dobré mít k tématu nějaký (ať již více či méně) osobní vztah a tím být konstantně motivován k práci na něm. Zejména povaha výzkumníkovy pozice v kvalitativním výzkumu jej však může přímo i nepřímo vést k tomu, že ve svém pohledu na téma „sklouzne“ do příliš osobní roviny, a hrozí tak nebezpečí ztráty potřebného vědeckého odstupu. K prevenci tohoto jevu, či jeho případné minimalizaci jsem během práce na výzkumu využívala metodu dokumentace různých fází výzkumného procesu. Tento postup mi umožňoval neustále reflektovat mou práci, její kvalitu, myšlenkové proměny a zlomy v procesu výzkumu, a tedy i to, zda směr, kterým se práce ubírá, je žádoucí.

3. Analytická část práce

3.1 Úvodní nástin migračního kontextu v obou zemích

3.1.1 Migrace českých lékařů

Spolehlivá data týkající se mobility lékařů vyjíždějících za prací za hranice země je v České republice prakticky nemožné získat. Evidence na úrovni příslušných orgánů je redukována pouze na Českou lékařskou komoru a jí vydávané dva dokumenty, které jsou nezbytné pro práci lékaře v zahraničí. V případě atestovaných lékařů jde o osvědčení o profesní bezúhonnosti, u čerstvých absolventů pak o osvědčení o nečlenství v ČLK.

Z tabulky níže vyplývá určitý obrat ve složení lékařských migrantů. Počty žádostí mezi atestovanými lékaři dosahují svého vrcholu v roce 2011, načež klesají a v minulém roce dosáhly téměř třetiny tohoto vrcholu. Oproti tomu počty absolventských žádostí od roku 2009 konstantně rostou a poslední tři roky se pohybují kolem dvou set žádostí ročně.

Tabulka 1 – Počty osob, žádajících o dokumenty nezbytné k práci v zahraničí

Rok	Atestovaní lékaři*	Čerství absolventi**
2009	265	62
2010	610	131
2011	900	169
2012	534	207
2013	330	193
2014	322 ^a	199

Zdroj dat: Interní evidence ČLK a Zápis z jednání ČLK

* Počet atestovaných lékařů, žádajících u České lékařské komory o Certifikát profesní bezúhonnosti

** Počet čerstvých absolventů medicíny, žádajících o Osvědčení o nečlenství v ČLK
a - Údaj z listopadu 2014 [Zápis z jednání ČLK z 8.listopadu 2014]

Tabulka 2 ukazuje vývoj počtu žádostí, čímž upozorňuje na fakt, že potenciální odchody mladých absolventů činí rok od roku stále vyšší procento absolventského ročníku. V r. 2013 se jednalo již o více než pětinu absolventského ročníku.

Tabulka 2 – Vývoj počtu žádostí o Osvědčení o nečlenství 2008 - 2013

Rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Počet žádostí	9	62	131	169	207	193
Celkový počet absolventů	784	1037	1021	949	1061	883
Procento žádajících z absolventského ročníku	1.0 %	4.5 %	11.0 %	14.2 %	16.3 %	21,9 %

Zdroj dat: Údaje o počtech absolventů jsou kompilací dat ze zdravotnických ročenek ÚZIS 2008 – 2013, počty žádostí jsem získala z interní evidence ČLK

3.1.2 Německo lákavé a lákající

„Nedostatek lékařů není již pouhou předpovědí do budoucna, nýbrž realitou mnoha německých regionů. Je nutné počítat s tím, že se tento nedostatek během příštích let bude stále zvětšovat.“³²

Z výše uvedeného citátu prezidenta Spolkové německé lékařské komory Prof. Dr. Franka Ulricha Montgomeryho je patrné, že otázku nedostatku lékařů řeší již několik let i německé zdravotnictví. S problémy z toho vycházejícími se Němci potýkají přibližně již od přelomu tisíciletí, kdy se postupně začínají projevovat trendy, jež nedostatek vyvolávají, či jej silně ovlivňují. Mezi ně patří např. zvyšující se průměrný věk lékařů, vyšší podíl žen lékařek, zájem německých lékařů pouze o některé regiony³³ a obory (nedostatek praktických lékařů), odchody lékařů do zahraničí, odchody mimo lékařskou profesi (např. do farmaceutického sektoru) a v poslední době stále sílí trend částečných úvazků. Proti uvedenému stojí vědecký a technologický vývoj v oblasti medicíny, jež umožňuje sice ošetřit stále více pacientů a léčit širší spektrum nemocí, návaznost úspěšnou implementací vyvinutého ovšem podmiňuje dostatek

³² Ergebnisse der Ärztstatistik zum 31. Dezember 2013: Ärzteschaft in der Generationenfalle. [online] Bundesärztekammer. [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002>>

³³ Nejvyšší počet pacientů na lékaře (více než 250) evidují spolkové země Dolní Sasko, Sasko-Anhaltsko a Braniborsko. [Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2014. [online] Bundesärztekammer. [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12670.12671>>

kvalifikovaných personálních sil. Podobně nepříznivým trendem je i demografické stárnutí populace³⁴, jež klade opět stále rostoucí nároky na počet zdravotníků všech profesí³⁵.

Data o počtu odcházejících lékařů jsou německými lékařskými komorami evidována od roku 2005. Záznamy týkající se roku 2014 ukazují, že Německo opustilo 2364 (z celkových 481 174) lékařů. Nejoblíbenějšími cílovými zeměmi jsou v případě Němců Švýcarsko se 754 lékaři, Rakousko s 285 a USA se 131 německými lékaři³⁶.

3.1.2.1 Zahraniční lékaři

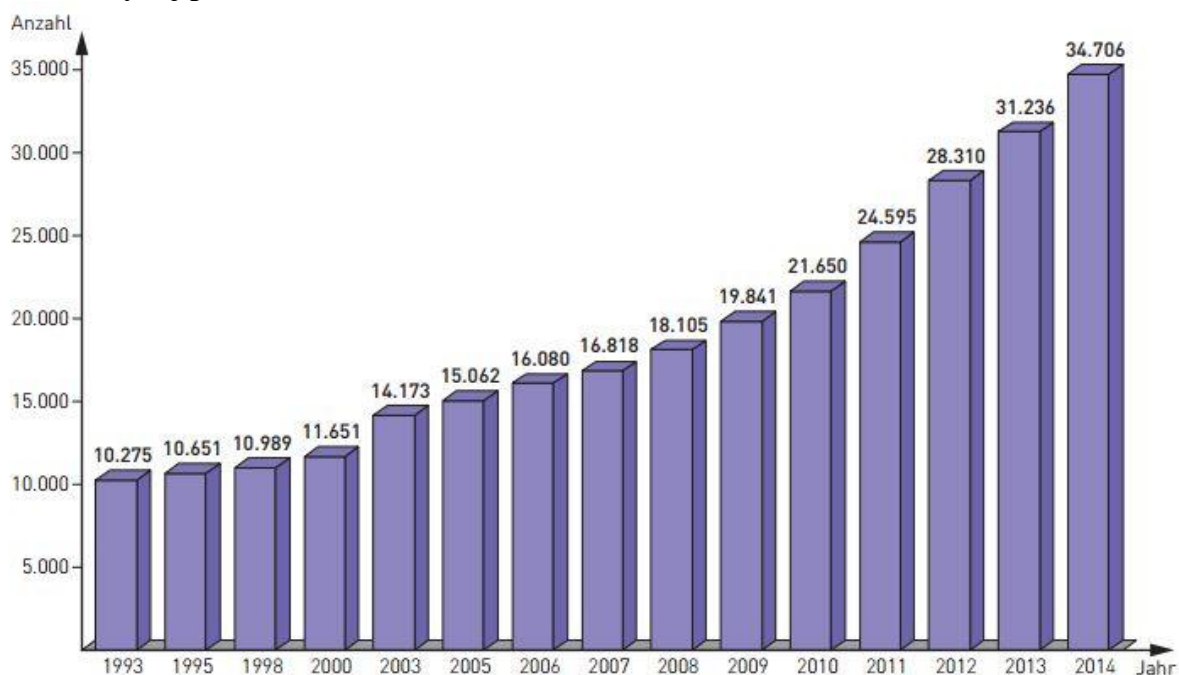
Německo, jak již bylo popsáno výše, si je problému nedostatku lékařů ve svém zdravotnictví vědomo a za účelem zlepšení této situace podniká náležité kroky. Mimo jiné takové, které mají za následek fakt, že německé zdravotnictví se stává stále více mezinárodním. Aktuálně pracuje v německém zdravotnictví téměř 35 tisíc zahraničních lékařů (viz Graf 1). Národnostně největší zastoupení mezi zahraničními lékaři měli v roce 2014 Rumuni (3 857), Řekové (3 011), Rakušané (2 695) a Poláci (1 936). Česká republika se s 850 lékaři umístila v roce 2014 na devátém místě v Evropské Unii, celosvětově je pak na místě třináctém³⁷. Z grafu 1 níže také vidíme, že počet zahraničních lékařů kontinuálně stoupá. V loňském roce narostl jejich počet o 11 %.

³⁴ Německá populace je po té japonské druhá nejstarší na světě. [Ergebnisse der Ärztstatistik zum 31. Dezember 2013: Ärzteschaft in der Generationenfalle. [online] Bundesärztekammer. [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002>>

³⁵ Ergebnisse der Ärztstatistik zum 31. Dezember 2014: Ärztstatistik 2014 - Etwas mehr und doch zu wenig. [online] Bundesärztekammer [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <<http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztstatistik/aerztstatistik-2014/>>

³⁶ Abwanderung von Ärzten ins Ausland 2014. [online] Bundesärztekammer. [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12670.12681>>

³⁷ Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland 2007 - 2014 [online]. 2008 - 2015. Bundesärztekammer. [cit. 2015-04-16]. Dostupné např. z: <http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2014/Stat14Tab10.pdf>

Graf 1 - Vývoj počtu zahraničních lékařů v SRN

Zdroj: Statistika Spolkové lékařské komory SRN³⁸

Na dalším grafu č. 2 vidíme, jak se v průběhu posledních sedmi let vyvíjel počet českých lékařů, vykonávajících svou profesi v Německu. V loňském roce evidovala SRN 850 profesně činných lékařů z České republiky. Zda se jedná o čerstvé absolventy, lékaře v atestační přípravě, či atestované lékaře bohužel není možné z německých statistik vyčíst.

³⁸ Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland 2007 - 2014 [online]. 2008 - 2015. Bundesärztekammer. [cit. 2015-04-16]. Dostupné např. z: <http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2014/Stat14Tab10.pdf>

Graf 2 - Vývoj počtu českých lékařů vykonávajících svou profesi v SRN

Zdroj: Statistiky Spolkové lékařské komory SRN³⁹

3.1.2.2 Imigrační politika zaměřená na lékaře z EU

Stejně jako všichni občané EU mají i lékaři z ČR právo se neomezeně pohybovat na jejím volném pracovním trhu. Pro výkon povolání lékaře není tedy v takovém případě v Německu potřeba pracovního povolení, povolení k pobytu či víza, což platí jak pro osobu lékaře, tak pro jeho blízké (partnerku, děti, rodiče). Pro vstup do země je potřebný pouze pas či občanský průkaz, během tří měsíců po příjezdu je pak nutné nahlásit příslušným německým úřadům svou přítomnost a místo pobytu v Německu⁴⁰. Právní přístup na pracovní trh je tedy pro občany Evropské Unie poměrně snadný.

Mezi zdroje informací o možnostech práce lékaře v Německu patří např. různé online burzy pracovních míst, jež jsou součástí každé podobné webové platformy jako je www.make-it-in-germany.com, či webových stránek jednotlivých zemských

³⁹ Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland 2007 - 2014 [online]. 2008 - 2015. Bundesärztekammer. [cit. 2015-04-16]. Dostupné např. z: <http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2014/Stat14Tab10.pdf>

⁴⁰ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. EU Bürger. [online] [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <<http://www.bamf.de/DE/Migration/Arbeiten/EUBuerger/eu-buerger-node.html>>

lékařských komor [viz seznam zemských LK ⁴¹]. Na těch jsou mimo jiné k dispozici veškeré informace pro lékaře ze zahraničí mnohdy i v několika různých jazykových mutacích.

Dalším, v České republice již poměrně dobře známým, kanálem informací o volných pozicích a také šancí k navázání cenných kontaktů s budoucím zaměstnancem jsou pracovní veletrhy. Ty jsou většinou organizovány pracovními agenturami, jež se specializují na nábor kvalifikovaných zahraničních pracovních sil. Na veletrhy se pak sjíždí kliniky z celého Německa, zastoupením ale převažují zejména spolkové země nejbližší českým hranicím – Sasko a Bavorsko. Příležitost mladým absolventům a lékařům usnadnit si vstup na německý pracovní trh a zbavit se části administrativního vyřizování nabízejí pak nejrůznější zprostředkovatelské agentury i mimo pracovní veletrhy. Ačkoliv většina z nich sídlí v Německu, zpravidla jsou v nich zaměstnání rodilí mluvčí ze zemí, o něž má Německo největší zájem.

3.1.2.3 Uznání profesní kvalifikace

Výkon některých povolání, jako například právě lékařského (dále také třeba sesterského, učitelského, či různých řemeslných oborů), je v Německu povolen pouze s kvalifikačním diplomem, tedy dokumentem o absolvování příslušného odborného vzdělání. V případě lékařů je uznání profesní kvalifikace otázkou získání německé lékařské aprobace, jež je řešeno na úrovni jednotlivých spolkových zemí. Získání aprobace je závislé mimo jiné také na prokázání nezbytné jazykové úrovně, jež je ve všech spolkových zemích stanovena minimálně na úroveň B2 (středně pokročilý) Společného evropského referenčního rámce⁴².

⁴¹ Bundesärztekammer. Adressen der Landesärztekammern. [online] [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.8.5585>>

⁴² Tu je nutné prokázat jazykovým certifikátem, jehož přesné určení je specifické dle jednotlivých spolkových zemí. [3:101] Získaná aprobace k výkonu lékařského povolání je časově neomezená a platí po celém Německu. [15]

3.2 Utváření očekávání ve vztahu k profesi lékaře – motivace ke studiu

První analytickou podkapitolou bych ráda poukázala na kořeny rozhodnutí k odchodu za prací do zahraničí. S ohledem na cíle této práce zde zejména kladu důraz na budování očekávání participantů, spojených s uznáním v lékařské profesi. Ve snaze o komplexní přístup nemohu opomenout, že dané rozhodnutí se odvíjí jak od osobních predispozic jedinců, tak od jejich motivací, se kterými do studia vstupovali. Postupně se snažím představovat problematiska témata, v nichž se očekávání během prvních let studia začínají střetávat s realitou českého zdravotnictví, což pak (třeba i v kombinaci s osobní predispozicí vede k rozhodnutí odejít ze systému).

3.2.1 Prestiž studia a povolání

Jednou z často uváděných motivací ke studiu byla určitá touha být nějakým způsobem obdivovaný a uznávaný za svou činnost. Vypovídající považovali lékařské povolání před započítím studia za všeobecně respektování hodné, těšící se určité společenské prestiži. Ta dle jejich názoru vychází z onoho rysu povolání, že lékař pacientům pomáhá v nouzi, a tedy se těší jejich úctě, a to ve formě jak duševní, tak i hmotné např. v podobě různých pozorností za péči. Lékaře lidé potřebují, a proto je to povolání oblíbené a vážené.

*„Před tím mi to přišlo takový atraktivní jako postavení lékaře, protože táta je praktik na malém městě a všichni ho měli rádi a nosili mu vajíčka a tak. Takže mi to přišlo takový dobrý, že mě budou mít rádi lidi, že já jim pomůžu, že to bude taková pohodová práce.“
(Eliška, 25 let, čerstvá absolventka)*

„Moje SKUTEČNÁ⁴³ motivace byla to, že jsem byl pravděpodobně takový trošku zakomplexovaný s nějakým komplexem méněcennosti, mám starší úspěšné, hrozně chytré sourozence. A myslím si, že co jsem skutečně chtěl, bylo ukázat sobě a ostatním, že umím vystudovat náročnou školu a zároveň se mi líbil ten kult toho doktora, kdy on je

⁴³ Michal přiznává, že spíše než o pomoc lidem, mu šlo při výběru povolání o to, dokázat něco sobě i svému okolí, a že obdivoval prestiž spojenou s lékařskou profesí. Dle popisu obou důvodů soudím, že šlo pravděpodobně o jejich kombinaci. Přičemž první z nich, tedy pomoc lidem a smysluplná činnost, má funkci racionalizační pro důvod druhý, který by sám o sobě nemusel být pro samotné rozhodnutí a další výkon povolání dostačující.

tak nějak obdivovaný. Když jsem si to asi tak před nějakými dvěma lety uvědomil, tak jsem si říkal, že to asi není úplně nejlepší motivace (smích), ačkoliv si myslím, že většina, nebo velká část mediků, tam šla tady z toho důvodu. Že si to chtěla dokázat a že se jim líbí ten kult toho doktora, který je tak nějak obdivovaný a nošený na rukách, což úplně dneska není pravda, ale přeci jenom jako stále to funguje pro spoustu lidí tak, že: áá, to je doktor [s úctou- poznámka autorky].“ (Michal, 25 let, 5. ročník)

Podobně jako vlastní povolání lékaře chápou participanti i již samotné studium jako něco, na co je, resp. by mělo být nahlíženo s uznáním. Díky jeho náročnosti se pro takové studium „nerozhodne každý“. (Markéta, 26, 6. ročník) Participanti často zmiňují, že většina jejich nejbližšího okolí obdivuje jejich inteligenci, to, že zvládají vstřebat takové množství látky a že jsou studiu ochotni obětovat tolik času. Pro mnohé právě nesnadné studium a výkon samotného povolání a s tím spojená prestiž byla jakousi výzvou, jejímž přijetím chtěli sobě i okolí (často své rodině) dokázat, že „na to mají“.

„Nevím, jestli to mám v podvědomí, že je to to nejvíc, čeho můžu dosáhnout. (...) Jakože to je náročná škola. Ačkoliv dokud to člověk nezkusí, tak neví, o čem mluví. A za druhý třeba, že máš v práci zodpovědnost, že děláš to maximum, co můžeš dělat. Prostě si nemůžeš dovolit udělat chybu. To mě lákalo, to je pro mě výzva.“ (Monika, 26 let, čerstvá absolventka)

Obecně bylo cítit, že jsou sami participanti i jejich okolí na své studium a disciplinovanost, již při něm musejí vykazovat, velmi hrdí. Většinou na to poukazovali právě v kontrastu s nedostatkem uznání, jež se jim za tuto námahu (zejména po studiu) dostává. To je dle jejich názoru projevováno spíše v nejužším kruhu rodiny a blízkých přátel.

„Paradoxně když jsi student, tak mi přijde, že tě uznávají pomalu víc, než když seš doktor. Nebo teď když jsem tu školu dodělala, tak všichni jako že jsem dobrá a tak, že jsem se hodně učila a to jsou fakt lidi, který to vědí.“ (Eliška, 25 let, čerstvá absolventka)

3.2.2 Role financí

Studium medicíny sice zajišťuje v České republice poměrně slušnou míru pravděpodobnosti uplatnění na trhu práce. Výzkum však ukazuje, že na něj není nahlíženo jako na cestu za penězi, za lukrativním povoláním. Finanční motivaci participanti jako důvod ke studiu neuváděli, spíše naopak byli stran svého okolí právě kvůli finančnímu hledisku od studia medicíny odrazováni. Touha po vysokém

materiálním zajištění se tedy neukazuje u většiny participantů jako příliš směrodatná při výběru studia. Možné je tedy spekulovat i o tom, zda za těchto předpokladů není přeceňována její směrodatnost s ohledem na rozhodnutí k migraci. V průběhu studia se však objevují další aspekty, jako například skutečná náročnost studia a proniknutí do zodpovědnosti a možností lékaře, jež mohou dovést studenta k závěru, že by si za podaný studijní výkon a i nadále náročnou práci přeci jen zasloužil lepší finanční ohodnocení. Minimálně takové, které se blíží průměru absolventů magisterských programů vysokých škol.

V mém výzkumu se projevilo pomýšlení na odchod do zahraničí již při nástupu ke studiu prakticky pouze u dvou participantů. Ve vztahu k případnému budoucímu životu v zahraničí se k finanční motivaci vyjádřili Markéta a Luboš. Luboš si již tenkrát uvědomoval, že se mu v Čechách naplnění této potřeby nedostane a tudíž už před studiem medicíny přemýšlel o tom, že povolání samotné bude po absolvování vykonávat v zahraničí. Markéta měla na střední škole příležitost absolvovat výměnný pobyt v Irsku, kde se jí zalíbil tamní kult lékaře. Dostalo se jí i možnosti srovnání motivací českých a irských studentů ke studiu. Popisuje, že při tomto srovnání si poprvé uvědomila absenci finanční motivace u českých studentů. V zahraničí nabyla dojmu, že se povolání lékaře těší jak společenské prestiži, tak vyššímu platovému ohodnocení, a tím pádem bývá dobré materiální zajištění v budoucnu i častou motivací tamních studentů ke studiu medicíny. V České republice pro ni tento aspekt odpadá, zůstává jen samotná prestiž, která se ale prakticky neprojevuje na reálném materiálním zajištění budoucího lékaře. Ač zvolila studium v Česku, popisovaná společenská prestiž, doprovázená v Irsku i finančním ohodnocením lékařů, byla Tereze již tehdy motivací ke studiu medicíny. Sice si neuvědomuje, že by tenkrát chtěla odejít po studiích do zahraničí, ale je možné, že zkušenost z Irska mohla být podvědomým počátkem její touhy po životě lékařky v zahraničí.

„A taky je u nás známý, že ty platy nejsou úplně nejlepší, takže člověk tam musí jít i s něčím jiným. Podle mě tam v zahraničí hodně chodí lidi kvůli tomu platu. Nebo ne jako primárně, ale prostě s tím se pojí velmi pohodlný a velmi prestižní životní styl, což u nás není. U nás holt zbejvá jen ta prestiž. (...) Tady pořád doktor patří mezi střední třídu a tam mezi hodně vyšší střední třídu. Třeba právě v tý Severní Americe a v Anglii, v Německu podle mě taky ta vyšší střední třída.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

3.2.3 Shrnutí

Z výše uvedeného vyplývá, že očekávání projevovaného uznání, vyplývajícího ze společenské prestiže jak povolání, tak studia, hraje u mých participantů poměrně významnou roli již při výběru samotného studia. Oproti tomu budoucí finanční podmínky se při tomto rozhodnutí neukazují jako příliš motivační. Rozhodnutí ke studiu samozřejmě není možné redukovat pouze na výše zmíněný faktor. Cílem této podkapitoly nebyl výčet motivačních faktorů ke studiu medicíny, nýbrž poukázat na fakt, jaká zásadní očekávání se utvářejí ještě před samotným vstupem do medicínského prostředí. Významnou roli hraje jedincovo vlastní celkové vnímání náplně oboru, jeho společenské prestiže a možností, které systém na lékaře deleguje. Po započetí studia a postupném bližším seznamování se s českým zdravotnictvím přichází z hlediska představ o projevovaném uznání jakési vystřízlivění, jemuž studenti musí přizpůsobit své stávající, či vytvořit úplně nové motivace k dokončení studií a dalšímu výkonu povolání. Jako jedno z možných řešení jejich zklamání, ale i vědomě očekávaných problémů se jeví právě odchod z českého zdravotnického systému. Tomu, jak rozhodnutí k odchodu v souvislostech očekávání od studií a povolání vzniká a dále se rozvíjí, se budu věnovat v následující kapitole analytické části.

3.3 Setkání s realitou - rozhodnutí k odchodu z ČR

V této kapitole bych ráda poukázala na to, kdy a jak se začíná rozhodnutí k odchodu v závislosti na sociálních strukturách u respondentů prosazovat a jak se dále během studia vyvíjí. Cílem je také vyzdvihnout, jak původní motivace participantů, týkající se sociálního statusu profese a s nimi spojená očekávání postupně přicházely do konfliktu s realitou lékařského povolání. V určitých pasážích se pak zejména dostává do popředí otázka každodenního uznání. Následující kapitolu je možné považovat za součást popisu vlastních důvodů k odchodu, protože se do jisté míry s následující kapitolou o samotných důvodech významově dosti překrývá. Stejně jako při rozhodnutí ke studiu, i v tomto případě se u každého participanta opět jedná o kombinaci uvedených kategorií důvodů s různým stupněm priority.

3.3.1 Inklinace k cestování, k cizím jazykům a k životu v zahraničí

U některých participantů je možné pozorovat osobní zálibu v cestování, či inklinaci k životu v zahraničí obecně, které se většinou projevují již před započtím studia medicíny. Tématu se zde věnuji proto, že již samotný charakter takových jedinců implikuje vyšší pravděpodobnost, že se po ukončení studia medicíny rozhodnou k odchodu do zahraničí, a tedy tento aspekt při analýze nelze zanedbat či přehlížet. Z rozhovorů vyplývá, že takovými osobními predispozicemi disponují Markéta, Monika, Luboš a Natálie. Dle Markéty, je v takovém případě profese lékaře dobrou volbou, protože medicína je obor, který se v různých zemích liší pouze na úrovni názvosloví a zdravotnických systémů, ne ovšem natolik zásadně, aby se mezi jednotlivými národními zdravotnickými systémy po jistém přizpůsobení nedalo přecházet. S takovým oborem je tedy možné cestovat již během studií, což Markéta měla možnost zužitkovat již při celkem pěti zahraničních stážích, které během svého studia podnikla. I přes svou zálibu v cestování již před studií, při rozhovoru Markéta uvedla, že s intencí odejít po studiích do zahraničí na školu ještě nenastupovala.

A: „A to jsi už takhle po tý střední škole teda přemýšlela o tom, že bys šla do toho zahraničí potom?“

B: „No myslím, že ještě tenkrát ne, ale už mě bavilo cestovat a už jsem byla půl roku v tom Irsku a vždycky mě to do toho zahraničí táhlo. Ale v té době jsem ještě ani neuvažovala, že hned jak dostuduju, půjdu pracovat do zahraničí. To jsem ještě ani taky nevěděla, jaký jsou ty podmínky u nás v nemocnicích. A teprve za studia medicíny jsem se dostala do zahraničí a viděla jsem, jak to tam chodí. Takže v té době určitě ještě ne.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

Monika a Luboš zvažovali již před nástupem na medicínu v ČR vysokoškolské studium v Německu, které pak ale z různých důvodů⁴⁴ nerealizovali. Lubošovým hlavním důvodem kromě využití jazykových znalostí, které nabyl na jazykovém gymnáziu, byly obecně lepší finanční podmínky v zahraničí, a to nejen v medicíně, ale i v jeho tehdy vybraném oboru, který chtěl tenkrát v zahraničí studovat - politologii.

„No tak primárně tenkrát hlavně kvůli penězům, jakože teď přemejšlim i o jinejch věcech, ale když jsem byl na tý střední, tak jsem se rozhodoval podle peněz. Když mi lidi

⁴⁴ Nepřiznání stipendia, či komplikovaný přijímací proces.

říkali, kolik tady dostane doktor a kolik musí makat. Nebo prostě, že dělali brigádu a pak šli pracovat do nemocnice a tam měli míň peněz, než na tý brigádě.“ (Luboš, 24 let, 5. ročník)

Natálie a Monika nehovořily o inklinaci k cestování obecně, ale konkrétně o své náklonnosti k německé zemi, ať už se jedná o mentalitu jejích obyvatel, její kulturu nebo architekturu. Obě participantky hovoří o pocitu štěstí při několikerých návštěvách země. Stejně tak jsou Natálie a Monika nejhlasitějšími kritičkami obecného fungování české společnosti a mentality obyvatel České republiky. Na Německé společnosti obdivují zejména schopnost a vůli jejích obyvatel k dodržování společenských pravidel. Ta se dle jejich názoru projevuje zejména v lepší organizaci zdravotnického systému, ale i v mezilidských vztazích, konkrétně např. v pravidlech slušného chování. Tomuto tématu se budu věnovat i v dalších kapitolách.

