

# „Römm er sú taug“: Íslenskir lækna á þverþjóðlegum atvinnumarkaði

Kjartan Páll Sveinsson, nýdóktur í félagsfræði, Háskóli Íslands

**Útdráttur:** Lækna brugðust við áhrifum efnahagshrunsins 2008 með því að flytja af landi brott í miklum mæli. Á árunum 2009–2014 fluttu 330 lækna frá Íslandi á meðan einungis 140 lækna fluttu heim á sama tíma. Í kjölfarið fækkaði læknum meira en áður hefur sést hérlendis sé miðað við íbúa á hvern lækna. Þetta leiddi til erfiðleika innan heilbrigðiskerfisins. Í greininni eru áhrif vinnumarkaðarins á heimkomu íslenskra lækna erlendis frá skoðuð, sér í lagi hvernig þeir atvinnumöguleikar, sem í boði eru hvetja eða letja lækna til þess að flytja aftur heim. Þegar ástæður brottflutnings og heimkomu eru skoðaðar kemur í ljós að faglegur metnaður skiptir álíka miklu máli og laun til að útskýra hreyfanleika lækna. Meginvandamálið er fyrst og fremst tengt vinnuumhverfinu og þá sérstaklega sjálfu heilbrigðiskerfinu og uppbyggingu þess. Rannsóknin byggir á djúpvíðtölum við 20 lækna sem hafa starfað erlendis en flutt aftur heim, 10 lækna sem starfa erlendis og sjá ekki fyrir sér að flytja heim og 15 aðila sem starfa í stjórnsýslu innan heilbrigðiskerfisins.

**Lykilorð:** • þverþjóðleiki • hreyfanleiki • fólksflutningar • atgervishringrás • lækna

**Abstract:** Icelandic doctors responded to the financial crisis of 2008 by emigrating in great numbers. Between 2009 and 2014, 330 doctors emigrated from Iceland, while only 140 doctors returned. Consequently, Iceland witnessed the sharpest increase in inhabitants per doctor in its history, which resulted in a crisis within the healthcare sector. The article looks at how the structure of the labour market influences Icelandic doctors' migratory decision-making. I argue that professional standards are equally important to wages as a factor influencing the doctors' mobility and migratory trajectories, and that the main problem revolves around the work environment, particularly the structure of the healthcare system itself. The research is based on in-depth interviews with 20 doctors who have worked abroad but moved back to Iceland, 10 doctors who are working abroad with no plans to move back, and 15 policy makers within the healthcare sector.

**Keywords:** • transnationalism • mobilities • migration • brain circulation • doctors

## Inngangur

Mikill meirihluti íslenskra lækna fer utan í sérnam og að öllu jöfnu starfar þriðjungur þeirra á erlendri grundu. Tölur sýna að um 80–90% allra lækna á Íslandi verja drjúgum hluta starfsævi sinnar erlendis. Að sama skapi snúa flestir læknar aftur heim eða um 80% (Læknafélag Íslands 2009). Þeir hafa þá öðlast víðtæka þekkingu frá mörgum af fremstu menntastofnunum heimsins á sviði læknisfræði. Stóran hluta þessarar þekkingar er tæpast hægt að öðlast á Íslandi vegna fámennis þjóðarinnar. Þessi atgervishringrás hefur gagnast íslensku heilbrigðiskerfi vel en smárikið Ísland er þó afar berskjaldað gagnvart mannaflabreytingum þar sem atgervishringrásin getur reynst tvíeggjað sverð. Ekki þurfa margir læknar að taka ákvörðun um annaðhvort að flytja til útlanda eða hætta við að flytja heim til þess að mannekla geri vart við sig í heilbrigðiskerfinu.