„Protože já nevím, jako to jsou asi takový důvody, že to ani není jako pragmatický rozhodnutí, ale mě tam něco strašně táhne. Já to nedokážu vysvětlit. Mám k tomu, k tý zemi, prostě k tomu všemu, k tý kultuře strašně blízko. Není to na základě asi ničeho. Jakože když tam jsem, tak si tam přijdu jako doma. Určitě to bylo daný i tím, že tam byla prostě spousta Čechů a tak, ale já jsem tam byla prostě od prvních jako dnů, prostě i když jsem byla v tý škole, byla jsem tam sama, tak jsem prostě byla svým způsobem strašně spokojená.“ (Natálie, 26 let, 5. ročník)

„Taky jsou to vlastně pravidla společnosti. Oni mají všude, to platí úplně pro všechno v tom Německu, jako tohle se nesmí, tak se to nedělá. Jako samozřejmě, taky se tam krade, taky se tam zabíjí, taky tam jsou nějaký negativa, ale myslím, že ne v takový míře jako tady.“ (Monika, 26 let, čerstvá absolventka)

Aktivním cestovatelem je i Petr, ten se ovšem ve své výpovědi několikrát vyjádřil vyloženě proti dlouhodobému setrvání v zahraničí, než je doba nutná pro získání atestace. Na německou mentalitu má Petr přesně opačný názor než Monika a Natálie. Němce považuje za nudné a jejich mezilidské vztahy za poměrně chladné, ve zdravotnictví až příliš profesionální. V Německu mu bude chybět zejména vřelost jeho přátel a český humor. Velký důraz klade na dobré fungování kolektivu v místě jeho nového pracoviště. Petr je vášnivý cestovatel, který se ale vždy bude rád vracet domů, do Čech. Velmi podobný postoj zastává i Michal.

Čtyři ze studentů - Natálie, Monika, Michal a Luboš - uvedli, že mají velmi kladný vztah k učení se cizích jazyků, resp. k jazyku německému. Jazyk se ve většině učili již od základní školy a po maturitě v něm již tedy dosáhli poměrně vysoké úrovně.

Do budoucna by jej také rádi rozvíjeli právě i při výkonu práce. Luboš a Natálie německý jazyk dokonce vyučují v pražských jazykových školách.

„Mně ta němčina, já mám hrozně ráda němčinu odjakživa. Ze mě si vždycky dělají všichni srandu, jak se mi může líbit tak hroznej jazyk, jo. Já mám fakt tomu hroznej...já jsem asi byla v minulým životě, jsem tam někde žila, protože mám k tomu fakt jako strašně vřelej vztah.“ (Monika, 26 let, čerstvá absolventka)

Michal, jako jediný z participantů, již disponuje zkušeností několikaletého pobytu v zahraničí, shodou okolností také v Německu. Jeho rodiče se v Michalově dětství rozhodli i se třemi dětmi na několik let přestěhovat do zahraničí za otcovou pracovní nabídkou. Když byl Michal ve věku pěti až šesti let, celá rodina se navrátila zpět do ČR. Michal popisuje, že díky této zkušenosti mají jako rodina k Německu blízký vztah. To dokazuje i fakt, že na studijní stáž se do Německa vydal nejen Michal, ale za prací se tam na určitou dobu přestěhovala i jeho starší sestra, vystudovaná právnička. Michalův starší bratr pak pracuje v Rakousku, kam aktuálně dojíždí za prací i sestra. Michal celou rodinu označuje jako cestovatelskou. Podobně jako on je na tom i Jana, která také hovoří o studijních a pracovních cestách svých dvou sourozenců. Sama Jana absolvovala během svého studia pět zahraničních pobytů, čímž se mezi participanty výzkumu umístila spolu s Markétou na cestovatelské špičce. O tom, že by chtěla již dříve, např. před započatím studia medicíny, žít v zahraničí, ale Jana explicitně nehovoří. Oba participanté mají v tomto ohledu podobné a vůči ostatním odlišné podmínky, kdy jsou jejich rodiny, či minimálně sourozenci zvyklí se ať již za studiem, či za prací stěhovat za hranice ČR. Takové zázemí vytváří jedincům nejen psychickou podporu v takové činnosti, ale je dost pravděpodobně, že se bude rodina i finančně podílet na těchto cestách, a snažit se tak dát všem potomkům již během studia stejnou možnost vycestovat. V takových rodinách najde jedinec více pochopení i pro dlouhodobější odchod do zahraničí.

3.3.2 Děkujeme, odcházíme!

V době konání této protestní akce měli za sebou vypovídající studenti mezi jedním až třemi roky studia medicíny. Pro ty, kteří nedisponují inklinací k životu v zahraničí, to byla jedna z prvních významných událostí, které se svou úvahou o odchodu do zahraničí zpětně spojují. Avšak i pro „rodilé cestovatele“ je akce určitým

milníkem na jejich cestě studiem, i oni se vyjadřují k určitému vlivu, který na jejich rozhodnutí o odchodu po studiu měla.

Jana popisuje tento bod jako spouštěč svých úvah o odchodu. Impuls, který jí dodal pocit, že odejít jako lékař do zahraničí nejen lze, ale že je to *normální*. Dělají to „všichni“, odejít je vlastně samozřejmé. Jana procházela pravděpodobně úvahou, že když nyní takový vysoký počet lékařů téměř „ze dne na den“ dá v českých nemocnicích výpověď a bez problémů si najde nové místo v Německu (jak to tenkrát bylo ze strany protestujících prezentováno), bude i pro ni něco takového snadno realizovatelné. Akce jí také vnukla poprvé dojem, že v českém systému zdravotnictví jsou nějaké problémy, se kterými se ona v budoucnosti pravděpodobně bude potýkat, nezvolí-li stejné řešení jako protestující lékaři, tedy odchod. V následné době se dokonce Jana rozhodla absolvovat (jak sama uvádí) z vícero důvodů jazykový kurz němčiny, a zlepšit si tak šance pro uplatnění se na německém pracovním trhu.

„To byla asi ta akce Děkujeme, odcházíme. Před tím jsem nad tím vůbec nepřemýšlela, a když to začalo, tak to byla taková samozřejmá věc. Oni to tak podali, že prostě všichni chtějí odejít pryč. (...) To prostě vypadalo, že se všichni seberou a půjdou, že to bylo prostě normální. Takže tehdy jsem začala přemýšlet, že je možná něco špatně a že bych to měla možná taky zvážit a začala jsem chodit na tu němčinu.“ (Jana, 25 let, 6. ročník)

Pro skupinu *cestovatelů* fungovala akce jako jakási legalizace jejich touhy po odchodu. Tak tomu bylo například u Luboše. Prakticky šlo o potvrzení obav, které mu předhazovalo jeho sociální okolí již před studiem, tedy obav o bídosti finančních podmínek lékařů v českých nemocnicích: Ano, je to skutečně tak daleko, že je nutné podnikat hromadně takové kroky. Natálii celá akce a s ní spojená představa o tom, že odcházejí „všichni“, v její úvaze o budoucím odchodu utvrdila. Žít v Německu chtěla již dříve, a když je to v českém zdravotnictví tak komplikované, že tuto cestu volí i zkušení lékaři, tak to bude asi ta nejlepší a správná cesta.

„No, tak možná mě to poznamenalo tím, že se všude říkalo, že všichni odchází, tak jsem si říkala, tak já půjdu taky. Jo, jakože tu myšlenku, že jsem se v tom asi utvrdila...“ (Natálie, 26 let, 5. ročník)

Výstupem z akce byl sice určitý nárůst platů, ale další požadavky, které protestující lékaři prosazovali, zůstaly z větší míry nedořešeny. Markéta si tenkrát poprvé uvědomila, že problémem českých lékařů je nejednotnost v názorech. Někteří

lékaři, zejména ti na vyšších pozicích v nemocnicích, jako např. primáři, dle jejího názoru totiž ze stávajícího systému spíše profitují, a tím pádem nemají potřebu jej měnit. Nedořešené změny např. v postgraduálním vzdělávání nejvíce zatěžují právě mladé lékaře. Neodpovídající platové ohodnocení se výše postavených lékařů také netýká tolik, jako jejich mladších kolegů. Proto vznikly uvnitř českého zdravotnictví dva názorové proudy, které dle Markéty znemožňují, aby se problémy systému konstruktivně řešily a situace se v budoucnu obrátila k lepšímu.

„Mluvílo se o tom hodně. Většina mých spolužáků samozřejmě byla pro, ale i mezi nimi se našlo hodně, který byli proti. A vadilo jim, že si lékaři berou pacienty jako rukojmí. Ale to je podle mě jako jeden z největších problémů u nás v tom zdravotnictví, že my nejsme jednotní, jako ty lékaři. Jsme strašně roztržštěný, a i když o něco jde, tak toho nikdy nemůžeme dosáhnout, když nebudeme všichni za jedno. Kdyby se podle mě na tu akci Děkujeme, odcházíme, připojili naprosto všichni a nebyli tady takový ty hlasy, který to kritizovaly a úplně znehodnocovaly ty doktory, který se k tomu připojovali, tak si myslím, že by se tady hodně změnilo. Nejenom třeba v těch platovejch podmínkách. Ale tím jak je to strašně roztržštěný... Jako já chápu, ono se to někomu nehodí, jako takovým těm starším přednostům nebo primářům, těm se to nehodí. Ty jsou spokojený a nechtěj to moc měnit. No ale prostě dokud nebudeme jednotný a dokud ti lékaři nebudou chtít tu stejnou věc a nebudou jednat spolu, tak se podle mě toho nic moc nezmění.“
(Markéta, 26, 6. ročník)

Studenti se se vstupem do lékařské komunity, tedy začátkem studií, stanou i vnímavější vůči oné společenské reflexi jejich povolání, jakési image lékařů, jež je mimo jiné formována i mediální prezentací. Ta není podle participantů vůči lékařům nastavena pozitivně, což se ukázalo právě i během akce *Děkujeme, odcházíme*. Dle názorů participantů média často „štvala“ veřejnost proti lékařům. Vyvolávala v ní pocit, že lékařům jde v tomto sporu zejména o navýšení jejich finančních odměn, ačkoliv se jednalo o celkově nevyhovující pracovní podmínky v českém zdravotnictví. Údajně zkreslujícími informacemi o platech lékařů pak vzbuzovala u českých občanů závist a pocit, že hlavní požadavek lékařů je neoprávněný. Jedním z důsledků této nepříznivé mediální reprezentace může být i ono nevybíravé chování pacientů vůči lékařům.

„Ale bohužel taky dost zkreslují český média o finanční zajištěnosti lékařů u nás. V novinách si vždycky přečteš: průměrný plat lékaře je 50 tisíc, chtějí zvýšit plat na 70 třeba. To v těch lidech samozřejmě evokuje, jako cože?!“ (Petr, 25 let, 6. ročník)

„...a tady u nás a ještě hlavně po té akci „Děkujeme, odcházíme“ tak všichni se prostě na lékaře dívají tak jako, že vlastně nic neumí a chtějí jenom přidat peněz, že jo. A víceméně tady o prestiži vůbec nemůžeš mluvit.“ (Jana, 25 let, 6. ročník)

V době akce byli participanti v první polovině svého studia a většina z nich sledovala její průběh v médiích, prožívala a diskutovala jej se spolužáky a vnímala ji jako relevantní ve vztahu k jejich profesní budoucnosti. Akci považovali za víceméně nezbytnou eskalaci tehdejší situace, vyplývající z celkově nepříznivých podmínek zdravotnického personálu v České republice. Oni i většina jejich okolí tedy pohlížela na akci jako na pozitivum pro lékařskou komunitu. Zpětně akci hodnotí jako ve výsledku za částečně úspěšnou a přínosnou, alespoň z hlediska navýšení finančních odměn. Ne však již tolik co se týče navrhovaných změn v postgraduálním vzdělávání. Participanti s požadavky zapojených lékařů i s tehdejším způsobem jejich prosazování vesměs souhlasí.

„No u nás se to celkem jako řešilo a víceméně většina spolužáků se k tomu jako připojila, nebo jakože to podporovali tu akci a já jsem tehdy jako neměla úplně takovej přehled o tom, jak to chodí, tak jsem se jako nechtěla aktivně zapojovat. Bych vlastně bojovala za něco, co ještě neznám. Samozřejmě jsem ráda za to, co vybojovali, protože jako ve výsledku dostali přidáno, takže já jim za to můžu děkovat.“ (Jana, 25 let, 6. ročník)

Výše zmiňovaného dojmu, že během akce *Děkujeme, odcházíme* odcházeli všichni lékaři, nabývali vypovídající studenti zejména prostřednictvím médií, čímž se dostáváme k dalšímu tématu, a sice vlivu médií na jejich rozhodnutí o odchodu.

3.3.3 Vliv médií

O odchodech českých lékařů do zahraničí, zejména pak do Německa, referují média průběžně již několik let, přičemž vrchol takovýchto zpráv se datuje právě do doby průběhu *Děkujeme, odcházíme*. Následující výpovědi nejsou ovšem navázány na protestní akci. Participanti v nich zdůrazňují obecný vliv médií na své rozhodnutí a popisují, jak skrze mediální reprezentaci fenoménu odchodu lékařů získávají pocit, že je celý proces přechodu do Německa vlastně velmi jednoduchý. Zprávy působí na vypovídající studenty dojmem, že v Německu budou vítáni a jejich práce tam je potřebná a žádaná. Tyto informace podporují i zprávy o tom, jak jim ze strany nemocnic bude vše nezbytné – ubytování, jazykové kurzy, potřebné doklady apod. - zařízeno.

Tento přístup působí na participanty dojemem, že se jim nabízí možnost pracovat v prostředí, kde si budou jejich kolegové a nadřízení jejich práce vážit a patřičně ji odměňovat například právě uznáním v denním kontaktu. To je ve srovnání s jejich zkušenostmi z praktických stáží v českých nemocnicích dost často pravým opakem toho, co je z jejich pohledu čeká po promoci ve zdejším zdravotnickém systému.

„Ono se to obecně promílalo strašně v médiích. O tom člověk vlastně ani sám nezačne přemýšlet, že prostě je ovlivněn ani neví jak. Protože už v době, kdy já jsem začínala studovat, tak se o tom strašně hovořilo, že odliv lékařů do Německa, do Rakouska a podobně.“ (Tereza, 24, 6. ročník)

„No a pak člověk slyší ve zprávách, jak ti lékaři odcházejí do zahraničí, jak odcházejí do Německa, jak je to do Německa vlastně strašně jednoduchý, že tam hledaj doktory. Tak to jsem o tom začala asi tak poprvé víc uvažovat.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

Dalším médiem, které studentům předává sdělení o jednoduchosti a potřebnosti českých lékařů pro německé zdravotnictví, jsou reklamy lákající studenty a lékaře v tuzemsku na práci v Německu. Jde zejména o propagaci různých pracovních veletrhů, určených studentům a čerstvým absolventům medicíny. Aspekt jednoduchosti a žádanosti, který různé druhy médií zprostředkovávají, se zdá mít poměrně významný vliv. Jednoduchostí je zde míněno, že nemocnice se o vše postará, jak je v médiích a na veletrzích často prezentováno. To je však často limitováno prakticky pouze na příhraniční nemocnice, které mají problém s nedostatkem německých lékařů. Najít místo na vzdálenějších, univerzitních či z jiných důvodů žádaných klinikách může být již o poznání složitější. Natálie dále uvedla, že jednoduchost vnímá jako to, že si v Německu pracovní místo najde snadno, bez dlouhých časových prodlev a byrokratických komplikací. Pro Markétu tkví jednoduchost přestupu v tom, že oba zdravotnické systémy jsou si v zásadě velmi podobné. Klíčová je pak hlavně podobnost ve struktuře programu specializačního vzdělávání, kde je možné si nechat i část vzdělávání realizovanou v jednom ze států ve druhé zemi uznat, čímž se započítá do let vzdělání a odpracovaných výkonů. To je pak zásadní v případě, že by se participantům v Německu přeci jen natolik nezalíbilo, či by se z jakýchkoliv důvodů rozhodli vrátit zpět do vlasti. O napracované měsíce či roky by tedy v takovémto případě ani před složením atestace nepřišli.

B: „No já jsem nad tím právě jen takhle nikdy nepřemýšlela, prostě mi to přišlo jako dobrá možnost, protože jedeš v metru a máš tam všude plakátky na ty meetingy, že jo. Jak ono se to jmenuje, White...?“

A: „Jo, myslíš ty veletrhy?“

B: „Jooo, anoo. No, takže ti to přijde, že to je vlastně strašně, JO!, že to je SNADNÝ. Je to snadný se tam dostat a to mě na tom docela jako láká, víš co, že prostě někam dojdeš a řekneš... není to otázka, že budu někde půl roku něco dojednávat, ale prostě tam někam dojedu a oni mě zaměstnají. Jo, a že nás tam CHTĚJ. Sice jo, to je taky další věc, sice na nás třeba koukaj jako na Ukrajince, ale potřebujou nás, takže se tam vlastně jakoby nevnučuješ, ale víš, že se tam prostě nemusíš nikam cpát, tak jsem tady (...) Že mě tam prostě potřebujou, protože ty doktory nemaj. Nebudu se vnučovát a oni po mě jako reálně skočí. Že je to vlastně prostě takový všechno snadný a je tam spousta Čechů, že jo.“ (Natálie, 26 let, 5. ročník)

3.3.4 Finanční procitnutí

Čtyři z participantů otevřeně uvedli, že pro ně zlomovým bodem ohledně rozhodnutí k odchodu bylo zjištění, jaká je finanční situace mladých absolventů před získáním atestace. V případě Luboše, jak již bylo popisováno dříve, se jednalo ještě o dobu před nástupem do studia, kdy se jej jeho sociální okolí snažilo od nástupu na medicínu touto formou odradit. Eliška a Monika shodně uvádějí, že je poprvé myšlenka na odchod napadla v souvislosti se zjištěním, kolik dostanou peněz po nástupu do nemocnice jako čerstvé absolventky lékařské fakulty. Toto zjištění nastalo až během studia medicíny, kdy už nebylo prakticky dost dobře možné jeho volbu změnit, a bylo tedy nutné se s informací nějak vypořádat. Participantky považovaly informaci o platu za natolik negativní, že se jim stala prvním impulsem k úvahám o odchodu. Nechtěly se s údajnou částkou svého budoucího platu smířit, a tak se odchod stal v jejich očích dobrým kompromisem, jak vykonávat vybrané povolání za lepších finančních podmínek.

„Mě to napadlo, když jsem se dozvěděla, kolik tady dostanu peněz. Přímo v tu chvíli. No mě totiž všichni říkali, umíš německy, tak proč nechceš jet do Německa? Ale já jsem si říkala, že to přece není takovej rozdíl finanční. A pak jsem si to někdo snad přečetla, myslím. Řekla jsem si: Aha! a začala jsem nad tím jako uvažovat.(...)“ (Eliška, 25 let, čerstvá absolventka)

Eliška zde mimo jiné také popisuje sociální tlak, který na ni byl vytvářen jejím okolím, kdy se v jejím případě při znalosti němčiny u studentky medicíny automaticky předpokládalo, že odejde po studiu pracovat do Německa. To je bráno jako logický a

rozumný krok. Naopak rozhodnutí zůstat je zde stavěno do světla nerozumu a přijímáno je spíše s nepochopením. Tento názor rodiny, přátel, spolužáků a vyučujících samozřejmě ovlivňuje výsledné rozhodnutí. Nejen, že má Eliška pocit, že by jí okolí za její rozhodnutí odejít neodsuzovalo, ale dokonce by jí v tom podporovalo, či co víc, kdyby se takto nerozhodla, okolí by o ní mohlo pochybovat. Odchodem tedy vlastně splní očekávání svého sociálního okolí.

3.3.5 První setkání s praktickou výukou

Významnou roli na rozhodnutí odejít po promoci pracovat do zahraničí má dle participantů období, kdy poprvé jako studenti medicíny přijdou intenzivněji do styku s prostředím českých nemocnic, tedy většinou kolem čtvrtého ročníku. Pro mnohé to bylo období tvrdého prozření do reality českého zdravotnictví, někteří jej vyloženě popisují jako zklamání. Po prvních letech náročného čistě teoretického studia se studenti těšili na to, že se konečně dostanou k praktickým postupům, že se „*naučí dělat rukama*“ (Natálie, 26 let, 5. ročník). K tomu ale dle jejich názoru dochází v realitě díky mezerám v koncepci a organizaci praktického vzdělávání mediků spíše velmi omezenou formou.

„V tom čtvrtáku se člověk dostane na ty oddělení a přijde tam s těma neuvěřitelnýma ideálama, že konečně po těch třech letech příšerný teoretický dřiny, se dostane k těm pacientům. No a teď nastává obrovská deziluze. Ta výuka je špatná, nebo většinou byla špatná, nikdo se nám nevěnoval.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

„A řekneš pak jako ty peníze a pak to vidíš tady a občas prostě jdeš na nějaký blbý oddělení, kde to prostě je hnusný a teď se ti to tam nelíbí a řekneš: takhle by to v Německu určitě nebylo.“ (Natálie, 26 let, 5. ročník)

Participantů popisují s ohledem na nedostatky v praktické výuce několik neduhů, které se ovšem nepojí pouze s organizací vzdělávání, či zdravotnictví obecně, ale i s tím, co označují jako českou mentalitu. Dost často se v jejich výpovědích vyskytuje kritika reliktního komunistického režimu, se kterými se oni jako generace, která se narodila a vyrostla časově mimo něj, jen velmi neradi smiřují. Jejich pocit bezmoci nyní jako mladý lékař něco změnit směřuje následně k takovému jednání, jehož cílem je únik z tohoto svazujícího, *zmutovaného, prožraného a malfunkčního systému* (Michal, 25 let, 5. ročník), i když únik v některých případech spíše na zkoušku. V následujících

odstavcích bych ráda nastínila, které oblasti praktické výuky a českého zdravotnictví obecně považují participanté za nejproblematičtější a jejich špatné fungování za nejpalčivější. Pozornost participantů se na většinu z těchto témat začala koncentrovat již při prvních dnech strávených praktickou výukou. Jejich kritické vnímání a s tím spojené negativní postoje se následně postupně prohlubovaly. Zásadně k tomu přispěla i ona možnost srovnání zkušeností z českého zdravotnictví s těmi nabytými během zahraničních pobytů. Vzhledem k tomu, že všichni participanté měli v době rozhovoru minimálně jednu zkušenost se studijním či pracovním zahraničním pobytem, není kolikrát možné od sebe rovinu „pouhé“ nespokojenosti a nespokojenosti, vyplývající z možnosti srovnání, ve výpovědích jasně oddělit. Tam, kde to považují za vhodné, či nezbytné tedy doplňují výpovědi vztahující se k českému systému zdravotnictví srovnáním se zkušenostmi ze stáží, tak jak to dělali participanté ve svých vyprávěních. Z jimi popisovaného kontrastu totiž, dle mého názoru, nejvíce vyplývají problematické významy, spojované s rozhodnutím k odchodu.

Praktická výuka by jako součást medicínského vzdělávání na lékařských fakultách měla studentům přinést ověření si teoretických znalostí v praxi a jejich rozšíření o pracovní procesy, které se nedají předat ve fakultních aulách. Aby taková výuka byla efektivní a zúčastněným aktérům prospěšná, stojí v jejím základu její dobrá organizace. Právě ta byla během rozhovorů vystavována nejčastější kritice vypovídajících studentů. Někteří ji definovali výrazy jako *tristní* (Petr, 25 let, 6. ročník), *naprosto strašná* (Monika, 26 let, čerstvá absolventka) či *postávačka* (Luboš, 24 let, 5. ročník). Jmenované definice tedy naznačují jeden ze zásadních problémů praxe v pražských fakultních nemocnicích, její nekoncepční a špatnou organizaci.

3.3.5.1 „Postávačka“

Participanté praktickou výuku často popisují jako ztracený čas, strávený ze značné části čekáním na lékaře vedoucího výuku, který kolikrát ani nedostal informaci o tom, že studenti v daný čas na oddělení dorazí. Jeho chování a reakce na jejich přítomnost je od začátku poznamenána negativní atmosférou. I když lékař o příchodu studentů ví, často na výuku nemá ve svém pracovním programu vyhrazený čas, je ve

stresu - zatížen vlastní prací na oddělení, mnohdy unavený a nevyspalý, což se vše negativně odráží na jeho jednání se studenty. Ti mají pak pocit, že lékaře vlastně svou přítomností pouze obtěžují, přičemž nabývají dojmu, že jsou v nemocnici nejen neužiteční, ale že na oddělení pouze překáží. V případě, že lékař není přímo nepříjemný, hovoří participanti o jeho nezájmu o výuku a předávání vlastních zkušeností. Problém nedostatku času a zájmu o studenty zmínili během rozhovorů všichni participanti výzkumu. Vypovídající také kritizovali, že na ně ve čtvrtém a pozdějším ročníku studia stále není delegována žádná zodpovědnost, což pouze podporuje jejich pocit nedůležitosti a toho, že starší lékaři nemají v jejich schopnosti a znalosti důvěru. To, že se studenti už během studia neučí plynule přebírat zodpovědnost za pacienty, přičemž po skončení studia je jim často přenechána zodpovědnost za celé oddělení, vytváří jasnou nerovnováhu mezi studiem a následnou pracovní realitou, a dělá tedy přechod mezi nimi velmi náročným.

„No, ono právě je blbý v tom, že ty starší doktoři už tam moc nejsou, že oni nás hážou na krk těm mladejm. A ještě nás hážou na krk lidem, co maj práci, takže občas si to někde odstojíš tu hodinu a půl. Nebo jsme třeba měli jít na gyndě na sál se podívat, no a přišli jsme tam, čekali jsme tam dvacet minut, pak prostě vylez otrávenej doktor, řek, že už tam má nějaký šesťáky, že pro nás už stejně nemá hadry, tak ať jdeme pryč. [otráveně - poznámka autorky] No jako dobrý, já to chápu, že ten sál není nafukovací, ale jakože nemaj hadry, tak jděte někam, kam chcete, jděte třeba na ambulanci [arogantně – poznámka autorky] jo?“ (Natálie, 26 let, 5. ročník)

„Ta praxe v tom Německu byla lepší o hodně. Tam ti třeba rovnou řeknou, ať jim tykáš, třeba primářovi, ale v Německu se obecně víc tyká. Ale prostě dělal jsem tam toho mnohem víc, člověka víc zapojili a dávali mu zodpovědnost. U nás je to často takový to, že někam přijdeš, pak půl hodiny čekáš, než tam vůbec někdo přijde. Pak teda přijde a řekne: Ježíš, já nevím, co mám dělat s váma. Není to prostě moc zorganizovaný.“ (Luboš, 24 let, 5. ročník)

Ačkoliv participanti uváděli, že hodně záleží na oddělení, kde člověk praxi tráví, či na konkrétních osobách, se kterými tam přijde do styku, ve výsledku převážná většina z nich tuto formu výuky popisuje v negativních konotacích.

„Jako určitě se najdou i výjimky, že jsou přátelský a taky se nám snaží toho předat co nejvíc, ale těch je teda opravdu málo.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

3.3.5.2 Jak praktická je praktická výuka?

Dalším paradoxem praktické výchovy mladých lékařů je fakt, že vlastně postrádá prvky oné praktičnosti. Výtky participantů v tomto směru mířili zejména na fakt, že jsou po dobu praktické výuky postaveni do role pasivních pozorovatelů. Monika i Markéta popisují velmi řídký osobní kontakt s pacienty, co se samotného vyšetřování týče. Markéta pak naráží na rozdíl mezi možnostmi vyšetřovat pacienta, které má student medicíny v České republice a v Německu, kde strávila tři pracovní a jednu studijní roční stáž. Popisuje, že český medik přihlíží činností lékaře, maximálně si zkusí jednoduchá vyšetření, proti čemuž německému studentovi jsou svěřeny větší pravomoci a důvěra ze strany staršího lékaře.

„Ale je pravda, že i při té výuce v Německu si člověk vyšetřuje sám toho pacienta. U nás se díváme, jak vyšetřuje ten doktor, nebo si zkusíme vyšetření plic. Ale tam si člověk vyšetřuje kompletně od hlavy až k patě, včetně neurologického vyšetření.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

„No a tak to vypadalo kolikrát tak, že stojíš u zdi, koukáš, takže něco jako vidíš, ale je ti to vlastně k ničemu, protože si nikdy nic nezkusíš. Když byly nějaký stáže potom, fakt to strašně záleží na oddělení potom. Já teď bych musela hrozně lovit, abych našla nějaký oddělení, kde mi toho umožňovali hodně dělat. To jsme se právě kolikrát smáli, že oni říkali, že něco pacienti, a my jako: Oni jsou tady pacienti? Víš, že jsme ani...na gynekologii za tři týdny stáže jsem si vyšetřila asi dvakrát. Byla jsem každé den v nějaký ordinaci někde, ale vyšetřila jsem si DVAKRÁT. Takže celej den stojíš a koukáš.“ (Monika, 26 let, čerstvá absolventka)

Kritiku si vysloužila i nedostatečná snaha o vysvětlování či komentování jednotlivých praktických úkonů ze strany vyučujícího lékaře. Když už je studentům umožněna přítomnost, k jejich průběhu se jim nedostane o moc více informací, než jsou schopni sami vypořádat. Nedožívá se tedy nic o důvodech toho, proč lékař zvolil zrovna dané vyšetření a ne jiné či na co je při vyšetření třeba klást zvlášť zřetel apod.

„Nenechají tě to dělat, ale kdyby se ti aspoň věnovali a říkali: „Tak teď dělám tohle...“ a tak, tak to by bylo ještě dobrý, ale jako moje spolužačka je v páťáku a nikdy nebrala krev.“ (Eliška, 25 let, čerstvá absolventka)

Dalším problémem je tedy nedostatečná komunikace mezi lékaři a studenty. Vypovídající také referují, že během praxe na oddělení někdy panuje taková atmosféra, že si netroufají klást doplňující dotazy. V případě, že nějaký položí, dostane se jim často odpovědi pouze v rychlosti, či v horším případě posměchu. V případě, že dotaz položí

lékař a student neodpoví správně, lékař jej před ostatními studenty shodí, zesměšní. To ve studentech vyvolává pocit strachu dotazy jak klást, tak zodpovídat, a tím pádem o nejasných tématech s lékařem vůbec diskutovat. Opět jde o značný rozdíl ve srovnání s Německem, kde jsou studenti, dle participantů, zvyklí mít možnost vyjádřit svůj názor a dostat na něj věcnou zpětnou vazbu. Z takových rozhovorů si pak budoucí mladí lékaři odnášejí ve výsledku více znalostí, které si díky diskuzi lépe zapamatují a navíc se také učí si svůj názor obhájit, či se jej ve správnou chvíli a oprávněně vzdát nebo jej změnit, což přispívá jejich profesionalitě.

„I když se tam [v Německu – poznámka autorky] ptáš na kravinu, tak dostaneš odpověď...normálně ti ten doktor řekne: Nooo, takhle to úplně není. Nikdy jsem se tam nesečkala s tím: Prosím vás, a to jste v pátém ročníku?! Ale třeba tady, setkala jsem se, což mi přijde taky jako blbý, když se ptaj učitelé. Když máš u nás seminář a učitel se tě na něco zeptá, nebo doktor, tak se tě na něco ptá a ty nevíš, že jo, tak většinou se tě ptá na věci, nebo si to v tu chvíli neuvědomíš, prostě nevím a řekneš to blbě. A on místo aby řekl: nenene, je to takhle. Tak jsem se setkala jako: „No tohle je ale špatně, co jste řekla!“ [důrazně až ofenzivně – poznámka autorky] A ty se v tu chvíli prostě cítíš jako největší idiot na světě. Místo aby to přešel a řekl, jo, tak takhle to není, ví to někdo jinej, nevíte, dobrý, tak je to takhle. No ale slečno, tohleto bylo ale ÚPLNĚ špatně! Tak jako...“ (Natálie, 26 let, 5. ročník)

Dalším z konceptuálních nedostatků praktické výuky jsou příliš velké skupiny studentů na jednoho lékaře. Velký počet studentů v místnosti znemožňuje vyučujícímu lékaři efektivní práci se skupinou. Nejen že opět nedovoluje studentům si prakticky věci na vlastní kůži vyzkoušet, ale někdy znemožňuje i vůbec vidět, co a jak lékař aktuálně provádí za postup. Setkat se s takovou skupinou cizích lidí během vyšetření může být (podle intimnosti vyšetření a tématu zdravotních potíží) dost nepříjemným zážitkem i pro samotné pacienty.

„Tak v Česku přijdeme na nějaký pracoviště jako skupinka dvaceti mediků a máme přidělenýho jednoho doktora, který se tam s náma s dvaceti lidma snaží něco udělat. To by měla být praktická výuka, ale praktický to není skoro vůbec, protože nás většinou vezme na lékařský pokoj, kterej je miniaturní a dvacet lidí tam jako sedíme, stojíme, opíráme se o skříně. A tam se nám snaží něco vykládat, teoreticky. Většinou probíráme nějakýho pacienta, teoreticky, a pak, když máme štěstí, tak se jdeme za tím pacientem podívat. Dvacet lidí v jednom pokoji, takže pacient je úplně vyděšený, že tam přijde grupa lidí. Kdo je na konci skupinky, tak ten je třeba i na chodbě. No a to je ještě ta lepší varianta, že se nám aspoň snaží něco ukázat. Ale je to absolutně neefektivní, protože je nás tam hodně, nic nevidíme a že bychom si něco zkusili, to vůbec.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

3.3.5.3 Přístup pacientů

Dalším paradoxem, do kterého většina studentů pronikla až během svého studia, je, že povolání lékaře sice zaujímá vysoké pozice na žebříčku společenské prestiže, ale tento fakt se bohužel často nepromítá do každodenního života lékařů. Chování ze strany pacientů, ani kolegů v dalších profesích jako např. sester, danému umístění na žebříčku v realitě příliš neodpovídá.

Participant si poprvé začali uvědomovat tuto nerovnováhu mezi společensky vnímanou prestiží a reálně projevovaným uznáním během svých prvních zkušeností s nemocničním prostředím. Prvními indikátory jsou jim např. reakce pacientů na přítomnost medika při návštěvě ordinace či ošetřování medikem. Několik vypovídajících poukazuje na projevy despektu vůči své osobě. Pacienti se vyjadřují s nevolí vůči tomu, že by je měl vyšetřovat student, přičemž jejich nejčastějším uváděným důvodem je věk. U studentek je pak zvláštním tématem neúcta právě kvůli tomu, že se jedná o ženy. Tématu genderu se ještě budu věnovat dále ve zvláštní podkapitole v části věnující se konkrétním důvodům k odchodu. Vypovídající studenti se opět vyjadřují, že v Německu je vztah mezi pacientem a lékařem takový, že by si tam pacienti ke studentům medicíny něco takového nedovolili. Na jejich zapojování do nemocniční praxe jsou zvyklí a respektují je. Problém s respektem pacientů vůči lékařům je v českém zdravotnictví nejen záležitostí studentů medicíny, ale i mladých lékařů a ostatně i lékařů zkušených, služebně starších. Potom, co během zahraničních stáží získala např. Tereza možnost srovnání v otázce vztahů mezi německými pacienty a lékaři, došla k závěru, že právě v Německu je společnost (nejen) vůči lékařům slušnější a je zvyklá jim prokazovat více úcty.

B: „Jo, to se mi stalo, že mě nerespektoval, že byl drzý, jako docela dost nepříjemný, nebo že měli prostě hloupé kecy. Oni si k tobě docela troufají někteří. Jako obecně v české povaze to je, to zase si nebudem lhát. Nejlepší jsou takoví ti důchodci, kteří mají nějaký komplex. Takový ti pánové, tak to je velmi vtipné.

A: Jakože nerespektují mladý lékaře a ještě k tomu holky?

B: No, to jako že fakt jo, to jsou ti lidi fakt drzí. Ale jako to si stěžuju nejen já jako medička, ale i mladé doktorky, že ty pacienti prostě drzí jsou. A sestřičky, ty by mohly povídat. (...) V tom Německu jsem se s tím nesešla. Ono přeci jenom ta německá povaha je trochu jiná a pochybuju, že by si to tam někdo dovolil, pokud by nebyl v deliriu.“ (Tereza, 24, 6. ročník)

„Tam se s tebou teda pacienti vyloženě nějak nehádají, s čímž jsem se tady už osobně setkal. Někteří pacienti prostě řeknou: „No já nechci, aby mě nějaký medik ošetřoval“.

Při tom jako pardon, já budu za půl roku normální doktor a jaký je v tom rozdíl.“ (Petr, 25 let, 6. ročník)

V obou případech vyplývá účastníky popisovaná nerovnost z inkonzistence jejich statusu, kde oni sami sebe vnímají jako budoucího lékaře (jejich nejvyšší statusová dimenze), pacienti v nich ovšem vidí mladé lidi s málem zkušeností, resp. příslušnice „slabšího pohlaví“. Výsledný nesoulad může být jednou z příčin jejich touhy po odchodu do v tomto ohledu vyspělejší společnosti, kde budou jednotlivé složky jejich statusu ve větším souladu.

Dle výpovědí existují samozřejmě i pacienti, kteří projevují respekt k lékařskému povolání a kteří s lékaři, dle několika výpovědí, jednají někdy až úslužně. Za takové participanti považují zejména příslušníky starší generace, či pacienty s vyšším dosaženým vzděláním. Rysy paternalistického vztahu mezi pacientem a lékařem, jako právě úslužnost, obdarovávání hmotnými dary apod. jsou typické zejména pro zdravotnictví za komunistického režimu, což by mohlo nasvědčovat tomu, že dnešní chování pacientů starší generace je poznamenáno dobou, ve které vyrůstali a trávili většinu svého života. V případě pacientů s vyšším vzděláním participanti nehovořili tolik o úslužnosti, jako spíše o projevech respektu ve formě snahy o co nejhladší spolupráci s lékařem. Tato snaha pak pramení dle participantů z toho, že taková lidé si lékařova vzdělání více váží a dávají mu to svým jednáním patřičně najevo.

„No a nejmíň ti, kteří mají nízké vzdělání. Prostě jako „blbej doktor, nic neví“. Oni si prostě neuvědomují, co to je studovat. Když přijde inženýr, tak má třeba sepsaný stručný dotazy a zeptá se tě a pak teda dobře, já už vás nebudu otravovat.“ (Eliška, 25 let, čerstvá absolventka)

„Jo, někteří lidé jsou tak úslužní, pane doktore a tohleto. Pan doktor řekl tohle a tohle. To i tady i tam [v Německu – poznámka autorky]. Ale čím víc jsou takový ty pacienti naopak, co žalují. Takový to z Ameriky, že zažalují za cokoliv.“ (Luboš, 24 let, 5. ročník)

Posledním citátem naráží Luboš na stále častější projevy vztahů mezi lékaři a pacienty, které jsou typické pro západní společnosti. Pacient je zde nahlížen jako klient, jemuž je přiznáno právo i schopnosti posoudit a vybrat si pro sebe tu nejlepší léčbu. Participanti se zmiňovali o tom, že ze strany pacientů je tento přístup stále častěji různou formou vyžadován. Nicméně ze svých zkušeností zejména s nemocniční praxí pozorují tento posun spíše na straně pacientů, než lékařů, z čehož mohou vznikat různé konflikty mezi příslušníky obou skupin. Nepřímo se tak dostáváme ke vztahům

protikladného charakteru, kde je respekt nahrazen neúctou, někdy i samolibostí, ignorací vůči lékařovým doporučením a předepsané medikaci, či sprostým až agresivním jednáním. Participantů uváděli zejména takové situace, během nichž bývají stále častěji svědky toho, že se pacienti na lékaře s různou mírou agresivity obořovali, nebo jim až sprostě nadávali. Popisují pokles důvěry ze strany pacientů, jenž se projevuje jakousi vlnou proti lékařům – pacienti nerespektují lékařovy pokyny a zlehčují je se slovy, že lékař neví, co dělá. Velká část pacientů se dle jejich názoru stala s příchodem možnosti vyhledat si různé informace na internetu ve vztahu k lékařům sebevědomější a méně je respektují⁴⁵. Jak již bylo zmíněno výše, pacienti se také stále častěji inspirují západními zeměmi a lékaře stále častěji žalují za špatnou či nedostatečnou péči, nebo na něj všeobecně přenášejí veškerou zodpovědnost za své zdraví. To například Tereza zejména v dnešní době, kdy značná část nemocí pramení z nezdravého způsobu života, vnímá vůči lékařské profesi jako poměrně nespravedlivé. Dle Elišky je na lékaře ze strany pacientů často pohlíženo jako na otoka, který jim musí být 24 hodin denně bez ohledu na své vlastní fyzické či psychické potřeby k dispozici. Nutno dodat, že i v tomto případě je akce většinou reakcí, tedy že pacienti svým chováním reagují na to, jak s nimi zdravotnický personál jedná, a tím pádem je vinu za současný stav nutné vidět na obou stranách. K jednání lékařů s pacienty a komunikaci s nimi se dostanu v dalších kapitolách analytické části práce.

„Dneska ty lidi, jak jsou všeobecně jako oprsklý, tak s tím doktorem prostě jednaj, jo, nedbaj jeho rad, prostě: ty si tam něco plácej, je to nezajímá. To mi třeba strašně vadilo, když se s těma pacientama potom setkáváš a mluvíš s nima, nebo tak.“ (Natálie, 26 let, 5. ročník)

„Ale pak zase, když jedu metrem slyším takový to: „nedal mi antibiotika“ ví všechno nejlíp, načtou si na internetu, nadávají na ně.“ (Monika, 26 let, čerstvá absolventka)

3.3.5.4 Přístup sester

Za podobně problematické označují někteří participantů i chování a absenci uznání ze strany sester. Participantů popisovali, že zejména k mladým lékařům se některé kolegyně sestry chovají nadřazeně, informace jim předávají s poučujícím až

⁴⁵ Tuto praxi potvrzují i výsledky četných studií na téma poklesu autority lékaře z důvodu šíření medicínsky relevantních informací po veřejně dostupných internetových stránkách [např. Lowrey, Anderson 2006].

drzým tónem. Důvodem je např. dle Petra fakt, že mladý lékař vstupuje na oddělení sice s dobrou teoretickou výbavou, nicméně v praxi daného oddělení se ještě natolik neorientuje. Zkušenější sestry pak z pohledu účastníků výzkumu těchto situací rády „zneužívají“ ve svůj prospěch, protože díky nim mohou fungovat jako zdroj informací v nadřazené pozici. Za to požadují respekt, který si ovšem z pohledu studentů medicíny vydobývají vzhledem k rozdílné náročnosti jejich studií, společenské prestiži povolání a šíři a úrovni jim svěřených kompetencí poněkud netaktní a nevhodnou formou.

„Tam bylo hodně těch mladých doktorů, nikdo se jim nevěnoval, nikdo na nic neměl čas a byly tam ještě na ně sprostý a drzý sestry. Samozřejmě, protože po škole máš naučený nějaký postupy, tak ta praxe se často od té teorie dost liší. Taky každý to oddělení si to dělá jinak. Takže ten doktor samozřejmě neví na začátku. A sestry ho tam měly za blbce a akorát si z něj dělaly srandu a podobně. No, to jako v Německu by se nestalo. Možná to je teda další věc, ta úcta ze strany těch sester.“ (Petr, 25 let, 6. ročník)

Tento jev však nepopisovali participanti pouze ve vztahu k mladým nezkušeným lékařům, avšak i zkušeným, atestovaným specialistům. Z vlastních zkušeností během stáží, či z informací od vyučujících a starších kolegů nabývají studenti dojmu, že chování sester se vymyká standardům slušného chování a často také neodpovídá vztahům nadřízenosti a podřízenosti na nemocničním oddělení. Jednu z možných příčin takového chování spatřuje Monika v tom, že sestry a lékaři zde udržují za normálních okolností poměrně neformální, až přátelské vztahy. Kompetence a spektrum práce sester jsou zde širší než např. v Německu, kde vypovídající hovoří o pracovních vztazích obecně na formálnější a profesionálnější úrovni, a kde by se tedy dle názoru participantů něco takového nemělo stát.

„No, tak tam je to trošku jiný kafe. [lehký smích – poznámka autorky] Tam je vyloženě oddělený ten vztah lékař a sestra. Tady se třeba stane, že si tykají, že jsou kamarádi. Ale zase to jde třeba do toho extrému, že jsem byla na ORL na sále, tam docent operoval a za ním stála sestra a dělala ksichty, když on něco řek. Až to zašlo takhle daleko, že nemají respekt. Třeba jeden známej je šéf tady oddělení na kardiologii a nechal se seřvat sestrou a on jí to prostě nevrátí, protože oni by jí pak vyhodili, nebo nevyhodili, protože není dostatek sester. Ona by mu pak dávala kouř, řekla by to ostatním sestrám. No, byla by to pak šikana. A to je 55letý doktor.“ (Monika, 26 let, čerstvá absolventka)

3.3.5.5 Shrnutí prvního setkání s praktickou výukou a nemocničním prostředím

Jak vidíme na odstavcích výše, studenti poměrně záhy po přímém setkání s nemocničním prostředím rychle přicházejí v tomto směru o své původní představy o uznání, jež by jim dle jejich názoru mělo jako budoucím členům společensky prestižní profese přináležet. Jak uvádí Bártlová [2005: 144], sociální status lékařů během posledních dekád ve vztahu k pacientům a dalším zdravotnickým profesím jako by poklesl. Pro vypovídající budoucí lékaře je poměrně těžké smířit se stávající situací. Někteří si byli od počátku vědomi, že třetí pilíř sociálního statusu - materiální zajištění není v ČR minimálně do několika let od ukončení studií příliš relevantní. Na studia tedy většinou participanti vstupovali mimo jiné s očekáváním společenského uznání a nabytí určité moci (v tomto případě spočívající v moci udržovat lidské zdraví), jež byla v jejich očích jakousi satisfakcí za absenci třetího pilíře. Při pronikání do reality nemocničního prostředí, do vztahů mezi lékaři, pacienty a zdravotními sestrami, ovšem postupně ztrácejí i naději na dosažení zmíněných dvou statusových segmentů. V některých případech může toto procitnutí vzbudit první zájem o to zjistit, jak to vlastně funguje v jiných zdravotnických systémech. Jedná-li se dokonce, dle Hirschmanovi definice [1970: 24], o ostražité jedince, budou si všemožnými prostředky snažit zjišťovat, zda jim náhodou jiný systém nenabídne to, co ve stávajícím postrádají. Zejména u mužské části jsem v některých okamžicích pozorovala tendenci k tomu definovat sama sebe jako aktivního a iniciativního člověka. Jako projev aktivní povahy (nejen mužských) participantů je možné mimo jiné nahlížet i to, že podnikli zahraniční pobyt (někteří i vícero) typu Erasmus, či některé z povinných stáží dobrovolně absolvovali na zahraničních klinikách v různých zemích světa, nejčastěji pak právě v Německu.

3.3.6 Zahraniční stáž

Následující podkapitola se věnuje právě zkušenosti, kterou *ostražití* participanti mého výzkum tímto „ořukáváním konkurence“ získali. Jak již vyplývá z jednoho z výběrových kritérií tohoto výzkumu, každý z participantů absolvoval během svého studia minimálně jednu několikaměsíční zahraniční stáž, ať už pracovního či studijního charakteru. Všichni participanti mají za sebou jednu zkušenost z programu Erasmus z

Německa. Někteří se k tomuto účastnili i zahraničních pobytů prostřednictvím asociace IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations) v různých zemích po celém světě. Další nejčastěji využívanou možností, jak získat zkušenosti ze zahraničí, je dohodnout si tam jednu z „letních“ praxí tzv. na vlastní pěst. Pro tyto stáže volili participanti nejčastěji sousední Německo, Tereza si po zkušenosti z německého Erasmu vybrala Rakousko. Pět z vybraných studentů participovala na více druhých stáží, než je Erasmus. Nejaktivnějšími participantkami s pěti zahraničními stážemi jsou Markéta a Jana. Dalšími mediky cestovateli jsou Luboš, Petr a Tereza. Zdrojem zkušeností zbylých čtyř, tedy Moniky, Michala, Natálie a Elišky je jedno až dvousemestrální program Erasmus⁴⁶. Zahraniční stáže hrají s ohledem na rozhodnutí k odchodu poměrně zásadní roli. To, že jim u většiny participantů již předcházely první úvahy o odchodu do zahraničí po studiu, není důvodem ke snižování jejich role. Stáže fungují jako plánovaný prostředek k nasbírání zkušeností a ozkoušení si reality německého zdravotnictví a života v německé společnosti vůbec⁴⁷.

„No a pak myslím, že ty stáže jsou dobrý, že si to tam okoukáš.“ (Petr, 25 let, 6. ročník)

„Takže už před tím jsem o tom odchodu uvažovala, ale právě jsem chtěla vědět, jaký to tam je doopravdy. Jak to funguje, jak se tam taky ke mně budou chovat. A podpořilo mě to.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

Absolvování takového zahraničního pobytu je pro participanty následovně potvrzením několika předpokladů, o kterých původně pochybovali. Markéta v posledním citátu zmiňuje, že jí stáže utvrdily v dobrém fungování německého zdravotnického systému a kladném přijetí její osoby zejména jako kolegyně, ale i jako spolužačky nebo třeba spoluobčanky. Eliška a Natálie popisují stáž jako jakousi zkoušku sebe sama a své schopnosti zvládnout odloučení od svých bližních, ve které obě dvě obstály, čímž se ujistily, že pro ně tato překážka do budoucna není

⁴⁶ U studentů medicíny jsou pod záštitou programu Erasmus rozlišovány dva druhy stáže – výuková, či praktická/pracovní. Během výukové navštěvuje student přednášky a semináře a v jejich rámci pak, stejně jako v České republice, probíhá hodinově omezená praktická výuka na příslušných odděleních fakultní nemocnice. Druhý typ stáží, pracovní/praktický probíhá po celou dobu ve vybrané, většinou fakultní nemocnici na několika různých odděleních.

⁴⁷ Tuto posloupnost, tedy nejprve první myšlenky na odchod a následně stáže jako jakési zkoušky sebe sama i dané cílové země, potvrzují i výsledky výzkumu Van Mola [2011:24].

nepřekonatelná. V tomto ohledu je nutné zmínit klíčovou roli moderní techniky, kterou vypovídající často zmiňovali jako ulehčující faktor, který umožňuje komunikaci hlavně s rodinou. Počítačový program Skype a mobilní aplikace Whatsapp se ukázaly jako klíčové prostředky, které díky své online podstatě umožňují cenově nepoměrně výhodnější komunikaci, než tomu je u telefonických spojení či SMS, na kterých byli převážně závislí migranti ještě před pár lety. Podobnou roli hraje i hustá dopravní síť a to jak letecká, tak autobusová, a lepší finanční dostupnost těchto dopravních prostředků, která umožňovala (a do budoucna pravděpodobně bude stále lépe umožňovat) frekventovanější návštěvy rodiny a přátel, než tomu bylo dříve. Oba tyto aspekty působí podobně v situaci odchodu do Německa za práci na delší čas, než jsou několikaměsíční stáže a dodávají participantům odvalu k odchodu, protože zmenšují problémy, plynoucí z odloučení od původního sociálního okolí.

„Taky [se ještě obávám – poznámka autorky] toho, že třeba neuvidim rodinu, ale zvládla jsem to na Erasmu, ani se mi nestejskalo, tím že tam mám kolem sebe lidi. Sice tam byla vidina, že se vrátím, ale furt to není Austrálie a můžu jezdit domů a oni za mnou.“ (Eliška, 25 let, čerstvá absolventka)

Pro Natálii byla Erasmus stáž krokem k osamostatnění se a ujištěním, že by v německém systému zvládla pracovat. Dle jejích zkušeností by pro ni byl nástup zde podobně náročný jako v České republice. Asi jako jediná uvedla přímo, že pro ni cizí jazyk v pracovním prostředí není bariérou, což poukazuje na fakt, že se v systému jako cizinka pravděpodobně tak dobře adaptovala, že jí to dodalo jak v odborném, tak v jazykovém ohledu sebevědomí i do případného budoucího pracovního pobytu v Německu.

„Takže určitě jsem se osamostatnila tadyhle v tom způsobu a vím, že bych to tady v tom zvládla jako úplně v pohodě někde nastoupit. Že by to pro mě nebylo jako tak úplně, že by to byl asi stejnej stres, jako nastoupit někde v Čechách. Že to Německo, že ten jazyk vůbec neberu jako něco, co by mělo bejt jako horší, těžší.“ (Natálie, 26 let, 5. ročník)

Markéta se zase svými třemi pracovními stážemi utvrdila v tom, že již dříve probíraný aspekt jednoduchosti přechodu do Německa stojí na pravdivém základu. Tedy, že opravdu není složité, se do Německa jako lékař dostat. Už o stážisty je zde dle její výpovědi velký zájem. Její zkušenosti z menších nemocnic byly stejně pozitivní jako ty, kterých se jí dostalo během roční výukové stáže Erasmus na jedné z prestižních

německých lékařských fakult. Podobně jako Luboš, Monika, Eliška, Natálie nebo Tereza popisuje i Markéta, že tyto zahraniční pobyty ji otevřely oči ve smyslu možnosti srovnání obou systémů a zjištění, že někde jinde funguje organizace zdravotnictví, ale i třeba mezilidské vztahy na takové bázi, která je blíže jejím ideálním představám. Jejich cesta za uznáním dostává tak pevnější cíl, jehož realnost si díky zahraničnímu pobytu na vlastní kůži osvědčili.

„No a potom v pátáku jsem odjela na rok do Německa na Erasmus a tam jsem konečně viděla ten velký rozdíl mezi českým a německým zdravotnictvím. A viděla jsem opravdu, že to není těžký se do toho Německa dostat, takže to byl asi hlavní důvod.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

„Jo, to jsem si upevnila, protože u nás se ti lékaři fakt nechovají hezky ke studentům a jako jsou, zejména na chirurgii i kolikrát sprostí. Jako fakt jsem to měla a nejsem sama, i kamarádky, fakt máme zkušenost, že prostě jsem si řekla: „A to teda né!“ Ještě třeba když se mi něco takového stalo před tím, než jsem byla v tom Německu, tak člověk je ještě takový neutrkaný, je i mladší, tak je zticha a nechá si to líbit. Ale potom napodruhé už jsem řekla: To teda ne, já tady nejsem rohožka, aby se někdo ke mně choval, jako kdybych byla poslední v řadě po já nevím kom. To fakt ne!“ (Tereza, 24, 6. ročník)

Tereza uvádí, jak ji tato možnost srovnání dodala sebevědomí a odvahu se vzepřít ve chvílích, kdy v českém zdravotnictví zažívala něco, co v zahraničí bylo naprosto nepřijatelné. Jednání, kterého se jí již dříve dostávalo a považovala jej pro lékařské prostředí za *normální*, nyní odmítla akceptovat a vzepřela se mu. Její pobyt v zahraničí tedy změnil její hranici akceptovatelného, kterou nyní aplikuje na české prostředí. Aktuálně je pro ni poměrně těžké se na tento systém znovu adaptovat. Ačkoliv se těmito malými krůčky snaží své prostředí měnit, jedná se z jejího pohledu o alegorii boje s větrnými mlýny.

Oproti uvedené skupině participantů, která nabyla v zahraniční z fungování tamního zdravotnictví převážně pozitivní dojmy, Michal, Petr a Jana naopak zaujímají k prostředí, kde absolvovali stáže, spíše rezervovaný postoj. Michal a Petr si uvědomují mnohé výhody, které s sebou tamní organizace přináší, ale na druhou stranu popisují i dost jevů, které se jim nelíbily. Zejména šlo o nižší počet hodin praxe během klasické výuky v pátém ročníku, kterou oba měli možnost navštěvovat během svých výukových pobytů Erasmus. Michal sám sebe prezentuje jako „rebela“, který není z Německa natolik unešený, jako to vnímá u spolužáků a vyučujících ve svém okolí. Spolu s Janou se shoduje na faktu, že mu stáž otevřela oči a vzala iluze o dokonalosti německého zdravotnictví ve srovnání s tím českým. Během celého rozhovoru jsem nabyla dojmu,

že Michal nerad činí závěry bez vlastních zkušeností. Proto také kritizoval přístup některých vyučujících a kolegů, kteří dle jeho názoru zcela nekriticky opěvují německý systém, ačkoliv s ním nemají osobní zkušenost. Svoji vlastní zkušenost z výukové stáže Erasmus nepovažuje v tomto ohledu za dostatečnou, a tedy se nechtěl během rozhovoru zařadit do řad těch, které on sám za předčasné soudy kritizuje⁴⁸. Když dojde v rozhovoru na nedostatky českého zdravotnického systému, uznává Michal jejich objektivní existenci, na druhou stranu ale kritizuje, jak se s nimi aktéři nesprávně vypořádávají. Ti sice mají důvod k nespokojenosti, ale nemají ji dle jeho názoru dávat najevo. V tomto kontextu pak kritizuje zejména jevy, jako jsou věčné stěžování si a negativní nálada na českých pracovištích. Jeho komplikovaný postoj k oběma systémům se dá vysvětlit i skutečností, že Michal prezentuje svůj odchod prvotně jako cestu za vlastní zkušeností. Staví se do pozice člověka, který se nebojí do německého zdravotnického systému skočit po hlavě a v případě neúspěchu se vrátit zpět do vlasti. Tato linka se prolíná celým rozhovorem, v jehož průběhu jakoby na vedlejší koleji ovšem jmenuje i další velmi konkrétní nevýhody českého zdravotnictví, kterého k úvahám o odchodu vedou. I Jana a Petr popisují, že není možné oba systémy vidět černobíle. Všichni tři participanti, ale v průběhu rozhovoru jmenují značný počet výhod, kladných zkušeností a důvodů, které je k odchodu do Německa motivují.