Þessi óstöðugleiki atgervishringrásarinnar kom í ljós í kjölfar efnahagshrunsins 2008 þegar læknar brugðust við áhrifum hrunsins með því að flytja af landi brott í miklum mæli. Á árunum 2009–2014 fluttu 330 læknar frá Íslandi á meðan einungis 140 læknar fluttu heim (Þorbjörn Jónsson 2014, bls. 575). Þetta leiddi til mestu fækkunar lækna á hvern íbúa sem orðið hefur hérlendis og olli það kreppu innan heilbrigðisgeirans. Heilbrigðisyfirvöld eru meðvituð um umfang vandamálsins og þær áskoranir sem heilbrigðiskerfið þarf að takast á við vilji það viðhalda atgervishringrásinni og koma í veg fyrir að hún breytist í atgervisflóttu. Engu að síður hafa stjórnvöld ekki hrint í framkvæmd skipulagðri vinnu við stefnumótun með það að markmiði að skapa samkeppnishæfan vinnumarkað fyrir lækna. Eftir verkfallsaðgerðir lækna 2014–2015 tókust samningar um 20% launahækkun og virðast stjórnvöld hafa litið þannig á að þar með væri björninn unninn (Hólmfríður Gísladóttir 2015).

Í þessari grein verður farið yfir þá atburði og þær félagslegu, efnahagslegu og pólitísku aðstæður, sem leiddu til fækkunar lækna á árunum 2009–2014, og þær settar í samhengi við þær hnattrænu breytingar sem höfðu áhrif á búferlaflutninga lækna. Til þess að varpa ljósi á þessar breytingar verða þær skoðaðar frá þremur sjónarhornum. Í fyrsta lagi verður sjónum beint að atgervishringrás íslenskra lækna í sögulegu samhengi. Þar verða annars vegar raktar tölur um búferlaflutninga lækna og hins vegar fjallað um þróun orðræðu þar að lútandi. Í öðru lagi verða skoðaðar breytingar á alþjóðlegum vettvangi, þá sérstaklega auknum læknaskorti á heimsvísu og þróun samskipta og hreyfanleika. Í þriðja lagi verða þessar breytingar skoðaðar út frá sjónarhóli íslenskra lækna og þeirra sýn á eigin hreyfanleika. Þegar þessi þrjú sjónarhorn eru sett í samhengi hvert við annað má draga þá ályktun að þeir tveir þættir sem yfirleitt eru nefndir sem meginástæður fækkunar lækna á eftirhrunsárunum – hrunið sjálft og lág laun íslenskra lækna í alþjóðlegum samanburði – séu einir og sér ekki nægjanleg skýring.

## Kenningarleg nálgun og fyrri rannsóknir

Við greiningu gagna eru notaðar þverþjóðlegar kenningar (e. transnationalism). Í þeim kenningum eru margar viðteknar hugmyndir um eðli búferlaflutninga dregnar í efa. Búferlaflutningar voru lengi vel álitnir einfaldir flutningar einstaklinga milli landa en þverþjóðlegar kenningar leitast aftur á móti við að veita heildstæða mynd af flutningum. Áhersla er lögð á samfellu félagslegra tengsla bæði í tíma og rúmi. Út frá þessu sjónarhorni eru flutningar milli landa langtímaferlar sem grundvallast á viðvarandi samskiptum þvert yfir landamæri. Þessi samskipti takmarkast ekki aðeins við fólk heldur þarf líka að skoða tilfærslur

á hugmyndum, bjargráðum og gjörðum. Með öðrum orðum þá eru „þverþjóðlegir búferlaflutningar ferli frekar en atburður“ (Levitt og Glick Schiller 2004, bls. 1012). Faist og Fauser (2011, bls. 1) benda á að þverþjóðlegt sjónarhorn „skoði tengsl yfir landamæri og þátttöku einstaklinga í að viðhalda þessum tengslum en taki um leið tillit til hlutverks stofnana, hvort sem þær eru staðbundnar eða hnattrænar“.

Þverþjóðlegar kenningar eru á margan hátt heppilegar til greiningar á búferlaflutningum lækna. Læknastéttin er mjög hreyfanleg og þverþjóðleg, jafnvel í samanburði við aðrar hámenntastéttir. Ýmsar ástæður eru fyrir því, meðal annars að læknisfræði er í grunninn þverþjóðlegt fyrirbæri. Samvinna milli stofnana – þvert á landamæri – er algeng og þverþjóðleg dreifing á læknisfræðilegri vitneskju á stóran þátt í framþróun læknávisinda. Hreyfanleiki læknastéttarinnar er mikilvægur liður í þessari þverþjóðlegu samvinnu. Annað lykilatriði er samkeppni innan hins alþjóðlega vinnumarkaðar heilbrigðisgeirans þar sem læknar eru eftirsótt vinnuafli.