„Když tak nad tím přemýšlím, tak ti doktoři, kteří se nám tam věnovali, tak většinou byli, jakože měli čas stranou na výuku. Zatímco tady je to většinou tak, že ten doktor odběhne od pacienta a nějak to s náma řeší tu výuku, něco nám řekne. Tak možná jsou tam více osvobozeni od toho celého běhu. Ale to nedokážu posoudit. U nás jsou taky doktoři, kteří nám prostě věnovali celé ty tři hodiny a celou dobu s náma byli a konzultovali s náma pacienty. Přijde mi, že to v tom Německu bylo víc vyjádřené, ale zase jsem tam absolvoval mnohem méně kurzů než v Česku. Jako jestli je tam ta výuka organizována lépe, myslím si, že ne. Jako celkově mi přijde, že v Česku...já jsem takový rebel v tomhle, všichni říkají, že to v Německu bylo organizované mnohem líp. Já kdyby bylo tak jako něco mezi.“ (Michal, 25 let, 5. ročník)

„ (...) ty státy nejsou zas až tak rozdílné, ale přišla jsem o ty iluze, že v Německu je všechno super a u nás je všechno špatně. To si nemyslím. Ty systémy jde srovnávat a jsou si velmi podobné, myslím jako to zdravotnictví, jakože to není tak velký rozdíl. Ale ta mentalita je trošku jiná, jsou tam jiní lidé.“ (Jana, 25 let, 6. ročník)

⁴⁸ Jinak byl ale Michal ve svých důvodech pro obranu českého systému poměrně nekonzistentní, stejně tak v popisu nevýhod systému německého. Jako celek budily některé protiřečící si výpovědi dojem pouhé snahy si mermomocí udržet distancovaný postoj ke „chronickým kritikům“ zdejšího systému.

3.3.6.1 Seznámení se s přítelem

Pro Moniku a Elišku bylo absolvování stáže klíčové i z jiného důvodu než je seznámení se s německým systémem zdravotnictví. Obě dvě započaly během svého pobytu v zahraničí partnerské vztahy s německými partnery. Obě dvě také vedly po skončení pobytu vztah na dálku a jsou i prvními, které si již našly v blízkosti bydlišť svých partnerů pracovní místa. Partnerský vztah se tedy během rozhodnutí k odchodu do zahraničí ukazuje jako velmi silná pozitivní motivace. Dle vyprávění dívek hraje ale přítel v tomto rozhodování u každé z nich mírně odlišnou roli.

Eliška sice deklaruje, že by po studiu odjela do Německa, aniž by tam potkala svého nynějšího přítele (mimo jiné protože ji velmi nadchlo fungování německého zdravotnictví a rozdíl ve finančním ohodnocení). Avšak vzhledem k faktu, že prezentuje právě onu stáž jako dobu, kdy se z výše uvedených důvodů definitivně rozhodla k odchodu, ale zároveň během ní také potkala budoucího partnera, je jen velmi obtížné tyto dva faktory od sebe v jejích výpovědích oddělit. V tomto případě může také jít o projev určité formy sociální desirability, kdy participantka nechce otevřeně říci, že jejím hlavním důvodem k odchodu je její vztah, tedy že odchází primárně kvůli muži. Což by mohlo v jejích očích být ze strany výzkumnice nahlíženo jako určitý projev ženské slabosti. Eliška uvedla svého přítele poměrně nízko i na svém pomyslném žebříčku důvodů k odchodu.

A: „A vidíš to třeba tak, že kdybys nepotkala přítele, že bys taky někam jela?“

B: „Jako pokud bych neměla nikoho tady, tak jo, ale asi ne takhle daleko.“

A: „A s jakou pravděpodobností třeba procentuální?“

B: „Třeba devadesát procent.“

A: „Jako před tím sem to tak neplánovala, ale když jsem to tam pak viděla, tak jo. A i když jsem pak viděla tu finanční situaci tady a všechno a mě tady jakoby nic nedrží. Mám tady rodinu, to jo, ale nedrží mě tady přítel, se kterým bych byla pět let a se kterým chci žít.“

(Eliška, 25 let, čerstvá absolventka)

Monika, oproti Elišce jasně deklaruje, že sice k odchodu viděla důvody a uvažovala o něm již před stáží, ale že by pravděpodobně do zahraničí bez vztahu s přítelem neodešla. Uvádí, že o životě v zahraničí sice vždy uvažovala, ale hlavní bariéra s tím spojená, strach ze samoty, pro ni byla natolik výrazná, že by pravděpodobně neodešla. Pouze okrajově připouští možnost, že by odešla do česko-německého pohraničí, kde již má určitou síť spolužáků, kteří již dříve odešli, a odkud to

není daleko k jejím přátelům a rodině do Prahy. V tomto případě tedy participantka jasně uvádí, že setkání s partnerem hraje zcela zásadní roli. Monika byla sice již před odjezdem na stáž rozhodnuta, že by v Německu žít chtěla. Ostatně již na gymnáziu zvažovala, že by se tam vydala na studia medicíny. V průběhu svých univerzitních let v České republice ale dospěla do věku a životní fáze, kdy přemýšlí o tom, že by do několika málo let po ukončení studia ráda založila rodinu a taková cesta do neznáma by byla z jejího pohledu pro tento plán příliš velkým rizikem. Setkání s přítelem jí tedy dodalo odvalu k odchodu, který vlastně vždy chtěla podniknout, ale jehož se tak obávala.

„Potom teda na tý medicíně, když ž jsem zjistila, jaký jsou ty podmínky, tak jsem říkala, že půjdu do Německa. Ale, asi jsem to nikdy nemyslela vážně, protože jsem vždycky...ono je to totiž strašně těžký odejít sám někam pryč, úplně do novýho. Bejt tam tak sám, ještě jako holka, že jo. V pětadvaceti přemýšlíš nad tím, kdy si založíš rodinu. Jsme to řešili právě ve škole pořád. Během studia by to bylo strašně náročný, teď je ještě potřeba ta atestace a potom. A když pojedu někam úplně sama, někam do Německa, a nikoho bych tam neznala, tak bych tam vlastně neměla žádnou jistotu, že někoho potkám. Neměla bych tam přátele, třeba bych si je tam ani neudělala, nebo udělala. Nevím, je to takový do neznáma prostě. To nevím, jestli bych udělala, ale tím, že mám hodně kamarádů v pohraničí, jako v Německu, tak si myslím, že bych šla tam, že bych tam někoho znala. Ale tím, jak jsem poznala přítele, tak jdu až takhle daleko. (...) No já vlastně proto, že jsem si řekla, že bych tam chtěl zůstat, tak proto i jsem začala ten vztah. Já bych ho nezačla s tím, že nechci být v Německu. To by nemělo prostě podle mě smysl. Už tenhle rok vztah na dálku je docela náročnej. Takže jsem musela mít nějakou vidinu, že se tam za ten rok odstěhuju.“
(Monika, 26 let, čerstvá absolventka)

3.3.7 Přímý vliv sociálního okolí – „kultura migrace“

V kapitole o výběru studia medicíny jsem se věnovala vlivu sociálního okolí jednotlivce na jeho rozhodnutí. Vliv tohoto charakteru je pak jasně pozorovatelný i s ohledem na rozhodnutí k odchodu do zahraničí. Co se týče přímo povzbuzování k odchodu, jmenovali někteří participanté spontánně opět vliv rodiny, dále pak vyučujících a lékařů, kteří se k odchodu často pozitivně vyjadřují. Určitý vliv lze přiznat i spolužákům či přátelům medikům, kteří také mají v plánu odejít za prací do Německa.

3.3.7.1 Vliv rodiny

Jedním z těch, kdo byli v rozhodnutí odejít po studiu do zahraničí otevřeně podporováni ještě před ohlášením případného záměru o odchodu, je například Michal, jehož heslem odchodu je získání nových cenných zkušeností v zahraničí. V rozhovoru několikrát zmínil, že vzorem v této životní „filozofii“ je mu v rodině zejména jeho otec, který ho vždy v tomto směru vedl a jak psychicky, tak finančně jej v krocích, které k tomuto kýženému cíli vedly, podporoval. Vliv rodinných hodnot je zde patrný i u obou starších sourozenců, kteří, jak jsem již uváděla dříve, také pracují a studují v zahraničí. Tyto časově omezené a spíše krátkodobé cesty nahlíží rodina jako unikátní šanci k poznání jiných životních perspektiv a zlepšení cizího jazyka. Velmi podobné rodinné zázemí prezentovala i Jana. Ani v jedné rodině se však nehovoří o tom, že by se potomci měli do zahraničí odstěhovat natrvalo, protože by mohlo jít o pro výkon jejich povolání příznivější prostředí. Z obou rozhovorů je patrné, že rodina počítá s tím, že se děti po získání zkušeností vrátí do své domoviny, kde je budou uplatňovat.

„No tak všeobecně to mám od tatínka, že zvlášť dokud je člověk mladý, tak si myslím, že by do toho zahraničí se podívat měl a měl vidět, jak to funguje jinak, jinde. Já jsem uvažoval, jestli pojedu na ten Erasmus na semestr nebo na dva. Jsem měl strach, že když se mi tam nebude líbit, tak že tam budu dojebaný [nespokojený – poznámka autorky]. A když jsem to říkal tatkově, že třeba i ten druhý semestr bude na nich víc, tak říkal, že určitě tam mám jet a nemám vůbec nad ničím přemýšlet, že to je prostě každý takový čas, strávený někde jinde, nějak jinak je obrovská zkušenost a k tomu je tam ten obrovský bonus toho jazyka. Jazyk se člověk nenaučí ve škole.“ (Petr, 25 let, 6. ročník)
„A rodiče jsou taky pozitivně k tomu nastavený. Říkají, rozhodně jed', ale s tím, že se vrátím. Ty mě do toho tlačí s tím, že co nejdřív tam jet a pak se vrátit.“ (Jana, 25 let, 6. ročník)

Eliška a Luboš zase uvádějí, že je některý z rodičů lékařů do rozhodnutí o odchodu pobízel také před tím, než k němu dospěli sami. Tyto pobídky byly ale myšleny již spíše ve smyslu odchodu za lepšími podmínkami, a tedy byly pronášeny i s vědomím té možnosti, že se potomek do vlasti již nevrátí. V situaci, kdy se pro studia medicíny syn rozhodl, to bylo například pro Lubošovou matku prakticky jediné možné východisko. Stejně tak Eliščin otec ji zakotvení v českém systému nedoporučoval. Po vlastní zkušenosti lékaře v českém zdravotnictví nabyli tyto rodiče dojmu, že jejich potomky čeká za hranicemi lepší budoucnost a v jejich rozhodnutí je nyní nejen

podporují, ale v podstatě jim jej doporučovali ještě před tím, tedy jejich spoluvytvářející vliv na rozhodnutí je zde poměrně zásadní.

„Tak táta mě pobízel i před tím, ale já jsem říkala, prosím tě, tak to tady tolik nehaň, tak špatný to tu není.“ (Eliška, 25 let, čerstvá absolventka)

„Máma říkala, ať to hlavně nejdu dělat vůbec. Ale když už studovat medicínu, tak teda ať jdu jinam no.(...)“

A: „Takže co se týče rodiny, tak tam máš podporu?“

B: „Tak jako samozřejmě, že máma by byla vnitřně nejradši, kdybych byl tady.“ (Luboš, 24 let, 5. ročník)

U Luboše je zajímavý vnitřní střet, který jeho matka prožívá. Ač sama svého syna do zahraničí vyslala prakticky ještě před započítím studia, Luboš si je dobře vědom toho, že by jej jako jediného syna ráda měla na blízku. Jako rodič, který je spoluzodpovědný za budoucnost svého potomka se ovšem rozhodla, že v zájmu synova dobra se svého požadavku na jeho fyzickou blízkost vzdá a raději ho bude dále podporovat v odchodu.

U zbylých participantů se většinou jednalo o podporu až v reakci na jejich rozhodnutí odejít, přičemž až na Markétu nikdo z nich neuvedl ze strany rodiny vyloženě negativní reakci.

3.3.7.2 Vliv vyučujících

K tématu odchodu absolventů za prací do zahraničí se staví, dle výpovědí participantů, většina vyučujících spíše pozitivně. Jejich přístupy se dají v tomto směru rozdělit do dvou skupin. Vypovídající uváděli, že jedna skupina lékařů a vyučujících se poměrně často vyjadřuje ve smyslu, ať se medicí rozhodně chopí po studiu příležitosti a jedou do zahraničí nasbírat zkušenosti. Zde je tedy patrný podobný motiv, jako u Michalova otce, či Janiny rodiny, tedy jinými slovy: „Jeďte, když vám to systém umožňuje, načerpejte nové zkušenosti, vraťte se a šířte své poznatky v českém zdravotnictví.“ Dotyční věří, že absolventi se po získání zkušeností, případně atestace, vrátí zpět do ČR a ve výsledku se bude jednat o přínos pro české zdravotnictví. Celý jev by pak bylo možné nahlížet jako tzv. *brain circulation*, jež přináší pro původní zemi výhodu v zahraničí „proškolených“ absolventů s potenciálem pozitivní změny pro stávající systém.

„A pak jsou hodně názory, to jsou třeba i hodně doktoři u nás ve fakultce, kteří to teda jednoznačně doporučují. Že by to doporučovali všem jít za zkušeností do zahraničí, by nás tam poslali všechny. (...) No oni říkají, že většina se snad vrátí a že hold se někdo nevrátí, s tím se musí počítat, ale že pokud se vrátěj, tak vlastně i ten přínos pro to český zdravotnictví a tu českou společnost to bude velkej. Takže jsou i takoví doktoři, třeba i přednostové.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

Další skupina, o které participanti referují, je z českého zdravotnictví natolik rozčarována, že studentům doporučuje, aby z něj hned, jak to bude možné, odešli a začali svou budoucnost budovat v zahraničí s tím vědomím, že se do České republiky pravděpodobně již nevrátí. Tato skupina se snaží budoucí mladé lékaře varovat před nevýhodami, které výkon jejich povolání v českém zdravotnictví obnáší. Sami tito lékaři a vyučující jsou většinou již ve věku a v takových životních situacích, kdy pro ně vlastní odchod není z důvodů různých forem závazku v České republice realizovatelný. Mohou mít pocit, že tím, že neodešli v době, kdy ještě závazky neměli, udělali chybu a že by se jim a jejich rodinám dařilo v zahraničí s největší pravděpodobností lépe než v jejich aktuální situaci. Vrátime-li se k terminologii Alberta Hirschmana [1970], litují tito jedinci své dřívější volby strategie loajality a studenty podporují ve výběru strategie odchodu, jako z jejich pohledu nejsnazší řešení stávající situace. Starší ročníky pak zase litují, že možnost neměly. Poselství: *„Využijte možnost, kterou máte a jděte za lepším“* se s různou mírou přímosti a otevřenosti snaží předat svým mladým kolegům.

B: „Když je někdo nespokojený, tak nám rovnou řekne, že máme jet do zahraničí. To nám říkají strašně často, že se máme co nejrychleji sbalit a jet do zahraničí. Ne, že by se nás jako snažili přemluvit, ať jdeme do zahraničí, ale ti starší nám říkají, že teď máme takové možnosti, že oni by na našem místě odešli.“

A: „A myslíš, že to myslí tak, že by odešli, nebo jako běžte na zkušenou a vraťte se?“

B: „Toť otázka. Někteří říkají, tady nemáte co dělat, ten systém je špatný, běžte pryč. Ale je hodně takových, kteří nám říkají, běžte za zkušeností.“

(Jana, 25 let, 6. ročník)

A: „A jsou třeba nějaký doktoři, který ti doporučí přímo jet?“

B: „Jo, hodně, většinou kvůli financím. Třeba já když jsem byla na stáži u nás, tak mi doktor říkal, tak vy umíte německy, tak proč byste tu zůstávala. Tak já nechápu, proč tady potom ty doktoři jsou. Fakt to některý dost haněj tady.“

(Eliška, 25 let, čerstvá absolventka)

Podobně jako u Elišky se výtky vůči českému systému ze strany lékařů nesetkávají s pochopením ani u Michala. Ten je, jak již bylo řečeno, silně proti kritice něčeho neznámého. V jeho případě by se tedy dalo říci, že jej tato kritika svými, z jeho

pohledu neopodstatněnými argumenty motivuje k tomu, aby se jel na vlastní kůži přesvědčit, co je na ní pravdy.

*„A já vůbec nechápu lidi, nejčastěji to bývají starší doktoři, kteří pracují v Česku, nikdy v životě v zahraničí nepracovali, kteří říkají: Tady nepracujte, jeďte do Německa. A jak vědí, že to tam je lepší, když tam nikdy nebyli?
 (...)A když se potom vrátím do Česka a budu tady dojebaný z toho, jak to funguje, tak aspoň budu vědět, proč jsem dojebaný, a nebudu jenom papouškovat to, co slyším jinde. Jděte do Německa, tam je to lepší a v životě tam nebyli?“
 (Michal, 25 let, 5. ročník)*

3.3.7.3 Vliv spolužáků, přátel a známých na odchod

Z citátu na str. 62, kde se Monika vyjadřuje k tomu, zda by odešla, aniž by měla v Německu partnera, je patrná důležitost vzoru odchodu v okolí, tedy např. v podobě přátel z vyšších ročníků, či spolužáků z kruhu, potažmo ročníku. Monika připouští, že by svůj strach ze samoty v případě odchodu překonala tak, že by si práci hledala v příhraničních městech, kde již pracuje několik z jejích přátel. Podobně jako Monika, klade i Natálie důraz na důležitost počátečních kontaktů, v podobě krajanů, kteří představují větší jistotu, že člověk se neocitne naprosto sám na cizím místě. Nehovoří sice o lidech, které by již znala, ale fakt, že jsou v určitých oblastech v německých nemocnicích čeští krajané v lékařských týmech poměrně často zastoupeni, a je tedy možné na tomto základě vybudovat nový okruh přátel, má pozitivní vliv na její rozhodnutí.

*„To je další věc, jako že na jednu stranu je to challenge, že tam budeš sama. Na druhou stranu je to taky trošku děsivý, že jo. Prostě odejdeš po škole. Máš pocit, že nic neumíš a jdeš do cizí země s cizím jazykem a mezi cizí lidi. A je tam nějaká šance, že tam třeba bude někde nějaký Čech, takže to asi bude trošku jako ulehčený.“
 (Natálie, 26 let, 5. ročník)*

Petr uvedl, že místo v německém pohraničí by si rád hledal spolu s dalšími dvěma kamarády z ročníku. Je tedy možné předpokládat, že se s těmito kolegy v rozhodnutí k odchodu vzájemně podporují a ujišťují, čímž jeden druhému potvrzují jeho legitimitu. Pocit, že „v tom“ člověk není sám má při takovém rozhodnutí, jakým je odchod do zahraničí značný motivační účinek. Ačkoliv většina participantů uvedla, že se jim zdá, že z jejich kruhu/ročníku moc lidí neodchází, každý byl schopen vybavit si

cca 4-5 lidí ve svém ročníku, kteří o odchodu v nějaké míře uvažují. Minimálně zprostředkovaně zná pak každý z participantů někoho, kdo již za prací do Německa ihned po studiu odešel. Šest vypovídajících uvedlo, že znají dotyčné přímo, jsou to jejich přátelé, či známí. Pouze Michal a Jana uvedly, že znají lékaře, který odešel z České republiky až po atestaci. Jako vzory v oblasti rozhodnutí k odchodu za prací do zahraničí slouží participantům tedy převážně čerství absolventi z jejich vlastního okruhu přátel a známých z vyšších ročníků.

„Já mám jednoho kamaráda, kterej se mnou byl vloni na Erasmu no a teď tam nastupuje, takže od toho budu asi čerpat zkušenosti. A pak mám další kamarádku, která se teď vrací z Rumunska zpátky do Německa a psala mi, že už má místo ve Stuttgartu. Ta tam byla se mnou no.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

3.3.8 Shrnutí

Z uvedených kategorií faktorů, které v průběhu studia ovlivňují rozhodnutí participantů k odchodu, je patrné, že se jedná jak o výrazné milníky (např. zjištění finančních podmínek mladých absolventů), tak o postupné procesy (např. působení negativ spojených s praktickou výukou v českých nemocnicích). Na jednotlivých příbězích je pozorovatelné, že se u každého z participantů jedná o komplexní proces, který je mimo jiné zásadně ovlivněn možnostmi srovnání nabytou během zahraničních pobytů. Tyto zkušenosti se ukazují jako velmi směrodatné, ať již v pozitivním či negativním slova smyslu. Pro dvě participantky byla zkušenost zahraniční stáže navíc zásadní změnou i v osobním, partnerském životě, což vneslo do jejich rozhodování další rozměr v podobě velmi silné emocionální motivace. Celý komplex tvorby rozhodnutí je socio-psychologické povahy a pojí se v něm jak osobnostní charakteristiky jedince (např. inklinace k cestování, či Německu jako zemi), které případně mohou skýtat vyšší pravděpodobnost odchodu, spolu s jasně patrnými vlivy sociálních struktur, jejichž jsou vypovídající součástí. Ať se již jedná o úzký okruh blízkých, širší okruh vyučujících, nebo o struktury dané systémem českého zdravotnictví, potažmo fungováním společností obecně.

3.4 Důvody k odchodu

Od procesu, ve kterém rozhodnutí o odchodu vzniká, se nyní dostáváme k samotným důvodům pro odchod tak, jak vyvstaly z jednotlivých rozhovorů. Za účelem co nejlepšího proniknutí do struktury komplexního systémů důvodů k odchodu čerstvých absolventů do zahraničí jsem se rozhodla metodu rozhovorů doplnit o grafické zobrazení důvodů formou jejich vypsání na lístečky a následné seřazení podle priority⁴⁹.

Celkově z výzkumu vyplývá, že uvedené důvody by se v duchu první kategorie *push-* a *pull-*faktorů Tjadense et al. [2012] daly pomyslně rozdělit na ty, které jsou především dané charakterem osobnosti, či slouží přímo k jeho dalšímu rozvoji, tedy jakási forma aktivity - touhy po nových zkušenostech a výzvách, poznání nových pohledů na svět, osamostatnění se či využití/zlepšení cizího jazyka. Těmto zejména predispozičně určeným důvodům jsem se již věnovala v podkapitole *Inklinace k cestování, k cizím jazykům a k životu v zahraničí*. Z důvodu častého výskytu ve výpovědích a jejich důležitosti zmíním v následující podkapitole z první skupiny tzv. **osobnostních** faktorů ještě dva doposud ne tolik rozebírané faktory, touhu po zkušenosti a po osamostatnění se. Větší pozornost budu však věnovat zejména druhé skupině důvodů, a sice těm, jež by se daly definovat jako důvody vnějšího, objektivního charakteru, vyplývající z **organizace** zdravotnictví v ČR a české **společnosti**. Tyto důvody z většiny vyplývající ze sociálních struktur, ve kterých participanti žijí, vzdělávají se, či v nich v budoucnu mají pracovat.

Co se týče důležitosti jednotlivých důvodů, je samozřejmě nesnadné uvádět v kvalitativním výzkumu nějaké jasné pořadí. Má pomocná metoda řazení důvodů a jejich zobrazení v podobě jakéhosi pomyslného žebříčku priorit mi díky nízkému počtu

⁴⁹ Nejdříve jsem nechala participanty volně jmenovat a rozebrat jednotlivé důvody. Ty jsem průběžně zapsala na samostatné lístečky. V závěru této části rozhovoru jsem poprosila participanty o seřazení lístečků se všemi uvedenými relevantními důvody dle důležitosti a výsledné schéma s pořadím jsem následně vyfotografovala (fotografie jsou v případě zájmu k dispozici u autorky výzkumu). Posléze si nechávám od respondenta dané pořadí odůvodnit. Tento postup mi umožňuje proniknout lépe do struktury důvodů.

Pro tuto metodu byl mírně limitující rozhovor, probíhající za pomoci programu Skype. V tomto případě jsem zvolila metodu zápisu jmenovaných důvodů pomocí označení jednotlivých důvodů písmeny a takovýto seznam jsem zaslala pomocí chatovací funkce. Úkolem participantky pak bylo seřadit písmena dle důležitosti, případně ty na stejné úrovni napsat na jeden řádek.

participujících také umožňuje dělat pouze velmi opatrné soudy. Spolu s výpověďmi jednotlivých participantů je ovšem možné na ni nahlížet jako na pomocný nástroj pro interpretaci komplexní struktury důvodů k odchodu. Z použité lístečkové metody vyplývá ve stručnosti přibližně následující struktura důvodů. Lepší finanční podmínky jsou důvodem k odchodu, který uvedlo všech devět participantů výzkumu. U šesti participantů se plat vyskytoval na jednom z prvních tří míst v žebříčku, u tří z nich se jednalo o pozici první. V šesti případech byla tedy z hlediska důležitosti dána přednost jiným důvodům než těm finančního charakteru. Nejčastěji pak skupinám důvodů, které by se daly shrnout jako lepší vztahy a atmosféra na pracovišti, touha po zkušenosti či vyšší kvalita specializačního vzdělávání. Blíže se jednotlivým důvodům budu věnovat v následujících podkapitolách.

3.4.1 Osobnostně dané faktory

3.4.1.1 Touha po zkušenosti, osamostatnění se

Stejně jako ve studii Tjadense et al. [2012], poukazuje i tento výzkum na podstatnou roli osobnostních faktorů, zvláště pak touhy po zkušenosti a osamostatnění se. Oba aspekty jsou v souladu s trendy dnešních společností, kdy jsou již např. při prvním pracovním pohovoru vyžadovány určité pracovní zkušenosti. Jako cenný zdroj zkušeností je chápáno cestování. Pobyt v zahraničí je z tohoto hlediska pozitivně vnímaný proto, že s sebou nese jinak neobvyklé situace, jež jedinec musel řešit s vyšší mírou samostatnosti, než by tomu třeba bylo v jeho domovině. V případě zkušenosti, jako motivačního faktoru k migraci, můžeme u některých participantů pozorovat jakousi záložní formu motivace. O zkušenosti, jako jednom z důvodů k odchodu mnohdy hovoří ve spojení se situací eventuálního návratu. V případě, že nové působišti nebude plnit jejich původní očekávání, zkušenost bude vždy to, co jim již nikdo nevezme a co pro ně vždy bude mít přínosný charakter. Pro zkušenost se vyplatí riskovat.

„Já si říkám, že kdyby to tam bylo blbý, tak že se vrátit můžu vždycky a v Čechách najdu místo vždycky. A budu mít zkušenost aspoň. To tě jako určitě nějakým způsobem obohatí, i kdyby se ti tam prostě nelíbilo. Kdybych tam byl ve finále jen půl roku a zjistil, že to není nic pro mě, tak pořád budu mít plus v porovnání s těma lidma, kteří nastoupí tady. Můžu si na to povolání a na to jednání s těma pacientama udělat i jinej náhled a pak si jít svojí cestou.“ (Petr, 25 let, 6. ročník)

Osamostatnění se má z hlediska faktorů ovlivňujících migraci dvojaký charakter. Částečně funguje jako motivace, částečně však i jako bariéra. Resp. fakt, že budou muset začít někde úplně od začátku, bez zázemí, přátel a rodiny, je pro participanty do jisté míry děsivý. Na druhou stranu ale funguje i jako výzva.

A: „Myslíš to osamostatnění se že tě taky motivuje?“

B: „Jako to osamostatnění a začít si to všechno budovat sama pro sebe od začátku.“

A: „To bys ale jako mohla budovat i tady ne?“

B: „Jako mohla, ale to už je takový usnadněný, že už tady mám tady ten byt a tak.“

(Markéta, 26, 6. ročník)

3.4.2 Organizačně dané faktory

3.4.2.1 Finance

Tento důvod je ze strany médií a veřejnosti často spatřován jako hlavní, ne-li jediný pro odchody lékařů. Někteří vypovídající zmiňovali v tomto kontextu relevanci platu s jakýmsi podkresem či náznakem, že jde o veřejností často používané klišé. Z jejich pohledu jde o víceméně o objektivní fakt, finance jejich rozhodnutí samozřejmě ovlivňují, ale u žádného z participantů se nedá říct, že by šlo o důvod jediný či jasně dominantní, tak jak to často vyplývá z veřejného diskurzu.

Aspekt lepšího finančního zajištění je sice důležitý pro všechny participanty, i tak se ale mezi jejich postoji k tomuto tématu dají vyzorovat určité nuance. Někteří vypovídající jsou k finanční výhodnosti mírně skeptičtí. Ačkoliv nepopírají, že je vlivným aspektem jejich rozhodnutí, pochybují o tom, že rozdíl mezi platy absolventů je natolik závažný, jak je prezentováno. Kupříkladu Luboš upozorňuje ve výpovědi několikrát na fakt, že po přepočtu na životní náklady a odečtu vysokých německých daní výsledný čistý zisk dle jeho názoru rozhodně není tak vysoký, jak se v médiích často referuje či jak se domnívá jeho okolí. Navíc se Luboš domnívá, že v německém systému jsou platy sice vyšší, ale úměrně tomu je tam také větší pracovní nasazení. Vyšší plat je tedy dle jeho názoru zasloužený a dotyčný odcházející absolvent si jej musí zasloužit, v některých případech možná až „vydřít“.

„(...) jako jinak kdyby šlo o peníze, tak v tom Německu na tom nejsou zas tak dobře, tam není zas tak velký rozdíl oproti Česku, jak si lidi myslí. Tak je tam rozdíl, ale není to tak markantní. Tady se píše, že oni berou 4 tisíce euro, tak to berou, ale zase daně jsou 48 %, když se to všechno sečte, tak jim zbyde ne-li půlka. (...)

Ale zase na druhou stranu v tom Německu, jako ty peníze jsou tam lepší samozřejmě a pak jdou dost nahoru, ale co jsem slyšel, tak se tam dře o dost víc. To pracovní nasazení je větší než u nás. V těch míň hodinách se pracuje víc.“

(Luboš, 24 let, 5. ročník)

Natálie zase z informací od svých přátel, kteří nastoupili v Česku, usuzuje, že nástupní plat zde není již natolik nízký, jako dříve býval. Se základním platem a službami se již mladý absolvent může dle jejího názoru postavit na vlastní nohy lépe, než tomu bylo dříve. Natálie upozorňuje na skutečnost, že situace zde po finanční stránce již není natolik tristní, aby to pro ni byl naprosto dominantní důvod k odchodu. Sama ovšem ve své žebříčku důvodů uvedla finance na prvním místě, což může být pro výslednou interpretaci matoucí. Po porovnání výpovědí a položek v žebříčku je patrné, že je pro Natálii poměrně složité odlišit důvody, tedy jakousi hlavní motivaci, od pozitivních, ale spíše vedlejších faktorů vlivu. Je možné, že jsme se s Natálií neshodly na správném pochopení zadání, k tomu se přidává skutečnost, že odlišit tyto dva druhy ovlivňujících faktorů samozřejmě pro participanty není jednoduché. S ohledem na uvedené bych interpretovala Natáliinu výpověď ve světle následujícím. Vyšší finanční ohodnocení lze v případě Natálie chápat jako velmi podstatnou výhodu, kterou s sebou odchod nese. Avšak vzhledem k tomu, že situace v této oblasti v ČR není dle Natálie již natolik špatná, není to její motivace k odchodu, ale „pouze“ významné plus, velmi pozitivní vedlejší efekt. V podobném smyslu se vyjádřil i Michal, na jehož žebříčku stojí finance na druhém místě. Během rozhovoru se několikrát k tématu diametrálně vyšších platů pozitivně vyjádřil, před finance ale stále staví důležitost získané zkušenosti, což uvádí jako svůj hlavní důvod.

„Jo, samozřejmě to je na úkor času, všeho, ale prostě že to zase není tak, jak tady se to...že jeden čas to bylo, že doktoři nemaj pomalu ani co jíst. Že to není tak už. Takže já si myslím, že ty peníze nehrajou už opravdu takovou roli, jako by hrály, kdyby mi tady dal někdo 15 tisíc hrubýho nástupák.“ (Natálie, 26 let, 5. ročník)

„A já to teda beru tak, jak mi říkal tatínek, já tam jedu nabrat zkušenost. A to, že za to dostanu hezčí peníze, to je pro mě jenom bonus. A že se říká všeobecně, že to postgraduální vzdělávání je tam lepší, tak to chci vyzkoušet.“ (Michal, 25 let, 5. ročník)

Jana, Tereza a Petr jsou toho názoru, že finanční rozdíl je rozhodně znatelný i po přepočtu a stržení odvodů, a finance jsou pro ně tedy důvodem naprosto legitimním, který není třeba obhajovat či osvětlovat. Petr a Luboš uvedli finance na prvním místě svého žebříčku. Zbývající vypovídající studentky a absolventky je uvádějí na třetím až čtvrtém místě, tedy jejich prioritní důvody jsou spíše v oblastech mezilidských vztahů, vzdělávání či osobnostního rozvoje.

3.4.2.2 Napětí ve zdravotnictví

Atmosféra spojená s pozdějším výkonem jejich povolání, již okouší studenti již na lékařských fakultách a zejména pak během praktické výuky a stáží, má dle tvrzení vypovídajících také značný vliv na jejich rozhodnutí o odchodu. Kromě již popisovaných negativních pocitů z přijetí na odděleních vnímají totiž studenti i obecně negativní náladu, panující v českém zdravotnictví. Tento dojem, ať již přímo či nepřímo a s různou mírou otevřenosti podporují někteří vyučující, ale i lékaři a další pracovníci, se kterými participantů přicházejí během svých studií do styku. Sami lékaři svou nespokojenost se systémem českého zdravotnictví dávají někdy i přímo najevo a budoucí lékaře již během jejich studia od povolání odrazují. Tento od prvního ročníku je provázející diskurz nepůsobí na některé vypovídající studenty pozitivně a celkově vytváří dojem nesouladu, nespokojenosti a přítomnosti jakéhosi chronického napětí v systému.

„Nebo nám v tom prváku, druháku říkali, ať tu medicínu neděláme. Třeba poprvé, když jsem byla na sále na stáži u nás v nemocnici, tam zrovna operoval primář a ten se mě ptal, proč jsem šla na tu medicínu a proč jako nejdu dělat něco jiného. Tak říkám: „A co?“ „No třeba práva, to může být taky dobré.“ Tak říkám: „A jaký je v tom rozdíl?“ A on, že bych si vydělala víc peněz a že prostě ta medicína nestojí za to. Řekl mi snad milion důvodů proč nedělat tu medicínu a jako že ještě jsem mladá, že ještě mám čas na to změnit to povolání.“ (Jana, 25 let, 6. ročník)

Starší kolegové lékaři působí na vypovídající studenty často demotivovaným dojmem, což je pro ně samotné logicky také demotivující. Uvědomují si často, že nepříjemné chování lékařů samo o sobě nemusí být způsobeno jejich charakterem, ale že to, jak se aktuálně ve svém pracovním prostředí projevují, z nich většinou udělal právě systém, ve kterém tráví největší část svého bdělého stavu. Představu, že každodenní nemocniční praxe zdeformuje po pár letech i jejich profesní přístup,

považují někteří participanti za velmi negativní vyhlídku do budoucna. Odchod do zahraničí pak prezentují jako možnost ze systému minimálně na dobu atestačního vzdělávání uniknout a vytvořit si vlastní, tím lepším systémem ovlivněný přístup k práci, pacientům a kolegům.

„Kdežto když začínáš u nás, tak jsi ještě pořád vychována v takovém tom ne úplně transformovaném myšlení, což souvisí s problémem v systému, kdežto tady dostaneš úplně jinou výchovu jako lékař a pak se můžeš vrátit, ale už se vrátíš jako atestovaný lékař, s eventuální možností něco dělat a už nemusíš dělat to, co ti někdo řekne, ale už budeš ty svým pánem v podstatě“ (Tereza, 24, 6. ročník)

„Já to beru jako tak, že tam kde začnu pracovat, co se jako naučím v tom mládí, tak že tak to budu praktikovat celý život. A že bych se chtěla učit od těch, kteří mají lepší ten přístup, učit se od lepších.“ (Jana, 25 let, 6. ročník)

3.4.2.3 Změníme to! Změníme to?

Fakt, že se participanti tohoto výzkumu chtějí z jejich pohledu formou odchodu nefunkčnímu systému vzepřít a v případě návratu do něj později přinést tzv. čerstvý vítr, by mohl být velkým plusem pro české zdravotnictví. Otázkou, kterou si položila například i Monika⁵⁰, však zůstává, zda se mladí lékaři budou mít chuť vracet zpět do hůře fungujícího systému a v případě, že ano, zda tyto zatím pravděpodobně spíše desítky jedinců systém nepohltní a skutečně jim umožní praktikovat zde to lepší z toho, co se během svého pobytu v zahraničí naučili.

„O tom jsme se bavily s holkama, že tady ten přístup by bylo fajn sem přivést. Jenže tím, jak to tady nikdo nedělá, tak je otázka, jak by to vydrželo dlouho tomu člověku, kterej by to dělal. Podle mě je strašně člověk ovlivněnej tím prostředím. Když něco nikdo nedělá, tak si řekne, proč bych to já měl dělat.“ (Monika, 26 let, čerstvá absolventka)

Někteří vypovídající se návratu, podobně jako Monika, právě z hlediska opětovného přijetí do systému obávají. Ačkoliv očekávají spíše pozitivní reakci ze strany potenciálního zaměstnavatele a pacientů, starosti jim dělá zejména to, jak zareagují jejich případní budoucí čeští kolegové. Eliška a Luboš se v tomto případě obávají, dle jejich slov, typických „malých“ českých vlastností jako je závist. Takové vyhlídky samozřejmě také nepodporují návrat a touhu věci dělat způsobem, který je

⁵⁰ Konkrétně Monika se do zahraničí chystá odjet natrvalo, založit zde rodinu a usadit se.

odlišný, a tím pádem rozdíl mezi vlastní osobou a organizací, ve které pracují, ještě zdůrazňovat. Existují tedy jisté pochyby, zda by v případě jevu *brain circulation*, tedy většinových návratů mladých lékařů zpět do České republiky, bylo oněm výhodám, plynoucím ze znovuzískání „mozků“ skutečně umožněno rozvinout svůj potenciál, a ne aby byly udušeny aktuálními strukturami.

„Co jsem slyšel, tak je tady mnohdy nepřátelská atmosféra vůči těm doktorům, který se vrátěj z Německa. Oni si myslěj, že si tam člověk přehazoval prachy vidlema. Já mám kamaráda, kterej tam byl ted' dva roky, pak mu otěhotněla přítelkyně, takže se vrátil, a tomu to dávaj všichni strašně sežrat, že se s nim nebaví. Takový ty narážky: tak vy jste takhle popsal to EKG, tak jestli se to takhle dělá v Německu, tak u nás se to dělá takhle.“ (Luboš, 24 let, 5. ročník)

3.4.2.4 Důvodné stěžování si

Většina participantů je názoru, že hlavním zdrojem demotivace lékařů je nepoměr mezi odpracovanou prací a finančním ohodnocením. Lékaři bývají často v práci velmi unaveni, protože vzhledem ke stále se zvyšujícímu množství práce na jednoho lékaře z důvodu personálního podstavu jsou různými kličkami proti evropské legislativě nuceni sloužit přesčasy, nebo mývají po nočních službách normální denní směnu. Tento fyzický i psychický stres, podporovaný mimo jiné například i stále se zvyšujícími technickými nároky na práci s různými přístroji, byrokratickou zátěží, nepříjemnou atmosférou na pracovišti či zvyšující se nutností rozvíjení komunikačních kompetencí se stále různorodějším spektrem pacientů, působí na lékaře a jeho jednání vůči kolegům a pacientům negativně.

„Ať už ze strany náročnosti, papírování...třeba ty doktoři na západě jsou opravdu doktoři. Doktor u nás dělá zároveň doktora, sestřičku, sekretářku a potom to ani není jeho vina, že ani nemá na toho pacienta čas.“ (Luboš, 24 let, 5. ročník)

B: „Samozřejmě, když máš málo, tak si stěžuješ, ale taky to pak ovlivňuje to prostředí, když prostě přijdeš do nemocnice a tam si všichni stěžujou na to, že maj málo peněz, tak to není příjemné to pořád dokola poslouchat.“

A: „A kde to takhle funguje?“

B: „Takhle to je v Praze a pak jsem byla ještě ve dvou okresních nemocnicích a tam si ti lékaři stěžujou.“

A: „Takže v českých nemocnicích máš spíš tenhle pocit z tý atmosféry?“

B: „Jako nemůžu zase úplně říct, že to tam je nepříjemné, to ne. Ale je to takové, že se o tom lidé baví. Mně to negativně ovlivňuje, nemám to ráda.“

(Jana, 25 let, 6. ročník)

Jak je patrné z Janina citátu, jako další typickou českou vlastnost odrážející se zásadně na pracovní atmosféře označili spolu s ní i Petr a Eliška tendenci českých zdravotníků si z nejrůznějších důvodů stěžovat na svou situaci. Zejména ve srovnání s německými nemocnicemi, kde jsou vztahy na poměrně striktně profesionální bázi, je tato vlastnost českého zdravotnictví skutečně nápadná. Participanti uváděli, že němečtí lékaři nepracují o nic méně a je na nich také mnohdy patrná značná únava, ale na svou situaci si, dle jejich zkušeností, za žádných okolností nestěžují. Nešíří tedy do svého okolí negativní atmosféru, což uvedení participanti velmi oceňují.

„Základní rozdíl mi přišel v tom, že v Česku ve škole anesteziolog řekne: Vůbec to nedělejte, to je hrozný obor. Jděte dělat něco jiného. A hlavně! V Česku ne, jedte do zahraničí [znuděně, ztrápeně – poznámka autorky] To samé na chůře, to samé v různých jiných dalších oborech. V Německu přišel doktor a říká: Super obor, pojďte to dělat! Prostě je to zajímavé proto, proto, proto. A myslím si, že kolikrát, jako pokud ty nastupuješ a děláš úplně tu samou práci, za stejných podmínek a posloucháš na jedné straně to, že je to všechno na nic a jsme hrozný chudáček a je to hrozně špatně, jedte někam pryč a tady nebudte, anebo jasně, pojďte k nám, tady je to úplně super. Tak myslím, že člověk bude, nebo já aspoň, ale myslím si, že každý bude mnohem spokojenější.“ (Michal, 25 let, 5. ročník)

Nutno připomenout, že samotní němečtí lékaři také odcházejí za lepšími podmínkami do zahraničí a také nejsou spokojeni s výší svých platů, nicméně německá povaha a již zmiňované profesionální vztahy na pracovišti pravděpodobně nejsou příliš rodnou půdou pro onu kritizovanou vlastnost. U zmiňovaných vypovídajících studentů by se dal odchod nahlížet jako únik ze systému, kde je sice stěžování si objektivně opodstatněné, ale celou situaci to pouze zhoršuje. Na změny v systému českého zdravotnictví se cítí být participanti málo mocní, a tak raději volí možnost úniku z negativně naladěného systému, jež působí právě opačným dojmem.

3.4.2.5 Vztahy na pracovišti

Vztahy na pracovišti se dle výpovědí participantů zdají být jedním z nejpálčivějších důvodů k odchodu. Ve svém žebříčku je uvedlo sedm vypovídajících studentů, přičemž šest z nich na jedné z prvních tří pozic. Do tohoto souhrnného názvu lze zařadit jak vztahy mezi lékaři samotnými, lékaři a sestrami, tak i lékaři/sestrami a pacienty. Problematické vztahy sester vůči lékařům, či lékařů vůči medikům a naopak,

jsem již rozebírala v podkapitole *Prestiž společenská vs. každodenní*. Nyní se tedy budu zejména věnovat vztahům mezi lékaři samotnými a lékaři a pacienty.

Někteří z účastníků upozorňovali, že vztahy jsou vždy závislé na konkrétním oddělení a zdůrazňovali subjektivitu svého hodnocení vyplývající z omezeného množství zkušeností. Popisovali i své pozitivní zkušenosti s fungujícími odděleními. Při celkovém ohlédnutí za každým rozhovorem je ale nutné téměř u všech výpovědích konstatovat, že převládají spíše v různé míře negativní zkušenosti se vztahy na pracovišti. O tom svědčí i skutečnost, že vztahy a atmosféra na nemocničním pracovišti byly tak často spontánně uváděny jako důvod k odchodu.

3.4.2.5.1 Neprofesionální vztahy

„Jako tam je to prostě na jiný úrovni, takhle mezi...oni si o sobě můžou myslet, co chtějí, ale nikdy to nedaj najevo před tím pacientem, natož aby se před ním hádali.“ (Monika, 26 let, čerstvá absolventka)

Již nejednou zmiňovaná profesionalita německých pracovních vztahů je účastníky většinou s ohledem na fungování oddělení nahlížena jako pozitivní norma jasně stanovující hranice toho, co je na pracovišti přípustné. Méně formální atmosféra, která je dle vypovídajících běžná v českých nemocnicích s sebou bohužel přináší negativa jako projevy neúcty k nadřízenému i kolegům, vzájemné pomlouvání, hádky a další konflikty, které negativně ovlivňují atmosféru na pracovišti.

„Ty vztahy na pracovišti jsou pro mě taky hodně důležité, protože to mě tady trochu jako, když to tady někdy vidím v tý jedné fakultce... strašný intriky, všichni jdou jako proti sobě, pomlouvání, no to je úplně neuvěřitelný. To jsem třeba zažila, když jsem tu byla na ARU. Jsem tam byla s tím anesteziologem a operoval nějaký neurochirurg a jen co on odešel, tak ho všichni začali pomlouvat. A to bych teda nezvládla, že bych odněkud odešla a oni všichni: jak jsem pomalá a jak mi to nejde. Takže to jako ne.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

3.4.2.5.2 Silná hierarchie

Dalším terčem kritiky v českých nemocnicích jsou pro vypovídající příliš hierarchické struktury na jednotlivých odděleních i napříč nemocnicí. Jana, Luboš i Eliška popisují jaký je problém, se jako mladý lékař v českém systému prosadit. Jana uvádí, jaké rozdíly jsou činěny mezi jednotlivými stádii pracovní kariéry lékaře:

medikem, mladým absolventem a atestovaným lékařem. Upozorňuje při tom na jejich neprostupnost, co se respektu od výše postavených kolegů týče. Eliška dokonce hovoří o strachu ze starších kolegů.

„Ale co si myslím, že je taky trošku jiné u nás, že oni maj takový respekt ke všem, jakože neodsuzujou nikoho na první pohled. A myslím si, že tady u nás to je, že prostě jsi student, tak jsi student a nic nevíš. Jsi lékař bez atestace, tak prostě děláš všechno. A jsi lékař s atestací, tak už jsi jako něco. A tam jsem měla takový pocit jako, že se všichni k tobě chovali stejně, s takovým respektem k těm mladším.“ (Jana, 25 let, 6. ročník)

„No, mě to tady jako nepřijde zas tak špatný, ale je to tu takový negativní no. Člověk se bojí jako těch vyšších. Pacienti na tebe pohlížej jinak a ty na ně. (Eliška, 25 let, čerstvá absolventka)

Markéta popisuje jeden z důsledků těchto zažitých hierarchických struktur, a sice že mladí lékaři jsou bráni jako levná pracovní síla, která musí vykonávat veškeré úkoly, které nejsou jejich starších kolegů „hodny“. Často sem spadají i spíše činnosti byrokratického charakteru, které ale mladé lékaře na jeho profesní dráze z hlediska schopností o moc dále neposouvají a pouze mu odebírají čas, jenž by mohl věnovat praktickým medicínským úkonům a vzdělávání se ve svém vybraném oboru.

„Ale tady u nás mi spíš připadá, že tě berou jako takovou levnou pracovní sílu. Tady ti dají za úkol psát všechny ty vizity, ty papíry a jako jo, něco děláš, ale to by neměla být prostě práce toho lékaře. To bychom klidně mohli dělat my jako studenti medicíny, bychom mohli psát ty propouštěcí zprávy, ty vizity a nás by to bavilo a naučili bychom se to tím. Ale ten doktor by se prostě měl učit něco prakticky. Protože kdy jindy, když ne na začátku tý práce. A na to právě není moc čas, protože ty mladý doktoři jsou úplně zahlcený tím, že mají na starosti celý oddělení.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

3.4.2.5.3 Vztahy mezi pacienty a lékaři

Stávající situace ve vztahu lékaře a pacienta v českém zdravotnictví je z hlediska participantů viděna jako velmi problematická. Jde o jednu z oblastí, kde možnost srovnání se zahraničím poukazuje často na opravdu propastné rozdíly. Z výpovědí vyplývá, že se vztahy lékařů a pacientů aktuálně nachází stále ještě na pomyslném transformačním rozcestí, kdy se na lékařských fakultách začíná ještě poměrně neobratně vyučovat klientelistický přístup, v nemocnicích je ale stále velmi silně zakořeněn přístup paternalistický. Studenti absolvují na fakultách základní kurzy, týkající se komunikace s pacientem, kde ale bohužel většinou chybí praktická složka a jedná se

spíše o jakýsi teoretický úvod. Možností navštěvovat předměty (běžné například právě pro německé vzdělávání lékařů), kde by se učili s pacientem a jeho blízkými komunikovat prakticky, tedy například pomocí hereckých simulací, na pražských lékařských fakultách bohužel studenti nedisponují. Praktickou stránku si tedy ve srovnání se svými německými kolegy mají možnost osvojit pouze přímo na nemocničních odděleních. Tam však ne vždy ony teoretické poučky z powerpointových prezentací personál dodržuje. Studenti a mladí lékaři si tak od svých vzorů osvojují praktiky, skrze něž je na jednotlivých odděleních, zejména pak skrze instituci vedoucí lékaře, reprodukován paternalistický přístup k pacientovi.

„Tyhle poučky máme z nějakých všech možných psychologií a etik a tak. Samozřejmě v praxi to takhle absolutně nefunguje. Zažila jsem stáže, kdy doktor pacientku rozbřečel a podobný.“ (Natálie, 26 let, 5. ročník)

„Já si myslím, že je dobré to připomínat a že bychom hlavně měli...hlavně potom záleží na tom, jak to funguje v té nemocnici. Já si myslím, že jak to člověk vidí na těch ostatních. Člověk se v podstatě všechno o tom oboru naučí, až když tam nastoupí po promocích a v rámci toho se naučí taky jednat s tím pacientem, protože my se samozřejmě učíme jednat s tím pacientem, ale je to pár hodin, jo. (...)Každopádně ten styl si vypilováváš až po škole, takže si myslím, že spíš tam by to mělo být, se to připomínat. Jenže vykládej primáři s třicetiletou praxí o tom, jak se má chovat k pacientovi.“ (Michal, 25 let, 5. ročník)

Natálie v citátu výše naráží na mnohdy velmi nepříjemné situace, které s sebou v nemocnicích stále aktuální rysy stávajícího paternalistického přístupu mohou přinášet. Největší problém spatřují participanti v absenci snahy o vysvětlení, tedy předání dostatečného počtu informací o pacientově zdravotním stavu jemu srozumitelnou formou. Když pacient naléhá a opravdu informace požaduje, většinou jsou mu předány pouze ve stručné formě za nepříliš vhodných okolností, jak například níže popisuje Markéta. Také Monika hovoří o tom, že pacientovi je dáváno najevo, že lékaře svou přítomností vlastně zdržuje a ten se pacienta snaží co nejdříve zbavit. Michal pak uvádí dle jeho podání typickou situaci, jak je pacient ve snaze o získání bližších informací kontextem situace nucen přebrat roli v dané situaci podřízenou, až nedůstojnou. Eliška naráží na problematiku velmi citlivou, a sice sdělování nepříznivé diagnózy, jakou je například rakovina. V této oblasti má, dle slov několika participantů, komunikace jak s pacientem, tak s jeho blízkými ještě velký kus cesty před sebou.

„Podle mě u nás toho pacienta ti doktoři odbývají. V tom Německu si fakt vyhraděj čas, sednou si s ním a v klidu mu to všechno vysvětlí a vyhradí si čas na zodpovězení všech otázek. Zatímco u nás je to pořád požadovaný za nadstandard, že ten doktor si s tím pacientem přijde popovídat. A dost často se stane, že když už přijde, tak je to takový to ve zkratce a ještě má pacient pocit, že toho doktora strašně zdržuje.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

„Na chirurgii klasicky prostě vizita u pacienta, o pacientovi, ale bez pacienta. Takže pacient vždycky narovnaný s prosíkem: pane primáři, pane doktore. Takový jako že se snižuje a vyloženě s prosíkem, že by se rád na něco zeptal. A oni tam řeší, že jo: „Jo tady pan Novák, 47 let, po operaci blablabla.“ a občas se ten pacient teda na něco stihne zeptat a oni mu nějak jako odpoví, ale většinou to bývá tak nějak jako o pacientovi, ale bez něj, no.“ (Michal, 25 let, 5. ročník)

„To jsem třeba viděla v Německu, že si s těma příbuznými sednou a vysvětlí jim to. Tady prostě se to řekne tomu pacientovi, když tam náhodou příbuzný jsou, tak tam jsou, ale prostě ve stylu máte rakovinu, čau.“ (Eliška, 25 let, čerstvá absolventka)

V případech komunikace s pacientem participanti často zdůrazňují její důležitost, protože pacient jako laik není mnohdy objektivně schopen posoudit kvalitu léčby podle jiných kritérií. Dle jejich názoru se jedná o prakticky rozhodující faktor při tvorbě vztahu pacienta ke zdravotnictví obecně a celkové lékařské péči, jehož nefunkčnost ve většině případů škodí ve výsledku celé lékařské komunitě. Začarovaný kruh celkové nechuti k práci, způsobené nedostatkem času, stresem, únavou a neodpovídajícím finančním ohodnocením pak podporuje reprodukci výše zmíněných negativních praktik, které nadále spouštějí nepříznivé reakce ze strany pacientů. Tohoto procesu jsou si vypovídající vědomi a jejich odchod je jakousi formou snahy o to se nástupu do něj vyhnout.

„Třeba jako já si myslím, že stejně jako ten člověk, jak dokáže vnímat tu kvalitu té péče. Jako normální člověk to nedokáže nějak ocenit jako objektivně. On vnímá jenom to, jak se ten lékař k němu chová. Prostě vidí, že ho hezky pozdraví, podá mu ruku, vysvětlí mu to a prostě když něco takového uděláš, co je prostě úplně jako základní věc, tak ten pacient bude jako strašně spokojený a když mu třeba předepíše špatný lék, tak jemu to je úplně jedno, protože on to nepozná, ale prostě je spokojený, protože se s ním hezky zacházelo.“ (Jana, 25 let, 6. ročník)

„Zas je pravda, že v Čechách máš chronicky daný to, že v nemocnicích je těch doktorů málo, že tam je podstava, kterej je schválně drženej proto, že ty nemocnice nemají peníze. Takže když by správně měli přijímat nový zaměstnance, tak je nepřijímají a radši toho doktora zahltěj více prací, protože je to pro ně samozřejmě ekonomický. No a to vede k tomu, že ten doktor má na pacienta málo času, je nervní, je přepracovanej, je po noční, a tak je nepřijemnej. Dost často těm pacientům plno věcí nevysvětlí, odsekne jim,

protože už toho má dost. A samozřejmě ta protistrana taky reaguje.“ (Petr, 25 let, 6. ročník)

Díky tomu, že jsou z pozice lékaře v kontaktu s praktikami převažujících komunikačních struktur českého zdravotnictví teprve krátce a také jistě díky své zkušenosti ze zahraničí jsou vypovídající studenti nyní schopni zaujmout k těmto problémům určitý odstup a vůbec je identifikovat. Jak již bylo v práci uvedeno dříve, participanti se obávají, že by si tyto negativní praktiky mohli po svém nástupu do české nemocnice zinternalizovat. Tyto obavy jsou tak i jedním z důvodů jejich plánovaného odchodu.

3.4.2.6 Postgraduální vzdělávání

Dalším centrálním důvodem k odchodu, jež explicitně zmínilo sedm vypovídajících, je rozdíl v kvalitě a organizaci postgraduálního vzdělávání. Zdroji informací v tomto směru jsou pro participanty jak vlastní zkušenosti z chodu oddělení při českých i zahraničních stážích, tak zkušenosti přátel a starších spolužáků, kteří již nastoupili do českých nemocnic nebo odešli do Německa. V českém systému postgraduálního vzdělávání je dle participantů několik nedostatků, které jsou natolik závažného charakteru, že tento aspekt dělají jedním z hlavních důvodů k odchodu. Například Petr uvádí, že do zahraničí jede především proto, aby využil této výhody, tedy že v Německu je organizace postgraduálního vzdělávání lepší. Následně by se rád do České republiky vrátil a založil si zde soukromou ordinaci, čímž by byl od neduhů českého nemocničního prostředí a jeho organizace do určité míry chráněn.

„Já tam chci odatestovat. Myslím, že právě ta předatestační příprava je v tom německém systému dobrá v porovnání s tím českým.“ (Petr, 25 let, 6. ročník)

Možným důvodem Petrovy představy, že se v českých nemocnicích naučí méně, než v německých, jsou mimo jiné právě nepříznivé podmínky, které mladé lékaře na cestě k atestaci v českém zdravotnictví provází. V podkapitole První setkání s praktickou výukou jsem již uváděla výpovědi poukazující na propastný rozdíl mezi úrovní praktické výuky na lékařských fakultách a realitou, jejíž jsou absolventi po nástupu do nemocnice součástí. Participanti jsou si vědomi toho, že mezi studiem a pracovním životem je rozdíl logický a očekávatelný, na druhou stranu by ocenili, kdyby je jejich starší kolegové tímto nejednoduchým obdobím provázeli o něco zúčastněněji a

s větším pochopením. Problémem je ovšem již několikrát zmiňovaná z tohoto pohledu nepřilíš funkční organizace chodu nemocnic, která to starším lékařům mnohdy ani fyzicky neumožňuje.