Þrátt fyrir hið þverþjóðlega eðli læknastéttarinnar eru alþjóðlegar rannsóknir á búferlaflutningum lækna af skornum skammti. Raghuram og Kofman (2002) benda á að rannsóknir á þverþjóðlegu eðli og einkennum langskólagenginna stétta hafi að mestu leyti beinst að starfsmönnum í einkageiranum, sér í lagi innan fjármálastarfsemi og upplýsingatækni. Aftur á móti er minna vitað um hvernig þessum málum er háttað meðal hámenntaðs starfsfólks sem vinnur að heilsu- og velferðartengdum málum. Bent er á að þetta skekki fræðilega umræðu á þessu sviði því önnur lögmál gildi fyrir þá sem starfa innan heilbrigðis- og velferðargeirans en þá sem vinna við fjármálastarfsemi og upplýsingatækni. Nægir að nefna að heilbrigðisstarfsmenn eru oftast undir strangara faglegu eftirliti af hálfu yfirvalda en aðrir. Oft þarf faglegt mat að eiga sér stað á hæfni og menntun þeirra sem þýðir að „þeir sem vilja vinna þurfa ekki eingöngu að fá dvalarleyfi, heldur líka faggildingu frá opinberum stofnunum“ (Raghuram og Kofman 2002, bls. 2072).

Þrátt fyrir að fáar rannsóknir liggja fyrir á þverþjóðlegu eðli læknisfræðinnar er engu að síður mikilvægt að skoða búferlaflutninga lækna í þessu ljósi. Lífsbrautir farenda (e. migrant trajectories) eru að öllu jöfnu flóknar og fjölbreyttar og þættirnir, sem hafa áhrif á ákvarðanatöku þeirra, fléttast oft saman þannig að erfitt getur reynst að greina þá í sundur. Læknar eru þar engin undantekning og ástæður þeirra fyrir búferlaflutningum byggja á flóknum og oft mótsagnakenndum hvötum. Fræðimenn sækja oft í kenningar um þætti sem ýta og toga (e. push-pull factors) til þess að útskýra læknisfræðitengda fólksflutninga (e. medical migration). Varðandi þætti, sem ýta, er oft bent á lág laun (Vujicic o.fl., 2004), ófullnægjandi sérnám (Hagopian o.fl., 2005), starfsþróun (Kangasniemi o.fl., 2004), óviðunandi vinnuaðstæður og úreltan tækjakost. Þættir, sem toga fólk á nýjan stað, spegla gjarnan þessa þætti: betri launakjör og hærri kaupmátt, sérnám í hærri gæðaflokki, betri horfur varðandi starfsþróun, aðgang að hátæknitækjum og aðlaðandi vinnuumhverfi (Astor o.fl., 2005).

Kenningar, sem skipta ástæðum búferlaflutninga í tvo einfalda og aðgreinanlega flokka, líta fram hjá víðara samhengi svo sem félagslegum formgerðum, hvötum, markmiðum og tækifærum einstaklinga sem gera læknum kleift að flytja sig um set og ýta þannig undir hreyfanleika þeirra. Hein de Haas hefur bent á að listar yfir þætti, sem ýta og toga, séu í raun „vafasamar útskýringar sem mynda tvírætt samansafn af áhrifaþáttum“ (de Haas 2008, bls. 9). Þar af leiðandi byggja þessar kenningar á „fastskorðuðu módeli sem einblínir á ytri þætti sem ‚valda‘ fólksflutningum en getur ekki staðsett fólksflutninga innan víðara ferlis félagslegra

breytinga og virðist því afar takmarkað sem greiningartæki“ (de Haas 2008, bls. 11). Með öðrum orðum er tilgangslaust að greina þætti, sem ýta og toga, án þess að taka tillit til félagslegs, pólitísku og efnahagslegs samhengis bæði í heimalandi og móttökulandi, sem og hreyfiaflsins milli þeirra. Til þess að skilja og skýra félagslega merkingu læknisfræðitengdra fólksflutninga til og frá Íslandi er stuðst við Castles og Delgado Wise (2008, bls. 9) sem staðhæfa að „fólksflutninga má ekki skilja eða útskýra sem einangrað fyrirbæri, heldur einungis sem óaðskiljanlegan þátt í flóknum vandamálum og áskorunum sem fylgja hnattrænum kapitalisma samtímans“. Í greiningu minni á búferlaflutningum lækna fylgi ég ábendingum de Haas (2008) og Castles og Delgados Wise (2008) og reyni að flétta frásögum viðmælenda minna af lífsbrautum þeirra saman við formgerðir samfélagsins. Þannig vil ég draga athygli að því að þeir þættir, sem stýra búferlaflutningum lækna, ná út fyrir þætti sem toga og ýta.