3.4.2.6.1 A plav!

Participantů velmi často v souvislosti se svými představami o nástup do nemocnice v ČR uváděli spojení „hození do vody“. Tato metoda je z jejich pohledu pro nadřazené nejméně pracná, na druhou stranu nejvíce riziková pro pacienty a velmi stresující pro mladé lékaře. Ti dle výpovědí studentů dostanou nezřídka záhy po svém nástupu na starosti své vlastní pacienty, většinou jde o půlku či celé oddělení i s veškerou s tím spojenou administrativou.

„Doufám, že [v Německu – poznámka autorky] bude ze začátku nějaký školení, že mě naučí, jak se používá ten systém. Že to nebude trvat jeden den, jako tady. Co mi říkaly kamarádky, že jeden den je tam dali a v rychlosti jim něco řekli a druhý den: pracujete sami. Co mi říkaly kamarádky, že jeden den je tam dali a v rychlosti jim něco řekli a druhý den: pracujete sami.“ (Monika, 26 let, čerstvá absolventka)

Této skutečnosti jsou čerství absolventi jaksí ponechání napospas s tím, že přiděleného staršího lékaře mohou kdykoliv např. telefonicky kontaktovat. Vypovídající však uvádějí případy, kdy se absolventovi po kontaktování staršího lékaře s nějakým dotazem dostalo ne zcela příjemné reakce, což rozhodně nepodporuje jeho vůli se příště bez obav zeptat znovu. Kromě nepříjemné atmosféry v týmu tomu úměrně vzrůstá i riziko, že se mladý lékař příště rozhodne jednat tzv. na vlastní pěst, což s ohledem na malý počet jeho zkušeností může nést jisté nebezpečí i pro ošetřovaného pacienta. V případě, že se absolvent odhodlá zavolat, podstupuje opět ono riziko, že bude nadřazeným označen za neschopného. Celkově si participantů v rozhovorech stěžují, že se v českých nemocnicích od mladých absolventů očekává, že jsou úderem promoce schopni nést stejnou zodpovědnost, jako jejich zkušenější kolegové, ovšem bez patřičného praktického zaškolení.

„To je právě velká motivace, proč tam jdu, kromě teda té finanční, ale myslím teda, že tohle je taky hodně důležitý, velmi důležitý, a to je, že v Čechách jsi prostě hozená do vody. Ne asi vždycky, ale ve většině případů. Dostaneš hned své pacienty a hned prostě

si děláš, a když uděláš něco špatně, tak ti akorát vynadají. Nikdo nemá čas ti něco vysvětlovat, nebo podobně. Samozřejmě Německo se taky může individuálně lišit, ale na těch místech, kde jsem byl já, tak tam se vždycky ten starší lékař tomu mladšímu věnoval a všechno mu vysvětloval a měl na něj čas. Já jsem na těch mladších lékařích, na těch asisstantarztech viděl, že se v pohodě ptali a žádnéj dotaz nebyl blbej. Oni byli naopak rádi, že se ptají, kdežto v Čechách by ti řekli, hele nezdržuj, neptej se na kraviny a tak dále.“ (Petr, 25 let, 6. ročník)

„Tak ale jako jo, jako mladý doktor někde na interně, kdy máš hraniční případ a nevíš, tak jako prostě zavoláš. Zavoláš, i když víš, že bude kravál, ale zavoláš, protože kdybys nezavolala, tak by byl kravál ještě větší. Jo, to jsem byla svědkem, že na příjmovce, že jsem třeba šla dobrovolně večer na službu se podívat, jak to vypadá, a tam zrovna byl takový jako případ a samozřejmě: A proč mi voláte kvůli takové blbosti a blablaba [nepříjemným, odpuzujícím hlasem – poznámka autorky]. Ale samozřejmě, že všem bylo jasné, že kdyby nevolal, tak bylo ještě hůř, že jo.“ (Tereza, 24, 6. ročník)

Zpracování se do chodu oddělení tedy trvá o to déle, protože vlastně není provázeno žádným stálým mentorem, ale závisí často převážně na samotném absolventovi a jeho schopnosti poradit si v novém prostředí s neznámou situací. Hlavními pomocníky a zdroji informací se v takových situacích stávají místo zkušených kolegů lékařů internetové vyhledávače jako Google, medicínské žurnály a další literatura, případně o rok starší kolegové či na oddělení přítomné zdravotní sestry. V případě knih a internetu se jedná o zdroj, který logicky neposkytuje absolventovi zpětnou vazbu na jeho vlastní činnost a rozhodnutí, a tedy je jeho použití k učení se v praxi poměrně nevhodné. Je totiž možné, že si z nich mladí lékaři pod tlakem situace nevezmou ty správné informace, či je nesprávně pochopí, čímž se opět zvyšuje riziko chyby lidského faktoru. V zájmu managementu každé nemocnice a jednotlivých oddělení by ovšem mělo být toto riziko prostřednictvím fungující organizace minimalizovat.

„Tak to jsem slyšela, tak na interně třeba konkrétně, tak nastoupíš a hned tě hodí do vody. Tam nastoupíš a hned máš půlku oddělení. To jsou tvý pacienti a neflákej se. Takže to pak vlastně funguje tak, že to tam víceméně řídí sestry, protože ty ví všechno nejlíp, že jo. Takže potom za nima chodíš a ptáš se na dávkování léků a tohleto, támhleto a oni jsou jako strašně šťastný, že tě můžou jako poučovat. Takže většinou je to tak, že se prostě háže do vody.“ (Natálie, 26 let, 5. ročník)

„A že hlavní zdroj informací, který máš jsou ty kolegové, který jsou tam třeba o rok dýl než ty. Ty asi vědí o trošku víc, ale stále je člověk prostě hozený absolutně do vody a musí se s tím poprat sám. Takže co mi teď říkají kamarádi, že ordinujou podle Googlu a Wikipedie. Všechno co předepisujou, nebo co se tam prostě děje, si googlujou. No a tam se naučíš právě ty chyby, který potom budeš opakovat a nenaučíš se eliminovat ty chyby hned od začátku, protože ti nikdo zkušeněj neporadí.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

3.4.2.6.2 *Nezájem, nebo vlastní zájem?*

Z popisu výše uvedeného nedostatku zájmu ze strany starších kolegů, vyplývá, že by mohl být z velké části způsoben nevyhovující organizací systému, tedy zejména nedostatkem času. K tomu se ale ještě v některých případech přidává určitý kariéristický boj. Participantů se totiž vyjadřovali ve smyslu, že dochází i k situacím, kdy jsou mladí lékaři, co se vzdělání týče, ze strany starších kolegů záměrně ponecháváni bez podpory. Jinými slovy nejsou například pouštěni k potřebným zákrokům, protože je chtějí vykonávat starší kolegové. Studenti také popisují, jak někteří lékaři neseznamují se svými znalostmi mladší lékaře záměrně. Tento jev je ve výpovědích spojován zejména s velkými fakultními nemocnicemi, které jsou pro budování kariéry v lékařském prostředí vhodnější, než malé okresní nemocnice. Kariéristický boj zde ale následně negativně ovlivňuje právě kvalitu postgraduálního vzdělávání.

„Ale teda spíš bych měl tendenci nastoupit do té naší fakultky na to oční, i když ta je zase taková...jsou tam trošku tenze. (...) Získal jsem takový pocit o těch mladých doktorech, že to prostě má svoje mouchy a u těch starších doktorů, že dokážou být pravděpodobně docela nepřijemní. A jedna doktorka mi říkala, že tak jak třeba někteří ti starší lékaři mi vykládají u operací, co dělají a já se vyptávám a oni mi odpovídají, tak že to s nima moc nedělají.“ (Michal, 25 let, 5. ročník)

„Moje zkušenost byla taková, že tady [na stáži v Rakousku - poznámka autorky] můžu za někým přijít a vždycky mi to ochotně vysvětlí a nebude si úplně nechávat to svoje know-how pro sebe, kdežto doma se mi prostě občas stalo, že mi to někdo vysvětlit nechtěl, nebo že spíš na to nebyl zvyklý.“ (Tereza, 24, 6. ročník)

Nabízejícím se řešením a cestou k vyhnutí se tomuto negativnímu jevu by teoreticky mohla být práce v menší např. okresní nemocnici. Problémem je ale, že menší zařízení mnohdy nedisponují všemi k získání atestace potřebnými akreditovanými pracovišti, a absolvent si tak musí tzv. kolečka domlouvát jinde. V praxi to pak dle studentů často funguje tak, že nemocnice lékaře za účelem „studijních“ povinností často neuvolní. To samé se prakticky odehrává i ve velkých nemocnicích, kde lékařům není umožněno navštěvovat potřebné kongresy a semináře. Vycházejíce ze zkušenosti svých přátel, popisují participantů nejrozličnější praktiky, kterými jsou pravidla postgraduálního vzdělávání v českých nemocnicích obcházena. Eliška popisuje situaci, kdy se vedoucí obou oddělení, tedy domovského a toho, kde mělo probíhat předepsané kolečko, domluvili a dotyčná osoba dostala pouze razítko o

výkonu povinné stáže, aniž by jej v realitě někdy navštívila. Údajným důvodem byl personální podstav na domovské oddělení a naopak ušetření si práce s mladým doktorem, kterého nebylo na druhém oddělení vlastně potřeba. Takové jednání pak sice u mladého lékaře nevede k prodloužení cesty k atestaci, ale také nevede k osvojení patřičných znalostí a dovedností. Participantů ovšem často popisovali i právě úmyslné prodlužování doby, kdy lékař není atestovaným lékařem. Důvodem k tomu má být fakt, že se nemocnici takový lékař vyplatí více, než ten atestovaný.

B: „Jedna už tam byla 4 roky, ale ještě neměla tu atestaci. Tu neměla proto, že jí nepustili k těm výkonům, které musí mít, aby na tu atestaci mohla jít.“

A: „A to proč?“

*B: „No protože ty výkony chtějí dělat buď ty starší lékaři, nebo že ji potřebovali na oddělení, tak jí nepustili. A prostě nemá to udělané, takže nemůže jít k té atestaci.“
(Jana, 25 let, 6. ročník)*

„Ty musíš před atestací projít určitými výkony, třeba 200 ultrazvuků atd., a v tom Německu se to opravdu dodržuje a opravdu tě to naučej. V Čechách je to jak kdy, někdy se to ošmelí, někdy tě tam schválně ta tvoje nemocnice nepustí, protože těm neatestovaným doktorům platí nižší plat. Takže pro něj výhodnější si držet ty neatestovaný, protože tím pádem ušetří. A v Německu tohle není. (Petr, 25 let, 6. ročník)

3.4.2.6.3 A zase ta pravidla

Petrem zmiňovaný problém nedodržování pravidel, resp. vymyšlení cest, jak je všemožně obejít, je z pohledu participantů další charakteristikou českého systému zdravotnictví. Pravidla se obcházejí nejen formou nedodržování atestačního programu a evropských směrnic, týkajících se přesčasů, ale i prostřednictvím pracovních smluv na teoreticky částečné úvazky, které jsou v praxi hodinově úvazky celými apod. S velkou nelibostí se studenti vyjadřují také k tématu kvalifikačních dohod, či stabilizačních smluv s Ministerstvem zdravotnictví ČR. Jejich prostřednictvím se některé nemocnice, v případě rezidenčních míst pak MZ ČR snaží na oplátku za uhrazení nákladu za vzdělávání mladé lékaře uvázat na dle jejich názoru neúměrně dlouhou dobu i po skončení jejich postgraduálního vzdělávání. Tato představa je například pro Michala naprosto nepřijatelná, protože se obává toho, že si nebude v době podpisu jistý tím, zda vůbec chce pracovat v daném oboru, v daném kolektivu atd. Ve srovnání s tím mu, alespoň dle jeho informací, nabízí německý systém v tomto ohledu kýženou svobodu a možnost svou volbu prakticky kdykoliv změnit.

„Jo hrozně důležité, proč doktoři chodí do Německa je to, že zatímco u nás se podepisují debilní smlouvy, které tě často zavazují na několik let, tak v Německu ti řeknou....kamarád říkal, že tam byl na pohovoru, že říkal, že chce nastoupit na všeobecnou internu, ale že neví ještě jako pořádně co, co by chtěl a je možný, že se to prostě změní. A oni: žádný problém, tak když se rozhodnete po roce, že se vám tady nelíbí, podáte výpověď a za tři měsíce jste venku a můžete jít, kam chcete. (...) Něco jakože na pět let nebo na 10 let dokonce, což snad ani není legální, ale já zase nejsem právník, já nevím. Ale to mi přijde DĚSIVÉ. Jako já si nedokážu představit, že bych se někde uvázal na pět let. Já o tom oboru nic nevím a já nedokážu posoudit, jestli za rok nebudu chtít dělat něco úplně jiného. Nastoupím na internu a zjistím, že chci dělat chirurgii. Úplný opak. Ale já to prostě nevím a hlavně nevím, kam mě to v životě vrtne, že jo. Jako je možné, že nastoupím v Česku a rozhodnu se, že chci hrozně moc do Německa.“ (Michal, 25 let, 5. ročník)

Ačkoliv participanti ještě nemají vlastní zkušenost s postgraduálním vzděláváním, z celkového fungování obou zdravotnických systémů a ostatně i obecně společenských struktur v obou zemích usuzují, že bude tato forma vzdělávání v Německu pravděpodobně fungovat lépe.

„Je fakt, že Němci tak obecně se podle mě snaží dodržovat pravidla. A Češi zase tak obecně...pravidla neexistují, že jo. Takže proto ten systém vzdělávání by tam mohl být lepší, než tady, ale je to prostě jen na základě toho, co si myslím. To není, že bych to měla nějak od nich.“ (Jana, 25 let, 6. ročník)

A: A co se týče toho předatestačního vzdělávání, jak si říkal, že se to u nás obchází, tak funguje něco takového i tam?

B: Tohle asi oni nemají. Jako není to tak, že tam nepřijede vlak ani o 5 minut pozdějš, ale taky to není takový.

(Luboš, 24 let, 5. ročník)

3.4.2.7 Pracovní prostředí

Příjemný pocit z pracovního prostředí utváří nejen dobré vztahy na pracovišti, avšak i to, jak jsou nemocnice, potažmo jednotlivá oddělení zařízena a vybavena. Participanti se shodují na faktu, že co se kvality přístrojového vybavení týče, české zdravotnictví za tím německým nezaostává. Vypovídající pouze upozorňují na fakt, že v Německu je přístrojů ve vztahu k počtu pacientům více, tedy rozdíl je spíše kvantitativního charakteru. Markéta i Natálie se vyjadřují ve smyslu, že v německém zdravotnictví není tolik zvykem vyzdvihoval např. v médiích nákup drahých přístrojů, ale že se zde spíše jedná o něco přirozeného, co ze strany pacientů není bráno jako

nadstandard. České nemocnice naproti tomu koupí každého jednotlivého přístroje vyzdvihují, což například Markéta považuje za spíše jakýsi marketingový tah, než důkaz kvalitní péče. V kontrastu s tím totiž stojí kvalita práce s těmito zařízeními, nebo provedení i počet nepřístrojového vybavení a vzhled oddělení v českém zdravotnictví.

„Ale možná to není ani až tak potřeba mít úplně nejnovější CTčko a nejnovější ultrazvuk, protože potom stejně nejvíc záleží na tom, jak dobře to ten doktor dokáže přečíst, jak s tím umí pracovat. A to zase u nás trošku pokulhává. Mně připadá, že když u nás jdou peníze do zdravotnictví, tak jdou na nový přístroje. Na to vždycky ty pacienti slyší: my tady máme nejmodernější rentgen. A myslej si, jak jsme na tom jako dobře. Ale ono to není potřeba. Kdyby se ty peníze třeba daly do vybavení pokoje všech nemocnic, tak by to byly podle mě lépe utracené peníze. Ale co je velkej rozdíl v Německu, tak to je magnetická rezonance. To je nejdražší stroj a i to vyšetření je jedno z nejdražších a to třeba oni mají víc, že to je i na malých nemocnicích a to u nás není. Tady je to jen v těch centrech.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

Co se dále dle participantů poměrně zásadně liší je vzhled nemocnic a oddělení, tedy to jak jsou oddělení zařízena, vyzdobena, příp. zda prošla rekonstrukcí apod. Dle výpovědí, záleží samozřejmě na velikosti nemocnice v obou státech. Jinými slovy se může stát, že velká nemocnice v ČR bude mít více finančních prostředků na to dbát o vzhled svých oddělení, než by mohla mít malá německá nemocnice. V rozhovorech se ale participanté shodli na tom, že na stránku pocitově-estetickou se v německých nemocnicích dbá všeobecně více, což jako jeden ze svých důvodů k odchodu zvolily tři respondentky - Jana, Eliška a Tereza. V čem se oba systémy dále v této oblasti dle vypovídajících ještě zásadně liší, jsou služby lůžkových oddělení, zejména pak chování sester a kvalita stravy.

„Spíš si myslím, že jde o takový věci jako servis, jídlo, vztah toho personálu s pacientem, který jsou u nás prostě špatný, nebo jako horší určitě. Ta strava teda stoprocentně. I když si myslím, že to dělá strašně moc.“ (Luboš, 24 let, 5. ročník)

„Ale ty služby tam třeba: pacient po operaci, nemůže se umýt, tak přijde sestra, umeje ho, vysvětlí mu, dá mu žínku atd. Bavila jsem se s paní, která je z Ameriky, je to Češka, byla tady na operaci. Volala mi úplně zděšená: „Já jsem se po té operaci nemohla hýbat, ani jsem se nemohla omýt a potřebovala jsem se omýt, tak to říkám tý sestře a ona po mě hodila žínku, říká, no tak se umejte a odešla.“ Tam by to udělala jednou a vyrazili by jí. Tady jde o to, že jsou ty hranice stanovený hodně nízko a ty lidi si dovolej přes tu čáru, protože je nikdo nepotrestá. V Německu, já myslím, že by je vyhodili. Že by si ten pacient prostě stěžoval v nemocnici a že by jí vyhodili a už by si to nikdy nedovolila. Kdyžto tady si pacient řekne, kašlu na to, ještě na mě budou hnusný, ještě mi uškoděj a nechá to bejt asi.“ (Monika, 26 let, čerstvá absolventka)

3.4.2.8 Lepší koncepce oboru

Vzhledem k faktu, že pět z participantů má před sebou poslední státní zkoušku a dvě dívky ji v době konání rozhovoru studium čerstvě dokončily, byla většina vypovídajících schopna vyjádřit své preference ohledně budoucího vybraného oboru své specializace. Ten se pro dvě participantky ukazuje jako další motivace k odchodu za hranice. Ačkoliv české zdravotnictví co se kvality přístrojového vybavení týče, za svými západními sousedy dle výpovědí v kvalitě příliš nezaostává, rozdíly jsou patrné v koncepci některých oborů. Favoritem Markéty je kožní lékařství, přičemž popisuje, jak odlišné skýtá obor lékařům v obou zemích možnosti. Zatímco v Německu je obor koncipován širěji a zahrnuje i operativní zásahy, v České republice bývají tyto kompetence rozděleny mezi kožní, chirurgii a plastickou chirurgii. Markéta tedy očekává, že by se v zahraničí naučila tomu odpovídající širší spektrum postupů a osvojila více dovedností, než v českém systému. Natálie inklinuje k práci na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a jednotce intenzivní péče. Po své zkušenosti z pobytu Erasmus v Německu nabyla dojmu, že tato oddělení byla co do počtu potřebných přístrojů lépe vybavena. Co ale Natálii zaujalo zejména, byla věková skladba lékařů na oddělení. Ze své stáže na uvedeném oddělení v České republice si totiž odnesla poznatek, že tato specializace je záležitostí ryze mužskou a věnují se jí převážně lékaři zkušenější ve vyšším věku. Vzhledem ke svému zjištění z německé JIP nabyla Natálie dojmu, že by pro ni takové pracovní prostředí bylo přístupnější a hlavně příjemnější.

„A hlavně tam pracovali samý mladý lidi, jako fakt mladý, takže jsem si říkala, že tam to možná není tak zase určený, že prostě na ARU můžou být jenom tyhle ty zkušený padesátníci, který si o sobě myslí bůhvíco. Vyhořelý, no, ale oni jako byli hrozně fajn, takový cynický. Já to jako mám ráda, tak jako příjemně cynický, ale prostě hodně si o sobě mysleli a to by prostě přesně byli ty, co by tam tou ženskou opovrhovali. Takže kdybych tam nastoupila, tak za a) by mě tam nevzali a kdyby mě tam z nějakýho důvodu museli vzít, tak by mi to asi pěkně osladili, protože oni byli hrozně fajn, když tam na mě mohli machrovat jako velký páni doktoři, ale myslím, že jako kolegyni by mě nepřijali.“
(Natálie, 26 let, 5. ročník)

3.4.2.9 Genderový aspekt

Ve vícero částech této práce byla již zmíněna genderová otázka ve zdravotnictví. Všechny na výzkumu participující dívky v rozhovorech ať již přímo, či nepřímo popisovaly, jak se české zdravotnictví chová k ženám, přičemž z jejich výpovědí

vyplývalo, že respekt k ženám medicánkám a lékařkám je často kamenem úrazu českého systému. Dvě z dívek, Tereza a Natálie, přímo uvedly, že je tento aspekt motivuje k odchodu do Německa, protože tam je dle jejich představ rovnost žen a mužů (nejen) ve zdravotnictví samozřejmější součástí společnosti.

Markéta a Monika uváděly, jak je, ač mnohdy pozitivně míněné, avšak stále nepatřičné projevy starších lékařů během studia přiváděly do rozpaků a trapných situací. Některé totiž překračují hranice slušnosti a zejména profesionality a z kategorie např. milého komplimentu se tak dostávají do kategorie nepříjemných až obtěžujících projevů. Dle dívek jsou projevy jako flirtující podtón v komunikaci či pozvání na večere ze strany starších lékařů ukázkou neprofesionality v českém zdravotnictví. Dívky si stěžují, že s nimi není zacházeno jako s budoucími kolegyněmi lékařkami, nýbrž je kladen přílišný důraz na jejich vzhled, či vůbec fakt, že jsou ženy, a mnohdy jsou z tohoto důvodu přehlíženy jejich schopnosti, ve kterých se dle svého názoru svým mužským kolegům vyrovnají.

„No určitě mockrát (nešťastně). Určitě mi to dávali najevo jenom v pozitivním smyslu, a to tak, že chování českých lékařů nejenom mladejch, i starejch, je v tomhle ohledu hodně neprofesionální, že nějaký pozvání na večeri a tak jako...což je trošku nepříjemný, čekáš profesionalitu, která v tom Německu jako je.“ (Monika, 26 let, čerstvá absolventka)

„Záleží no, když je to jenom takový mírný, tak je to docela příjemný. Třeba ale v těch Čechách to jsem zažila jako víc a to už bylo nepříjemný. To jsem vůbec nevěděla, jak reagovat.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

Natálie během rozhovoru popisovala, jak jí jako studentce bylo vyučujícími lékaři od třetího ročníku poměrně necitlivou formou připomínáno, že lékařské povolání není pro ženu dobrou volbou a že by si studium měla ještě rozmyslet. Necitlivou formou je zde míněn neomalený útok na city dívek, které ve třetím ročníku se svou volbou studia již příliš nenadělají. Otázkou tedy je, zda vyučující vůbec má právo dávat takto dívkám najevo, že v medicínském oboru prakticky nejsou jako ženy vítány.

„No, první velký překvapení přišlo ve třetím ročníku, kdy jsme měli seminář na plastický chirurgii a přišel tam plastickej chirurg, to jsou taky jako nadlidi...chirurgové obecně a plastický echt...tak se podíval po tý třídě a tam většina holek: „Holky, co tu děláte, jděte na ekonomku, nee? Vy nechcete mít děti, budete nešťastný, serte na to...“ zase ten byl taky sprostěj. „Co vy tady budete dělat?“ A když se teda nikdo nezved a nešel na tu ekonomku, tak říká: „No a vy si myslíte, že se vdáte, že si vás jako někdo vezme jako doktorky. Vždyť nebudete furt doma, to je zbytečný. To asi akorát můžete vzít

doktora. (...) Noční jsou dlouhý a sestřičky mají krátký sukňe“ a podobný hlášky, tímhle nás tam zásoboval celý ten seminář. A pak říká: „No holky, ale vezmě si toho internistu, protože mám tady kolegyni, tý je 38 a má tři kočky, to je všechno.“ A ty tam tak jako sedíš, jako ještě to nadšený dítě víceméně, a on ti prostě řekne, že se nevdáš. Když už se vdáš, tak že tě bude manžel podvádět, když budeš mít chirurga. A když tě potom opustí s nějakou sestrou, tak budeš mít tři kočky a budeš sama a ještě vyhořelá a nevím, co všechno.“ (Natálie, 26 let, 5. ročník)

Dívky jsou si vědomy toho, že v medicíně existují podobory pro ženy vhodnější a méně vhodné, i Tereza ovšem popisuje, jak by ocenila, kdyby to studentkám zejména ze strany příslušníků těch pro ženy méně vhodných oborů nebylo dáváno najevo tak ostentativní a nevhodnou formou. Jak jsme se již v Natáliině citátu částečně dočetli, zejména problematickými obory jsou z toho pohledu chirurgie, plastická chirurgie, potažmo ortopedie a intenzivní medicína. V těchto oborech jsou činěny genderové rozdíly jak mezi studenty, tak mezi mladými absolventy. Rozdíly spočívají v přístupu k oběma pohlavím, kdy je například chlapcům umožněno být přítomen praktickým zákrokům na sále, zatímco dívky zůstávají na oddělení, kde se většinou dostanou pouze k rutinním úkonům. Inklinuje-li pak studentka k jednomu z takových, pro ženy „nevhodných“, oborů, jako je tomu například u Natálie či Terezy, jsou pro ni vyhlídky v českém systému zdravotnictví poměrně nevábné. Odchod do Německa je tak pro ně určitou šancí, že by se problémy vyplývající z jejich příslušnosti k ženskému genderu mohly minimalizovat, či úplně zaniknout.

„To ještě třeba jeden primář na chirurgii mi říkal: „No, no, no, to jo, to já bych vás tady rád měl na chirurgii, to vy jste šikovná a zručná, ale jako samozřejmě ty ženy to v té chirurgii mají těžké a navíc musíte počítat s tím, že ten první rok je prostě takový, že prostě hold si na to musíte zvyknout, že nemáte žádné postavení a bla bla bla.“ A to už jsem si v duchu říkala: „No tak jako na to ti seru.“ No jako fakt, protože to je úplně jedno, jak jsi dobrá, ale prostě ono to hodně často funguje tak, že jste dva absolventi, holka a kluk a kdo si myslíš, že je na sále a kdo si myslíš, že je na ambulanci? (...) Já jsem tam [v Německu – poznámka autorky] rozhodně viděla lékařky na chirurgii mnohem víc než u nás. To postavení ženy v chirurgii je tam rozhodně dál a i stran toho, co jsou u nás velké zákroky typu operace na pankreatu, nebo obecně velké břišní operace, tak u nás jsem prakticky neviděla ženu, která by to dělala, a třeba v Německu jsem neměla problém vidět ženu, která si tu operaci vedla sama. (Tereza, 24, 6. ročník)

„A co tam nejsou takové ty blbé vtípky, že si prostě z tebe nedělají legraci. Tady přijdeš na chiru nebo ortopedii, tak jsi tam jediná ženská a ty poznámky jsou takové jako dost nemístné.“ (Jana, 25 let, 6. ročník)

Zkušenosti studentek s německým zdravotnictvím v nich budí dojem, že v něm panuje větší respekt k ženám lékařkám. Co se slučitelnosti rodiny a práce týká, snaží se dle Terezy německé nemocnice jako zaměstnavatelé vycházet ženám více vstříc a celkově je systém vůči ženám pozitivněji naladěný. Zatímco v České republice je pro některé zaměstnavatele riziko, že mladá lékařka po nástupu otěhotní stále ještě důvodem k tomu ji nezaměstnat, německý systém tyto rysy ve vnímání žen na pracovním trhu jako potenciální zátěže, dle Terezinych zkušeností a informací, úspěšně odboural. To je pro Terezu i jedním z důvodů, které uvedla pro svůj potenciální odchod do zahraničí.

„No, oni na to hodně hledí a hodně, no a hodně holkám prostě řeknou: no ale já vás nezaměstnám, vy půjdete na mateřskou a blablabla. Jako hodně jich s tím začíná no. Což jako v Německu nebyl problém, že třeba zrovna na té anesteziologii ty ženy, co byly na mateřské, tak jim naprosto vycházeli vstříc stran částečných úvazků a to i tak, že třeba chodili tři ýdny v týdnu jenom na dopoledne, ale prostě nevypadly ze cviku a udělali si za ten týden nějakých svých šest, sedm anestezií. Nebo taky ženy, co měly prostě rodinu, tak měly kratší pracovní dobu a stejný plat. A prostě bylo to samozřejmé a nikdo proti tomu ani necekl a nikomu to ani nevadilo. Ta společnost na to byla vychovaná a zvyklá na tady tohle sociální cítění. Jako z toho jsem byla fakt hodně nadšená, fakt se mi to líbilo.“ (Tereza, 24, 6. ročník)

3.4.3 Faktory na úrovni společnosti

Jak zmínila Jana v jednom z citátů v podkapitole *A zase ta pravidla*, aspekt „jiné“ společnosti, v tomto případě takové, jež dodržuje pravidla, má také jistý vliv na rozhodnutí odejít. Zejména díky svým několikaměsíčním zkušenostem z pobytů v Německu mají participanti možnost srovnat nejen fungování jednotlivých zdravotnických systémů, ale i obou společností celkově. Někteří participanti spatřují v charakteristických rysech české mentality negativa, na která při setkání s německou společností nenarazila. Kromě následujících výtek spadá do této obecně společensky kritické kategorie důvodů k odchodu i časté české stěžování si, které jsem již částečně rozebírala v podkapitole *Napětí ve zdravotnictví*. V této kapitole tedy přistoupím k dalším charakteristickým rysům české společnosti, které participanti výzkumu nejvíce kritizovali a uváděli jako důvody k odchodu.

3.4.3.1 Společnost otevřená

„Pro mě je to třeba trochu i ta mentalita těch lidí, že prostě to přemýšlení je jiné. A u nás, třeba naše generace oukej, ale třeba ještě taková ta generace rodičů a možná ta generace sedmdesátek je taková trochu zasekaná a plná předsudků. Jo, mě česká společnost přijde strašně málo otevřená. A už jenom to, když česká média a to, co ty lidi píšou a řeší, tak to prostě z toho naprosto nemůžu.“ (Tereza, 24, 6. ročník)

Na tomto místě je nutné dodat, že drtivá většina zahraničních pobytů vypovídajících studentů se odehrávala na území bývalého západního Německa, kde se společnost pod vlivem geopolitických událostí vyvíjela čtyřicet let po jiné linii, než tomu bylo v socialistickém Československu. Rozdíly v obou společnostech, které mimo jiné i z tohoto odlišného historického vývoje pramení, jsou i po pětadvaceti letech demokracie v obou zemích z pohledu vypovídajících studentů stále poměrně markantní. Kromě odlišné historie se do formování dnešního Německa velkou měrou zapojuje i několik desítek let trvající vysoká míra přistěhovalectví obyvatel z mnohem pestřejší škály zemí, než je tomu v České republice. Německá společnost je díky tomu, co se otevřenosti a tolerance jinakosti týče o něco dál, než ta česká. Tyto rysy se projevují i ve zdravotnictví, kde jsou například, jak Eliška popisuje, němečtí pacienti zvyklí na to být ošetřováni příslušníky různých národů a etnik. Stejně tak kolegové lékaři jsou zvyklí s touto jinakostí pracovat a cenit ji jako pestrost. To je například aspektem, jenž do Německa láká Janu, která takové pracovní i sociální prostředí obecně považuje za zajímavější, než to české. Na druhou stranu oceňuje kulturní blízkost obou zemí, což byl nejen její důvod k výběru právě Německa.

A: „Takže by to nebyl takovej kulturní šok?“

B: „Ne, vůbec, je to takové prostředí, jakože více otevřené, zajímavější, pro mě než Česko. A zase jako má hodně společného.“
(Jana, 25 let, 6. ročník)

„Jo, myslím si, že víc než tady, když máš doktora černocho nebo Araba. Tady ti třeba řeknou, že nechtěj, aby tě léčil, ale tam si myslím, že pokud s nima jednáš slušně a rozuměj ti německy, tak není problém. Oni jsou i zvyklý, že tam jsou lidi z ciziny a že s nima třeba musej mluvit pomalejc.“ (Eliška, 25 let, čerstvá absolventka)

3.4.3.2 Společnost (ne)zdvořilá

Na co v souvislosti zejména se zdravotnickým prostředím participanti bez výjimky upozorňovali, byl v českém zdravotnictví se projevující nedostatek zdvořilosti a základních praktik, které udávají normy slušného chování. Ať se již jedná o vztah mezi pacientem, nebo vzájemné vztahy ve zdravotnických kolektivech, tyto základní principy v českém zdravotnictví dle participantů zatím nestihly zakořenit. Projevy zdvořilosti a slušného chování jsou z hlediska vypovídajících považovány za důkazy úcty, uznání a jakési profesionality, jež v českém zdravotnickém systému, jak již bylo řečeno dříve, také postrádají. Souvislost mezi touto kategorií a celkovou atmosférou na pracovišti je též nasnadě.

„To oni je učeť no, nevím, jestli ve škole, asi už i tam, ale tam kdyby ten přístup byl jako tady, že pacient přijde do ordinace, doktor se podívá od židle: „Dobrý den, co vám je?“, tak by ho asi vyhodili za tohle [smích – poznámka autorky]. Tam doktor vstane, postaví se k těm dveřím, zavolá si pacienta, podá mu ruku, představí se, zeptá se ho, jak se má, co ho trápí. Pak si s ním sedne a všechno s ním řeší. To kdyby tady někdo udělal!“ (Monika, 26 let, čerstvá absolventka)

„Třeba když přijde v Česku do nemocnice, tak tam se moc nikdo nezajímá o to, že seš student a že by ses někde představovala a říkala, kdo jsi. Taky nikdo o to ani moc nemá zájem. Kdežto tady když přijdeš a nepředstaviš se, tak je to docela nezdvořilé, nebo naopak se očekává, že se představíš všem, lékařům, sestrám, radiologickým asistentům. Když někam vlezeš, tak se máš představit.“ (Tereza, 24, 6. ročník)

3.4.3.3 Společnost opravdu (ne)respektující lékaře

V průběhu analytické části práce jsem narážela na paradox vysoké společenské prestiže lékařského povolání, kterou ale lékaři sami, dle vypovídajících studentů, často na vlastní kůži v každodenním pracovním životě příliš nepocítují. Situace, kdy se pacienti či například zdravotní sestry k lékařům chovají s despektem, nejsou dle výpovědí ničím výjimečným. To, co participanti na německé společnosti oceňují, je, že lékařské povolání je společností nahlíženo s úctou nejen na úrovni statistik, ale že se tato skutečnost promítá i do denních praktik a komunikace na pracovišti. Kolektivy sester a lékařů i lékařů samotných stojí na bázi, jak již bylo několikrát zmíněno, velmi profesionálních vztahů a poměrně jasně rozdělených kompetencí. Vztahy jsou poněkud formálnějšího charakteru, a tedy nevybízejí ke zmiňovanému někdy až hrubému jednání.

„Ale i v tom Německu, tam je to úplně rozdělený. Ty sestry si dělají svoji práci a totálně se emancipovaly, takže tam už vlastně není moc kontakt mezi nima. Já jsem tam moc střetů nezažil.“ (Luboš, 24 let, 5. ročník)

Podobně jsou na tom i vztahy lékařů s pacienty, jejichž základem je vzájemná úcta a důvěra. Na pacienta je nahlíženo jako na individuum, jež je schopno se na základě srozumitelně a trpělivě předaných informací svobodně rozhodnout a vyvodit z nich pro své zdraví ta nejlepší rozhodnutí. V českém zdravotnictví je stále zakořeněn přístup k pacientovi jako k nevědoucímu laikovi, za kterého je na tomto poli nutné rozhodovat. Tento přístup si ovšem poněkud protiče s možnostmi dnešních pacientů si informace (samozřejmě s různou mírou relevance) vyhledat například na internetu, což může vést k již zmiňovaným konfliktům mezi lékaři a jejich pacienty. Vliv oboustranně (ne)projevovaného uznání na rozhodování o odchodu vypovídajících studentů je v rozhovorech naprosto zřetelný.

„Podle mě se tam víc respektuje volba pacienta. Pokud pacient přijde s nějakou jinou alternativou, nebo má trošku námitky k té léčbě, tak ten lékař je víc otevřenější diskuzi než u nás. V tom Německu určitě víc respektují tu svobodnou volbu.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

„No a v Německu je to spíš jako naopak, že tam tě ty pacienti neberou jako nějakýho otroka, jako mi to přijde tady, že protože seš doktor, tak všechno uděláš. Ale tam je taková ta úcta, že prostě pacienti mají úctu k doktorovi, že si počkají klidně tři hodiny, aniž by remcali, že musejí čekat. A zase naopak, že doktor má úctu k těm pacientům, když přijde tak se představí a tak. To my tady jako nemáme, že by se zakládalo na tom, že se musíš představit, to nám tu v životě nikdo neřek. Tady se na tebe kolikrát ty doktoři ani nepodívají. (Eliška, 25 let, čerstvá absolventka)

3.4.3.4 Životní úroveň

Ve spojení s charakterem společnosti a její ekonomickou prosperitou je nutné zmínit i fakt, který vyzdvihli tři z participantů, a sice vyšší životní úroveň. Markéta uznává, že ta v České republice sice není nějak nízká, ale rozdíl je již přeci jen patrný. S vyšší životní úrovní se v jejich očích pojí například možnost vyznávat zdravější životní styl, který je mnohdy nákladný. Ekonomická prosperita společnosti umožnila, že se takový způsob života ve společnosti více rozšířil. Markéta by byla ráda součástí takové společnosti. Podobně se vyjadřovali i Luboš a Tereza, kteří již nehovoří přímo o zdraví, ale o životní úrovni spíše všeobecně. Zde není možné opomenout jasnou souvislost mezi tímto aspektem německé společnosti a vyšším finančním ohodnocením

lékařů, bez něhož by mladým absolventům bylo logicky odepřeno účastnit se výhod vyplývajících z vyšší životní úrovně a s ní spojeným zdravějším způsobem života. V souvislosti s vyšší životní úrovní a celkovým fungováním společnosti zmiňují participanti také možnost lepší budoucnosti pro své potomky.

„Ta životní úroveň jako neříkám, že my tu máme špatnou, my si žijeme velmi dobře. Ale přeci jenom se mi tam líbí ten životní styl, takovej zdravější, bio.“ (Markéta, 26, 6. ročník)

„Myslím, že (děti) budou mít i lepší možnosti, co se pak týče vzdělání, co se týče práce, když budou chtít vycestovat, řekněme Anglie, to je potom kousek, kamkoliv. Myslím, že budou mít lepší možnosti, než my.“ (Monika, 26 let, čerstvá absolventka)

3.4.4 Shrnutí

Tato závěrečná analytická kapitola měla konkrétními případy upozornit na fakt, jak pestrá je skutečná skladba důvodů k migraci. Rozhodnutí vychází, jak bylo prokázáno, z různých faktorů, které je možné rozdělit do skupin: 1) důvodů vycházejících z osobnosti; 2) důvodů vycházející z organizace českého zdravotnictví a 3) důvodů, odvozených od charakteru české společnosti. V jednotlivých případech participantů je možné pozorovat různou inklinaci k některé ze skupin. V zásadě však můžeme říci, že se nikdy nejedná o jednoduché rozhodnutí, učiněné na základě jednoho jasného důvodu. Problematika odchodů mladých absolventů medicíny vychází primárně z prostřední skupiny důvodů – odvozených od organizace českého zdravotnictví. Skupina první a třetí je pak zpravidla v rozhodnutí nápomocna. Je ale dost pravděpodobné, že by sama o sobě nevyvolala na jedince dostatečný tlak k odchodu. Výsledné jednání, tedy rozhodnutí k migraci a (eventuálně) následná migrace, je souhrou všech tří skupin důvodů, a proto není záhodno jej redukovat pouze na některý z uvedených.

Závěr

V předložené diplomové práci se zabývám tématem důvodů rozhodnutí k migraci do Německa po dokončení studia u studentů předposledních a posledních ročníků tří pražských medicínských fakult. Cílem této práce bylo zkoumat migraci z pohledu studentů jako jednu z možných strategií, jimiž dotčení potenciálně mohou reagovat na aktuálně vnímaná negativa v původní zemi, tedy České republice. Jako centrální pojímám otázku reflexe sociálního statusu lékaře a s ním spojeného (ne)dostatku uznání a její dopad na rozhodnutí k migraci. Za pomoci této linie jsem v analytické části práce od počátečních představ a očekávání studentů, spojených s profesí lékaře, skrze postupné pronikání do reálného fungování systému, dospěla až ke konkrétním náplním jednotlivých *push-* a *pull-*faktorů, tedy důvodů k migraci. Za účelem co nejlepšího proniknutí do důvodových struktur studentů a jejich postupného vývoje jsem zvolila metodu polostrukturovaných rozhovorů. Tato metoda mi umožnila hlubší vhled do tématu právě z perspektivy hlavních aktérů, eventuálních budoucích migrantů, dodala mým datům na plastičnosti, a umožnila tak odkrýt nové souvislosti. Z důvodů snahy o zjištění motivů založených co nejvíce na vlastní zkušenosti participantů, byla jedním z hlavních kritérií výběru participantů pro můj výzkum nutnost absolvování minimálně jednosemestrální stáže v Německu. Ač toto kritérium klade práci jisté limity, ukázalo se s ohledem na cíle práce jako velmi přínosné. Díky této zkušenosti byli participanté totiž z perspektivy *push-* a *pull-*faktorů mnohem lépe schopni obě země, původní i cílovou, porovnat, což přineslo do analýzy nové možnosti. Dále mi také toto kritérium umožnilo zkoumat roli, jež zahraniční zkušenost v jednotlivých výpovědích hraje.

Specifikem této práce bylo zaměření se na vliv sociálního statusu lékařské profese a s tím souvisejícího uznání na rozhodnutí k odchodu. Aktuální, poměrně nekonzistentní sociální status (mladých) lékařů se ukázal s ohledem na migraci jako vlivný faktor, zejména výraznou linií se pak stává nedostatek uznání. Ta se táhne napříč výpověďmi a v nich popisovanými prvními prozřeními i důvody k odchodu. Očekávání spojená s uznáním jsou v jedincích zasetá ještě před výběrem studia medicíny. Děje se tak prostřednictvím jakéhosi ve společnosti do určité míry zafixovaného povědomí o lékařské profesi. Během socializace tak jedinec nabývá dojmu, že lékařské povolání je nejen náročné a zodpovědné, ale i za svou úlohu vážené a ve společnosti uznávané.

V ohledu uznání vypovídající často hovořili o určité gloriolen, jež vychází právě z uvedených charakteristik. Že tato očekávání spojena spíše se strukturálním pojetím prestiže povolání a sociálního statusu obecně, než s projevy v konkrétních situacích, byla spíše planá, zjišťují studenti nejmarkantněji při prvních setkáních s praktickou výukou. Nejen uznání, ale i očekávání spojené se třetí statusovou složkou - mocí - naráží na každodenní realitu nemocničního prostředí. Participantů zjišťují, že ne každý pacient spolupracuje a ne každý lékař má možnost, chuť a čas jim předat své znalosti. Vypovídající se často setkávali s nezájmem, ignorací, drzostí či nadřazeným jednáním. Statusová inkonzistence, kdy již sami sebe řadí k lékařské obci, avšak zdravotnická komunita a někteří pacienti s nimi takto nejednají, jim přináší první vnitřní napětí. Nekonzistence statusu se projevuje dle Lenského [1954] v situaci, kdy je v jednotlivých statusových dimenzích (mezi něž patří například profese, ekonomické postavení, rod, či v našem případě věk, resp. délka profesní zkušenosti) dosahováno odlišných pozic. Lenski hovoří také o lidské tendenci posuzovat sám sebe podle nejvyššího dosaženého statusu, ostatní však podle toho nejnižšího. Zejména citlivé jsou tak situace, kdy se mladý (budoucí) lékař dostává do konfrontace např. se zdravotní sestrou, či pacientem. Obě tyto role mají totiž dle jeho hlavního kritéria (Já jsem lékař.) podřazenou pozici. Pacient, či služebně zkušenější sestra berou tedy na druhé straně více v úvahu medicův dosažený status v dimenzi věku, či služební zkušenosti, a neprojevují mu tak jím očekávané uznání. Aktuální je ovšem i otázka individuální prestiže, jež plyne ze schopností a charakteru individua. Například v případě mladých (budoucích) lékařek je hleděno spíše na její pozici z hlediska společenské prestiže, tedy jejího statusového umístění (ovlivněného věkem a genderem), než na její skutečné schopnosti a osobnostní kvality.

Získávání dalších zkušeností a nových informací, dojem z okolí i z médií, že odejít je vlastně *normální*, jednoduchost přechodu do zahraničí, příslib potřebnosti a uznání vedou participanty postupně k myšlence na potenciální odchod. Samotná zkušenost z německého zdravotnictví pak dle výpovědí ve většině vzbudila dojem, že „hledané“ uznání není pouze nenaplnitelným očekáváním, ale legitimním požadavkem. Během zahraničních pobytů často participantů popisovali situace, jež jim dávaly pocit vyšší statusové konzistence. Samozřejmostí bylo zapojování do chodu oddělení. Od začátku stáží znali všichni pracovníci oddělení jejich jméno. Ze strany nadřazených cítili zájem o to mladé kolegy něco naučit. Pacienti respektovali jejich přítomnost

a souhlasili s tím, aby osobně prováděli zákroky. Na konci stáže jim bylo poděkováno za jejich pomoc a snahu napomoci oddělení k jeho řádnému fungování. Tento výběr jednotlivostí a zdánlivých maličností má za cíl poukázat na fakt, že souhra více takových situací projevovaného uznání může působit jako silný motivační faktor.

Následný odchod do takového systému (či jemu podobného) se participantům jeví jako nejsnadnější možná strategie dosažení hledaného. Jde o víceméně přirozené vyústění situace - únik ze systému, s nímž nejsou spokojeni, do jiného, který jim dle jejich představ může nabídnout více. Stát se rovnou po promociích součástí stávajícího systému s sebou totiž nese z pohledu participantů riziko, že se mu budou muset podvolit, přijmout (minimálně na několik příštích let) onen nižší status, než by si představovali, a stát se třeba jedním z lékařů, které oni sami nyní kritizují. Odchod je navíc strategií víceméně vratnou pro případ, že se dotyčným očekávaných pozitiv v zahraničí nedostane, či se s ním jinak nesžije. Co více, existuje také možnost si danou strategii nejdříve „nanečisto“ vyzkoušet formou časově omezené zahraniční stáže.

Výraznou roli hraje v rozhodování i sociální okolí potenciálního migranta, v podobě jeho rodiny, spolužáků, vyučujících a dalších lékařů. Ti totiž mnohdy v rozhodování zastávají funkci katalyzátoru. Studenti jsou k odchodu do zahraničí z různých stran pobízeni a v případě kladného rozhodnutí ve většině i povzbuzováni v duchu hesla: „Jdi za štěstím“. Někteří aktéři sice kladou dotyčným na srdce, aby se v horizontu několika let ze zahraničí vrátili, to, jak se ale jednotlivé příběhy budou v případě migrace dále vyvíjet, je již prakticky mimo jejich moc. Svým pozitivním vlivem na odchod tedy podstupují riziko, že dotyčný v zahraničí zakoření a zůstane tam déle, než by bylo z jejich pohledu záhodno. Na základě předložené analýzy není možné dělat, co se případného návratu týče, téměř žádné jasné závěry. Ačkoliv určité aktuální postoje k tématu návratu hrají při rozhodování významnou roli, mohou budoucí události (jako např. započítání vztahu s partnerem/řkou pocházejícím z cílové země, či nabídka lukrativního pracovního místa) situaci a postoje s tím spojené výrazně změnit. Výše zmíněné působení sociálního okolí na jedincovo migrační rozhodnutí by se z určité perspektivy dalo označit za jistou formu kultury migrace. Ta sice aktuálně nedosahuje takového měřítka, jako ji popisují mnohé studie ze zemí třetího světa [viz Hagopian et al. 2005, Akl et al. 2007], jistým způsobem je ve výpovědích přítomná. Medici jsou ze strany zkušenějších kolegů během studia vybízeni k odchodům (minimálně na omezenou dobu, často však také „na vždy“). Disponuje-li student znalostí němčiny je

odchod nahlížen jako určitá přirozená návaznost. Umět německy a neodejít, je okolím považováno za zvláštní. Rodina pobízí potomka k odchodu s vidinou jeho lepší budoucnosti. Zahraniční pobyty se stávají samozřejmou, při ucházení se o pracovní místo i třeba povinnou součástí studia. To vše jako celek přispívá značnou měrou k rozhodnutí budoucího mladého lékaře migrovat.

Uvedené středoevropské studie důvodů k migraci u studentů medicíny [Vavrečková et al. 2006, Krajewski-Siuda et al. 2012] potvrzují důležitost jiných faktorů, než je pouze ten finanční. Vavrečková např. uvádí, že 94 % dotázaných studentů uvedlo, že důležitým faktorem jsou pro ně lepší pracovní podmínky pro jejich odbornou práci. Konkrétně již ovšem neuvádí, co vše tato položka zahrnuje. Hlavním cílem této práce bylo dát jednotlivým faktorům jejich náplň a případně rozšířit jejich řady o faktory typické právě pro studenty v prostředí českého zdravotnictví. Ačkoliv je veřejná diskuze často omezena na finanční aspekt motivů k migraci lékařů, tento výzkum, ve shodě s uvedenými studii [viz Vavrečková et al. 2006, Krajewski-Siuda et al. 2012, Hagopian et al. 2005, Akl et al. 2007] jednoznačně prokázal, že v případě jeho účastníků se jedná pouze o jeden z mnoha motivačních faktorů, nezřídka i ten méně důležitý. I zde se totiž rozhodnutí k migraci ukázalo být komplexní souhrou mnoha faktorů osobního, organizačního a společenského charakteru. O důvodu, proč ve veřejném diskurzu dominuje finanční aspekt, je možné pouze spekulovat. Např. požadavky na kvalitnější organizaci postgraduálního vzdělávání a dodržování zákoníku práce byly stejně tak, jako požadavek navýšení platu, součástí dvanácti bodů, prosazovaných Lékařským odborovým klubem (LOK) ve výzvě *Děkujeme, odcházíme*⁵¹. S odstupem nám již situace dovoluje konstatovat, že mediálně zajímavým se stal primárně jeden z bodů této výzvy, a sice právě požadavek platový. Zabývat se principy tvorby veřejného diskurzu není však cílem této práce. Jejím doprovodným záměrem však bylo dát prostor aktuálně nejvíce zainteresovaným aktérům migrace, budoucím absolventům lékařských fakult.

V následujících odstavcích bych ráda ve stručnosti představila jednotlivé, z výzkumu vyvstálé skupiny k migraci motivujících faktorů. Z faktorů **osobní** povahy participanti nejčastěji hovořili o touze po zkušenosti, osamostatnění se, již dříve

⁵¹ 13 důvodů exodu. 2011. *Děkujeme odcházíme* [online]. LOK ČSL [cit. 2015-04-09]. Dostupné z: <http://www.dekujeme-odchazime.cz/13_duvodu>

přítomné cestovatelské vášni, či zdokonalení jazykových dovedností. Roli hraje i inklinace k dané zemi, její kultuře, charakteru společenských norem či jazyku. Mezi faktory, vyplývajícími z fungování **zdravotnického systému** se řadí asi nejvíce položek. Podstatnou roli hrají finanční podmínky, jež jsou i po přepočtu na životní náklady v zahraničí většinou participantů označeny jako motivující. Kritika se snášela ovšem také na ne plně fungující pracovní vztahy a špatnou atmosféru na pracovišti, jež odpovídají celkovému napětí v českém zdravotnictví. Významným důvodem je kvalita postgraduálního vzdělávání, jejíž nedostačující úroveň z výpovědí vyzněla prakticky jako „postrach“ českých mladých lékařů. Zejména participanté hovořili o nedodržování pravidel, vážících se k programům tohoto vzdělávání, nezájmu či nedostatku času nadřizovaných a s tím se pojícího pocitu „hození do vody“. Postgraduální vzdělávání jako důvod odchodu značí, že participanté vnímají odchod také jako investici do vlastní schopnosti být dobrým lékařem. Z pohledu některých participantek je dalším důvodem k odchodu genderově vyrovnanější postavení žen lékařek v německém zdravotnictví, jež se pozitivně projevuje v přístupu k ženám jako kolegyním a zaměstnankyním. Oproti studii Akla et al. [2007] se v mém výzkumu neukázal jako zvlášť relevantní důvod, že by dlouhodobý pracovní pobyt v zahraničí zlepšil nějak významně lékařovu pozici na českém pracovním trhu v případě návratu. Ve studii Akla et al. jde o jeden z hlavních důvodů. Výsledky mého výzkumu se spíše shodují s Krajewskim-Siudou et al. [2012], který hovoří o vědomí respondentů jisté konkurenční výhody, avšak protože pracovní trh ve zdravotnictví není v případě Polska natolik satureovaný, nemá tento aspekt motivační charakter.

Třetí velkou podkategorií jsou faktory, vyplývající zejména z roviny **společnosti**. Ta česká je ve výzkumu kritizována např. za věčné stěžování si, jež ovšem nenásleduje žádná akce. Dále padla kritika na příliš nízkou míru tolerance vůči etnické jinakosti, slabé vzájemné projevy zdvořilosti a celospolečenské uznání vůči lékařům. Celkově z analýzy vyplývá, že každý z participantů je pro případný odchod díky svému charakteru jinak predisponovaný a u každého je výsledná kombinace faktorů unikátní a velmi komplexní. Je tedy prakticky nemožné jednoznačně říci, které důvody mezi dotazovanými studenty převládají. Analýza spíše poskytuje základ pro určitou typologii potenciálních migrantů, z nichž někteří ze své povahy více inklinují k životu v zahraničí a nedostatky v českém zdravotnictví jsou jim pak pouze malým popudem, pro jiné ovšem hrají zmíněné nedostatky roli zcela zásadní.

Přínos této práce spatřuji zejména v tom, že byla psána s aspirací na hloubkovou analýzu důvodů k odchodu do zahraničí, přičemž zejména na straně tzv. push-faktorů se fokus analýzy postupně přesouvá k proniknutí do základních problémů profesního vzdělávání a profesní socializace českých lékařů, jak je pocítují právě studenti medicíny, či čerství absolventi. Práce je dále inovativní také v tom, že se jedná o první výzkum, věnující se situaci odcházejících českých lékařů po akci *Děkujeme, odcházíme*, a do jisté míry tak jako první zaznamenává její vliv na migrační rozhodnutí budoucí nové generace lékařů. Dosud neobvyklou perspektivou je i perspektiva cesty za vyšším sociálním statutem, jeho konzistencí a s tím se pojícím uznáním.

Limity práce vyplývají zejména z využití metody, jež svým charakterem nedovoluje zobecnování na širší populaci. Díky designu výzkumu a výběrovým kritériím jsou pak výsledky tohoto výzkumu relevantní pouze v kontextu pražských lékařských fakult. Jisté omezení klade i požadavek na zkušenost respondentů se zahraničním pobytem, jenž činí výsledky analýzy ještě specifitějšími. Dalším limitujícím faktorem je právě ono zaměření se na hledisko sociálního statusu, což může vést k zastření významnosti ostatních motivačních faktorů, jimž obvykle také není věnováno tolik pozornosti. Zaměření práce na perspektivu pouze jedné skupiny aktérů klade práci další značný limit. Čtenáři je předkládán spíše jednostranný pohled na situaci a neumožňuje mu udělat si představu o názorech a postojích ostatních aktérů, jako jsou starší lékaři, zdravotní sestry, pacienti, vedení nemocnic, relevantní subjekty politického charakteru.

V textu délky a formátu diplomové práce bohužel není možné pojmout všechny relevantní a zároveň zajímavé tematické oblasti vztahující se k vybranému problému. Téma samotné ovšem skýtá mnohé další zajímavé okruhy. Výzkumný prostor spatřuji například v oblasti tzv. bariér odchodu, tedy jinými slovy - udržujících (*retain*-hledisko původní země) a odrazujících (*repel*-hledisko cílové země) faktorech, případně dalších intervenujících faktorech. Za zejména zajímavé pak považuji, jak potenciální migranti reflektují tyto bariéry a následně i mechanismy, jimiž je zohledňují ve svém dalším rozhodování. Z mého výzkumu vyplynula existence určité, zatím spíše slabé formy jakési kultury migrace. Účelné by z tohoto pohledu mohlo být věnovat se hlouběji tématu náboru českých lékařů ze strany zahraničních, nejčastěji právě německých, agentur a nemocnic, a dalším cestám, jejichž prostřednictvím získávají zájemci o

odchod informace a zprostředkovanou zkušenost (již emigrující známí a přátelé, vyučující, kontakty z Erasmu apod.).

Ačkoliv aktuálně nevíme, jakým směrem se bude stávající situace vyvíjet, tedy zda se obrátí v tzv. *brain drain*, či *brain circulation*, považuji za přínosné zabývat se tímto tématem právě již ve chvíli, kdy si ještě nemůžeme být jisti, jaké bude mít pro Českou republiku a její zdravotnický systém další důsledky. V případě dalších studií na toto téma je tedy možné sledovat fenomén prakticky od jeho počátku, kdy ještě ani sami respondenti a jejich výpovědi nemohou být ovlivněni statistikami o návratovosti českých lékařů z ciziny. Aktuálně můžeme pouze soudit z počtů žádostí o osvědčení o nečlenství, že stejně jako v ostatních vyspělých zemích, je i v České republice tendence k migraci mezi absolventy lékařských fakult postupně stoupající. Výzkum tohoto fenoménu bude tedy pravděpodobně i z hlediska sociálních věd stále aktuálnějším tématem.

Summary

This master thesis is focused on the topic of migration of the fresh graduates from Czech Republic to Germany. The phenomenon of physician migration has become a topic in the Czech discourse since the hospital doctors were striking at 2010/11. Yet, in the last years the composition of the migrating Czech physicians has changed from the experienced senior doctors to a bigger participation of fresh graduates who just left the university.

The migration between two industrialized and developed countries has been a long time overshadowed by the migration from the third world countries. But nowadays, in the time of global talent competition it has also become an important field of study. The migration research has been often reduced to the topic of integration of migrants in the receiving country. Because of the lack of previous knowledge about the causes of the phenomenon of migrating graduates, I decided to concern my research on their perspective. With the help of the theory of push and pull factors I discovered the motivating factors which lead graduates to leave their home country and to start their new life in Germany. Because of the actual imbalance in the discourse of physician migration, this master thesis focused on the non-financial factors, especially then on the concept of social status and respect.

For this purpose I conducted nine semi-structured interviews with students of three medical faculties of Charles University in Prague who were in their fifth or sixth year of studies. Another requirement of choice for this research was an experience of at least one term long study or practical stay in Germany. With this requirement I wanted to ensure that the participants of the research will be able to compare both countries better and so they will talk about the real reasons, not just pure assumptions. Thus the material for the analysis could be richer.

In the theoretical part I introduced the theory of push and pull factors in the physicians migration. I also briefly described several studies which dealt with the migration decision of medical students in both ways, qualitative and quantitative. The second part of the theoretical background is dedicated to the concept of social status of doctors and (not) expressed respect (or esteem), inconsistency of status [Lenski 1954] and Hirschman's theory of Exit, voice and loyalty [1970]. The aim of this part is to

introduce the decision to migrate of students as the natural strategy of reaction on the decline in the home institution, in this case the health system of the Czech Republic.

In the next part of the thesis I described the methodological background of my research. This part is dedicated to the reflection of the qualitative approach and the method of semi-structured interviews. Also I introduced the choice criteria of the participation of my research and the way I collected the data and worked with them (transcription, developing the system of codes and analysis). I also dealt with an ethical context of my research and ended this chapter with self-reflection of me as a researcher.

The analytical part deals with the (topic of) reasons for migration in three sub-chapters. In the first of them, I demonstrate what kind of expectations and motivations to study the participants have had before their studies. The question of social prestige and respect is the central topic of this part. The next chapter shows how the motivations and expectations meet the reality of the everyday life in hospital during their first practical experiences as medical students. The last part is dedicated to the topic of reasons to migrate which are presented in the three main topics: the personal and social ones, the organizational ones and those which are connected to the character of the Czech society.

The purpose of this thesis was to show that the reasons for migration have not only a financial character as it has often being reduced to . The research pointed also to the importance of the social status and mainly - the situational respect, which has being disregarded from the media and public site for a long time. This study should contribute to the not so wide range of scientific knowledge about the reasons for migration of the high-qualified group of Czech inhabitants, the fresh graduates of the medical faculties. However, we do not know yet if this phenomenon turns out to the brain drain or brain circulation. In both cases this research could be helpful because it captures an actual developing status of the phenomenon.

Použitá literatura

- AKL, E. A. 2007. Why are you draining your brain?: Factors underlying decisions of graduating Lebanese medical students to migrate. *Social Science & Medicine*. 64: 1278–1284.
- BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada.
- BERG, B. a H. LUNE. 2012. *Qualitative Methods for the Social Sciences*. Harlow: Pearson Education. Eight Edition.
- BERNARD, J. Mezinárodní migrace profesionálů: brain drain, brain exchange, brain circulation. *Socioweb* [online]. [cit. 2015-01-10]. Dostupné z: <<http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=319&lst=11>>
- BLACKLOCK, C., A.M. WARD, C. HENEGHAN a M. THOMPSON. 2014. Exploring the migration decisions of health workers and trainees from Africa. *Social Science & Medicine*. (100): 99–106.
- HÖPPLI, T. 2010. *Auswanderung aus Hocheinkommensländern*. Bamberg: DifoDruck.
- CROPLEY, A.J. 2011. *Qualitative Forschungsmethoden: Eine praxisnahe Einführung*. Eschborn bei Frankfurt am Main: Klotz.
- DOUGLAS, J.D. 1985. *Creative Interviewing*. London: Sage Publications.
- ETTE, A., L. SAUER. 2010. *Auswanderung aus Deutschland: Daten und Analysen zur internationalen Migration deutscher Staatsbürger*. Wiesbaden: VS.
- FARREL, D. 1983. Exit, Voice, Loyalty, and Neglect as Responses to Job Dissatisfaction: A Multidimensional Scaling Study. *The Academy of Management Journal* 26(4): 596-607.
- FAY, B. 1996. *Contemporary Philosophy of Social Science*. Oxford. Blackwell.
- FREEMAN, M., A. BAUMANN, A. AKHTAR-DANESH, N. BLYTHE. J. FISHER. 2012. Employment goals, expectations, and migration intentions of nursing graduates in a Canadian border city: A mixed methods study Freeman. *International Journal of Nursing Studies*. 49(12): 1531-1543.
- GUTJAHR, G. 1985. *Psychologie des Interviews: in Praxis und Theorie*. Heidelberg : I.H. Sauer-Verlag.
- HAGOPIAN, A., A. OFOSU, A. FATUSI, R. BIRITWUM, A. ESSEL, L. GARY HART et al. 2005. The flight of physicians from West Africa: views of African physicians and implications for policy. *Social Science & Medicine*, 61(8): 1750-1760.
- HAMMERSLEY, M. a A. TRAIANOU. 2012. *Ethics in Qualitative Research*. London: Sage.

HAN, P. 2000. *Soziologie der Migration: Erklärungsmodelle, Fakten, Politische Konsequenzen, Perspektiven*. Stuttgart: Lucius und Lucius.

HAVLOVÁ, K. 2011. *Jak šel čas s „Děkujeme, odcházíme“*. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Mladá fronta [cit. 2015-05-03]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/jak-sel-cas-s-dekujeme-odchazime-459846>>

HIRSCHMAN, A. O. 1970. *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Cambridge: Harvard University Press.

KAHANEC, M. a R. KRÁLIKOVÁ. 2011. *Pulls of International Student Mobility*. Bonn: IZA.

KOTTWITZ, G., M. VANBERG. 1971/72. *Ein Modell der Wanderentscheidung*. Arbeitsheft Nr. 4 des Instituts für Soziologie an der Technische Universität Berlin.

KRAJEWSKI-SIUDA, K., A. SZROMEK, P. ROMANIUK, Ch. GERICKE, A. SZPAK, K. KACZMAREK. 2012. Emigration preferences and plans among medical students in Poland. *Human Resources for Health*, 10 (8).

KŘÍŽOVÁ, E. 1993. *Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova.

KŘÍŽOVÁ, E. 2006. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.

LEE, E. S. 1966. A Theory of Migration. *Demography*, 3(1): 47–57.

LENSKI, G.E. 1954. Status crystalization: A non-vertical dimension of social status. *American Sociological Review*. 19(4): 405-413.

LENSKI, Gerhard. 1966. *Power and Privilege*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.

LIPWORTH, W., M. LITTLE, P. MARKHAM, J. GORDON, I. KERRIDGE. 2013. Doctors on Status and Respect: A Qualitative Study. *Bioethical Inquiry* 10: 205–217.

LÜTHKE, F. 1989. *Psychologie der Auswanderung*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

LOWREY, W. a W.B. ANDERSON. 2006. The Impact of Internet Use on the Public Perception of Physicians: A Perspective from the Sociology of Professions Literature. *Health Communication*. 19(2): 125-131.

MILLER, J., B. GLASSNER. 2011. The „Inside“ and the „Outside“: Finding Realities in Interviews. in SILVERMAN, D. *Qualitative Research: Issues of Theory, Method and Practice*. Los Angeles: Sage.

MCMANUS, C. 2000. Women in hospital medicine in the United Kingdom: glass ceiling, preference, prejudice or cohort effect? *Epidemiol Community Health*; 54: 10–16.

RENZETTI, C., R. LEE. 1993. *Researching Sensitive Topics*. Newbury Park: Sage.

ROSENTHAL, G. 2008. *Interpretative Sozialforschung - Eine Einführung*. Weinheim und München: Juventa.

RUSBULT, C. E., M. ZEMBRODT, L. K. GUNN. 1982. Exit, voice, loyalty, and neglect: Responses to dissatisfaction in romantic involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*. 43: 1230-1242.

SCHROTH, J. a R. STOJANOV. 2011. Brain drain. Brain gain. Brain circulation. In: *Migrace a rozvoj: Rozvojový potenciál mezinárodní migrace*. Praha: Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze.

STEINKE, I. 1999. *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim und München: Juventa.

ŠANDEROVÁ, J. 2000. *Sociální stratifikace: Problém, vybrané teorie, výzkum*. Praha: Karolinum.

ŠANDEROVÁ, J., O. ŠMÍDOVÁ a kol. 2009. *Sociální konstrukce nerovností pod kvalitativní lupou*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON)

TJADENS, F., C. WEILANDT, J. ECKERT. 2012. *Mobility of Health Professionals: Health Systems, Patterns of Health Workers' Mobility and Implications for Policy Makers*. Bonn: WIAD - Scientific Institute of the Medical Association of German Doctors.

TUČEK, M. a kol. 2003. *Dynamika české společnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství.

TUČEK, M. 2013. *Prestiž povolání – červen 2013*: Tisková zpráva [online]. CVVM [cit. 2015-02-13]. Dostupné také z: <http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a7054/f3/eu130903.pdf>

VAN MOL, C. 2011. The Influence of European Student Mobility on European Identity and Subsequent Migration Intentions. In: DERVIN, F. (ed.) *Analysing the Consequences of Academic Mobility and Migration*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.

VAVREČKOVÁ, J., K. DOBIÁŠOVÁ, H. HNILICOVÁ. 2006. *Migrační sklony lékařů a studentů medicíny: Terénní šetření*. Praha: VÚPSV.

WEBER, M. 1922. *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der Sozialökonomik*: III. Abteilung. Tübingen: J.C.B. Mohr.

Další dokumenty:

13 důvodů exodu. 2011. *Děkujeme, odcházíme* [online]. LOK ČSL [cit. 2015-04-09]. Dostupné z: <http://www.dekujeme-odchazime.cz/13_duvodu>

Abwanderung von Ärzten ins Ausland 2014. *Bundesärztekammer* [online]. [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12670.12681>>

Adressen der Landesärztekammern. *Bundesärztekammer* [online]. [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.8.5585>>

Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland 2007 – 2014 *Bundesärztekammer* [online]. 2008 - 2015. [cit. 2015-04-16]. Dostupné např. z: <http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2014/Stat14Tab10.pdf>

Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2014. *Bundesärztekammer [online]*. [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12670.12671>>

Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2013: Ärzteschaft in der Generationenfalle. *Bundesärztekammer* [online]. [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002>>

Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2014: Ärztestatistik 2014 - Etwas mehr und doch zu wenig. *Bundesärztekammer* [online]. [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <<http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/>>

EU Bürger. [online] *Bundesamt für Migration und Flüchtlinge*. [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <<http://www.bamf.de/DE/Migration/Arbeiten/EUBuerger/eu-buerger-node.html>>

List of Registered Medical Practitioners - statistics: Top 20 countries of qualification. 2015. *General Medical Council UK* [online]. [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: <http://www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp>

Zdravotnická ročenka České republiky 2008 – 2013 [online]. 2009 - 2014. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [cit. 2015-02-01]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>>

Zápis z jednání představenstva ČLK, konaného dne 8. listopadu 2014. [online]. *ČLK* [cit. 2015-04-15]. Dostupné např. z: <http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/zapis-z-jednani-predstavenstva-listopad-2014-100614.pdf>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Přehled push-, pull- faktorů ve zdravotnické migraci (tabulka)

Příloha č. 2: Základní charakteristiky participantů (tabulka)

Příloha č. 3: Medailonky participantů

Příloha č. 4: Informovaný souhlas

Příloha č. 5: Scénář rozhovoru

Přílohy

Příloha č. 1: Přehled push-, pull-faktorů ve zdravotnické migraci (tabulka)

		PUSH	PULL
Obecné faktory	Osobní a sociální faktory	Faktory tohoto typu se dle autorů vyskytují spíše ve vyspělých zemích. Zařazeny sem byly např. osobní motivace typu náklonost k cestování, získání zkušenosti, touha po multikulturním prostředí, osobní rozvoj, rozvoj jazykových dovedností.	Osobní faktory: touha poznávat nové kultury a životní styly, náklonost k cestování, získání zkušenosti, touha po multikulturním prostředí, osobní rozvoj, rozvoj jazykových dovedností.
			Sociální faktory:
			Možnosti pro rodinu: možnost vzít s sebou partnera/ku a děti, možnost lepšího vzdělání a kariérní možnosti pro děti
			Sociální síť v cílové zemi: kontakty na rodinné příslušníky, partnery, známé a přátele v cílové zemi, obecná přítomnost cizích migrantů zdravotnické profese, či ze stejné země původu, multikulturalismus cílové země
	Společnost	Všeobecné socioekonomické podmínky v zemi: Do této kategorie autoři řadí obecnou situaci ve společnosti, ekonomické vyhlídky do budoucnosti, konkrétněji pak třeba vysoké daně.	Ekonomika: vysoké HDP, nízká míra nezaměstnanosti, ekonomický růst, socio-ekonomická stabilita
Politická situace a korupce: Napětí ve společnosti z politických důvodů			Politická stabilita, zákony: bezpečnost, osobní bezpečnost, aktivní role žen v politice, nízká míra korupce

	Geografie	Geografická blízkost	<p>Geografická specifika země: atraktivní umístění, příroda, příjemné podnebí</p> <p>Geografická blízkost s ekonomicky silnějšími zeměmi (např. Rakousko: čtyři ze sousedních zemí mají slabší ekonomiku a historické propojení s Rakouskem)</p> <p>Blízkost geografická, kulturní a jazyková</p>
	Gender	Genderová nerovnost	Genderová rovnost
Faktory specifické pro práci zdravotnických pracovníků		Špatně fungující vzdělávání: nízká kvalita vzdělávání, nedostatečné vedení ze strany mentorů, málo mentorů a jejich nízká kvalita. Zvláštním případem je intence absolvovat v zahraničí pouze specializační vzdělávání (důvod německých lékařů).	Lépe fungující vzdělávání
		Profesní rozvoj, kariérní růst: lepší podmínky, zvýšení osobního kreditu v případě návratu	Profesní rozvoj, kariérní růst
		Nevyhovující nebo chybějící pracovní příležitost: nevyhovující plánování specializační praxe vedoucí k přesycení trhu práce (např. Německo), přesycený trh práce	Volná kapacita pracovního trhu ve zdravotnictví
		Finanční odměna za práci: nízká, nižší než jiní vysoce kvalifikovaní pracovníci, v některých zemích se pak výplaty opožďují, či přichází v jiné než ve sjednané výši	Finanční odměna
		Nevyhovující pracovní podmínky: příliš velký objem práce (mnoho pacientů, málo kolegů), dlouhá prac. doba, přesčasy, málo volného času, nerovnováha mezi pracovním a soukromým životem, nízká spokojenost s prací	Lepší pracovní podmínky

		Hierarchický systém: rigidní hierarchie, nedostatek autonomie, přílišná byrokracie, povýšené jednání starších doktorů s mladšími (Německo i Polsko)	Volnější hierarchie
		Sociální status: nízká prestiž, nedostatek profesního i lidského uznání, zvyšování statusu sester na úkor lékařů (např. Polsko, Litva)	Sociální status
Faktory specifické pro zdravotnický systém		Nedostatečné či neadekvátní zdroje: špatné financování, špatná organizace lidských zdrojů	Lepší financování
		Politika zdravotnictví, organizace, management: systémové nedostatky, nutnost reform (Polsko), špatná organizace, korupce ve zdravotnictví	Lepší organizace zdravotnictví, management
		Infrastruktura, vybavení, zdroje: nízký standard vybavení (Polsko), nedostatek léků	Vyšší kvalita
			Zvýšená potřeba lékařů
Faktory na straně migrační politiky		Politická opatření: politika volného pohybu a volného pracovního trhu – jednoduchost přechodu, snadné uznávání diplomů, vzájemně uznatelné vzdělávání	Volný pohyb a uznávání diplomů
		Migrace jako součást kultury: historická tradice, kulturní inklinace k migraci, mezinárodní dohody a nábor, flexibilní pracovní a migrační zákony	Mezinárodní dohody, multikulturalita

Zdroj: [Tjadens et al. 2012: 43-58]

Příloha č. 2: Základní charakteristiky participantů (tabulka)

Pseudonym participanta	Věk	Ročník	Absolvované zahraniční stáže	Následný odchod?	Plánuje návrat?
Eliška	25	absolventka	1x Německo	ano	spíše ne
Jana	25	6	Anglie, Jižní Amerika, Rusko, 2x Německo	ne	ano, děti chce vychovávat v českém prostředí
Luboš	24	5	Turecko, 2x Německo	ještě není aktuální	nezavrhuje i delší pobyt než po dobu atestace, výchova dětí v Německu vidí jako plus
Monika	26	absolventka	1x Německo	ano	ne, ráda by tam vychovávala děti
Markéta	26	6	4 v Německu, 1 v Kanadě	ano	ano, ale ne hned po atestaci
Michal	25	5	Německo	ještě není aktuální	ano
Natálie	26	5	Německo	ještě není aktuální	spíše ano
Petr	25	6	3x Německo, Jižní Amerika	ano	ano
Tereza	24	6	Rakousko, Německo, Střední Amerika	ještě není aktuální	nechává otevřené

Příloha č. 3: Medailonky participantů**Monika**

Monika absolvovala v pátém ročníku jednosemestrální pracovní stáž v Německu v rámci programu Erasmus. Stáž probíhala ve velké univerzitní klinice. Poměrně záhy po příjezdu do Německa zde Monika poznala svého budoucího německého přítele. Po návratu do Prahy bydlela u rodičů a vedla s přítelem více jak roční vztah na dálku a po úspěšném dokončení studia se vydává za práci a za přítelem zpět do Německa. Monika má již zajištěné místo na interně v nemocnici na malém městě v Severním Porýnní-Vestfálsku. Její partner v Německu studuje poslední ročník vysoké školy.

Jana

Jana strávila jeden semestr na pracovní stáži na fakultní německé klinice v hlavním městě jedné ze spolkových republik. Dále se účastnila stáží IFMSA (Rusko, Brazílie) z vlastní iniciativy vyjela již po prvním ročníku na měsíční pobyt se spolužačkou do Anglie, kde pracovali jako sanitářky. Jana má dlouhodobý několikarocní vztah a s přítelem a žije s ním a s dalšími spolubydlícími v Praze. Přítel ukončil studia a začal tento rok pracovat. Jana plánuje ještě jednu stáž v Německu, kde si chce ujasnit, jakému oboru se chce do budoucna věnovat. Pokud po poslední státnici, která ji čeká, nedostane místo ve svém vybraném oboru v Praze, bude hledat v Německu.

Luboš

Luboš se kromě ročního pobytu na univerzitní klinice v Německu v rámci programu Erasmus účastnil i několika kratších zahraničních stáží v rámci programu IFMSA, a sice v Turecku a v Německu. Luboš se aktivně podílí na organizaci programu IFMSA v ČR. V Praze bydlí s přítelkyní, s níž je v dlouholetém vztahu. Partnerka v Praze také pracuje. Luboš by po studiích nejraději získal místo v prestižní německé univerzitní nemocnici. Jeho aktuální oborovou preferencí je kardiologie.

Petr

Petr se účastnil v rámci programu Erasmus jednosemestrální výuky na univerzitě v Německu. Kromě tohoto pobytu sbíral další praktické zkušenosti v menších pohraničních nemocnicích. V rámci programu IFMSA vyjel do Jižní Ameriky. Petr aktuálně není v žádném vztahu a připravuje se na pražské koleji na poslední státnice svého studia. Po studiu by rád pracoval v některé z příhraničních nemocnic. Nevylučuje ani dojíždění z nějakého českého města, blízkého jeho případnému německému pracovišti.

Eliška

Eliška se během svého semestrálního pobytu v německé nemocnici v rámci programu Erasmus, seznámila se svým přítelem. Během šestého ročníku svého studia vedla, podobně jako Monika, s přítelem vztah na dálku. V tomto období bydlela s matkou a mladším bratrem ve Středních Čechách. Přítel pochází z Německa, kde i

studuje. Eliška si tedy hledala cíleně místo v blízkosti bydliště přítele, které nakonec našla v blízkém, poměrně velkém německém městě, kam nastupuje do nemocnice na oddělení interní medicíny.

Markéta

Markéta se během svého studia účastnila velmi aktivně různých zahraničních pobytů. Kromě ročního pobytu v rámci programu Erasmus, získávala praxi i v dalších třech německých nemocnicích různých velikostí. V posledním ročníku také absolvovala pracovní stáž v Kanadě. Aktuálně Markéta není v žádném vztahu a bydlí sama v rodinném bytě v Praze. Po své poslední státnici by ráda získala místo ideálně na dermatologii v některé z větších německých klinik.

Natálie

Natálie se vydala do Německa na jeden semestr na výukový typ programu Erasmus. Závěrem svého pobytu si ve zdejší fakultní nemocnici z vlastní iniciativy zajistila a absolvovala dvě stáže. Během šestého ročníku by se ráda vydala ještě na jednu tříměsíční stáž do Německa či Rakouska. Jejím vybraným oborem je ARO a místo bude hledat podle toho, kde jí budou nabídnuty nejlepší podmínky. Pokoušet se bude s největší pravděpodobností v Čechách a v Německu. Aktuálně je ve vztahu, který ji ale nenaplnuje natolik, aby kvůli němu zůstala v ČR. Natálie bydlí sama v Praze.

Michal

Michal strávil v rámci programu Erasmus rok výuky v Německu v jejímž rámci zde a absolvoval výukovou praxi v rámci kurzů, ale žádnou samostatnou stáž na některém z oddělení. Michala čeká poslední ročník studia a následně by rád hledal místo na očním oddělení buď v ČR, nebo v Německu. Michal aktuálně není ve vztahu a bydlí na koleji v Praze.

Příloha č. 4: Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ROZHOVOREM V RÁMCI DIPLOMOVÉ PRÁCE

Součástí mé diplomové práce je provedení kvalitativních rozhovorů na téma odchodu mladých lékařů z ČR po studiu medicíny do zahraničí, resp. do Německa.

Tento rozhovor je důvěrný. Nikde v diplomové práci nebude v souvislosti s rozhovorem uvedeno Vaše/Tvé jméno nebo jakékoliv jiné údaje, podle nichž by bylo možné Vás/Tě identifikovat.

Ráda bych upozornila na to, že rozhovor bude nahráván na nahrávací zařízení a následně přepsán do písemné podoby. Všechna získaná data budou využita pouze mnou a to výhradně v rámci mé diplomové práce.

Vaše/Tvá účast na rozhovoru je dobrovolná. Můžete/Můžeš kdykoliv odmítnout odpovědět na položené otázky, nebo požádat o ukončení rozhovoru.

Dne _____

Jméno výzkumnice: _____

Podpis výzkumnice: _____

Vaše/Tvé jméno: _____

Váš/Tvůj podpis: _____

Příloha č. 5: Scénář rozhovoru

1. Výběr povolání (očekávání s kterými si povolání vybírali; jak se v této pozici cítí nyní; jak vnímají své budoucí společ. postavení)

Začneme takovým malým exkurzem do minulosti. Proč jsi vlastně šel/šla studovat medicínu?

Co se ti vybaví, když se řekne lékař? Jaké vlastnosti a schopnosti máš s tímto povoláním spojené?

Jaké si myslíš, že to je být lékařem v ČR? Jak na to povolání pohlíží česká veřejnost? Je to dnes vážené povolání? Proč zrovna tak?

Co dělají tvoji rodiče? Víš, co si myslí o pozici lékaře v ČR oni?

A jak reagují známí a kamarádi, když jim řekneš, že studuješ medicínu?

Jaký si myslíš, že je v ČR vztah lékař-pacient?

Vzpomínáš si na akci *Děkujeme, odcházíme*? Jak jsi ji tenkrát vnímal/a?

2. Reflexe lékařského prostředí a profesního vzdělávání v ČR a jejich srovnání se stavem v Německu

A co atmosféra na fakultě a na jiných pracovištích? Jak se chovají lékaři k medikům a jak k sobě vzájemně?

Jak probíhá výuka a její praktická část?

Jak probíhají stáže mimo domovská fakultní pracoviště?

A když teď přejdeme k trochu pragmatičtějšímu tématu, určitě už jsi absolvoval/a nějakou nezbytnou praxi. Jak jsou na tom české nemocnice, co se týče vybavenosti a pracovního prostředí?

Máš už nějakou představu, jak funguje v ČR systém předatestačního vzdělávání?

3. Představy o budoucím životě

A teď zase pohled trochu do budoucnosti. Jak si představuješ svůj život po škole? Co od něj očekáváš v pracovní sféře a co v soukromé?

A co třeba za 5 let? Máš nějakou představu nebo třeba přání?

Proč hned po škole? Proč ne třeba až po atestaci?

A do zahraničí bys chtěl/a natrvalo, nebo třeba spíše jen na několik let a pak se vrátit zpět? Proč?

Máš už konkrétně vybraný obor, kterému by ses chtěl/a po škole věnovat?

4. Důvody k odchodu

A proč vlastně chceš jet do zahraničí? Proč nezůstat v ČR?

(důvody zapsat na lístečky a ty nechat seřadit a vyfotit)

Uvedl/a si následující důvody: ... Mohl/a bys je zkusit seřadit od toho, který je pro tebe osobně nejvýznamější?

5. Představy o budoucím životě v Německu (týká se témat neprobraných v oddílu 2)

A co v těchto ohledech očekáváš od zahraničí - Německa?

Jak očekáváš, že se k tobě budou v Německu chovat? Jsi připraven/a na status imigranta?

Jak si myslíš, že je na povolání lékaře pohlíženo v německé společnosti?

A co německé zdravotnictví? Myslíš, že mají němečtí lékaři v tom systému nějaké problémy? Před atestací, po atestaci?

Jak si představuješ německý systém předatestačního vzdělávání? Víš už něco o tom, jak to tam funguje?

Máš přehled, jak to vypadá v Německu, co se tvého vybraného oboru týče?

Jaká je vybavenost německých pracovišť a jejich celkové prostředí, atmosféra? Máš už nějakou zkušenost třeba ze zahraniční stáže?

6. Proces získávání informací o práci v Německu

Pamatuješ si ještě, kdy jsi o tom, že pojedíš po škole do zahraničí, začal/a poprvé přemýšlet? Kdo nebo co tě na tu myšlenku tenkrát přivedlo?

Znáš už někoho, kdo odešel hned po škole do zahraničí?

A třeba nějakého lékaře, který odešel až po atestaci?

Jak to funguje u vás na fakultě? Máte nějaké možnosti se lépe připravit na práci v zahraničí? Mluví s vámi učitelé o těchto možnostech? Existují třeba nějaké přednášky na toto téma?

Jak je to s možnostmi výjezdů do zahraničí během studia?

A co jazykové kurzy na fakultě? Jak jsi na tom vlastně s jazyky?

7. Zásadní kroky (z důvodu možnosti lepšího odhadu, jak moc je jejich úmysl vážný)

Už si něco z výše uvedeného někdy využil/a nebo se chystáš využít?

Jak velká je vlastně pravděpodobnost, že opravdu odjedeš? Vidiš to nadějně?

Jak jinak se ještě připravuješ? Co jsi v souvislosti s případným odjezdem do zahraničí už podnikl/a?

8. Reakce okolí na jejich rozhodnutí (přispěje k vysvětlení vlivu okolí na rozhodnutí vyjet)

Už jsi s tou myšlenkou, že bys rád/a po škole vyjela do zahraničí, seznámil/a své okolí?

Jaké byly reakce? – Pokud ne, proč?

9. Bariéry odchodu (z důvodu možnosti lepšího odhadu, jak moc je jejich úmysl vážný)

Co tě od případného odjezdu odrazuje, pokud něco?

Co tě drží doma?

Čeho se nejvíc obáváš po příjezdu do zahraničí?

Karta respondenta:

Jméno:

Datum provedení rozhovoru:

Kdy plánuje konec studia:

Kdy plánuje odjezd:

Rodiče lékaři:

Zkušenost s pobytem v zahraničí?