## Aðferðafræði

Aðferðafræðileg nálgun rannsóknarinnar byggist á kenningum um þverþjóðleika, sérstaklega á þeirri hugmynd að búferlaflutningar á milli landa séu ekki einstaklingsbundin ferli heldur ráði þar för ógrynni félagslegra tengsla og ferla. Ég nálgast viðfangsefnið frá ólíkum sjónarhornum til þess að fá sem heildstæðasta mynd. Eigindleg djúpvíðtöl við fólk í lykilstöðum voru sett í samhengi við meginleg gögn og stefnuskjöl.

Uppistaða rannsóknarinnar er 45 djúpvíðtöl við þrjá hópa viðmælenda. Í fyrsta lagi var rætt við 20 lækna sem höfðu búið og starfað erlendis en snúið aftur heim til þess að stunda hér læknisfræði. Í öðru lagi voru tekin 10 víðtöl við lækna sem búa og starfa erlendis og hafa engin sérstök áform um að flytja aftur heim. Í þriðja lagi voru tekin víðtöl við 15 einstaklinga úr stjórnsýslu, þ. á m. frá velferðarráðuneyti, skrifstofu heilbrigðisþjónustu, Sjúkratryggingum Íslands, Landlæknisembættinu, Læknafélagi Íslands og Læknadeild Háskóla Íslands. Kapp var lagt á að velja viðmælendur sem endurspegluðu sem best læknastéttina í heild. Þannig var jöfn kynjaskipting og aldursbil 31–67 ára. Þar að auki var reynt að fá fulltrúa sem flestra sérgreina (skurðlækninga, krabbameinslækninga, barnalækninga, svæfingalækninga, heimilislækninga, öldrunarlækninga o.s.frv.) sem og fulltrúa ólíkra sviða heilbrigðiskerfisins (spítala, heilsugæslustöðva og stofa í einkarekstri).

Til þess að fá sem breiðasta mynd af hinu félagslega, pólitíska og efnahagslega umhverfi, sem hafði áhrif á ákvarðanatöku læknanna hvað búferlaflutninga varðar, voru einnig skoðuð annars stigs meginleg gögn. Þar á meðal voru læknaskrár og tölur um fólksflutninga og álagspunkta í heilbrigðiskerfinu. Að auki voru opinberar skýrslur og stefnuskjöl skoðuð og greind og greining var gerð á almennri orðræðu eins og hún kom fram í fjölmiðlum.

Tímasetning rannsóknarinnar er mikilvæg. Víðtöl voru að mestu leyti tekin veturinn 2016–2017. Þá var langvarandi og erfiðum verkfallsaðgerðum lækna nýlokið. Verkfallið var hið fyrsta sem íslenskir læknar hafa boðað til og lyktaði með a.m.k. 20% launahækkun. Þar með var búið að leysa helsta og augljósasta deiluefnið sem hefði eflaust orðið að aðalumræðuefni viðtalanna hefði ekki verið búið að ná sátt um það. Tímasetningin gerði það að verkum að félagslegir þættir, sem ef til vill hefðu týnst í umræðunni um laun, komu upp á yfirborðið og urðu meira áberandi en ella.

## Niðurstöður

### Atgervishringrás íslenskra lækna í sögulegu samhengi

Búferlaflutningar íslenskra lækna hafa fylgt mynstri sem best mætti lýsa sem atgervishringrás. Áratugum saman hafa íslenskir læknar sótt út fyrir landsteinana í sérnám og þá oft á bestu sjúkrahús heims; langstærstur hluti þeirra hefur þó snúið aftur heim. Hlutfall þeirra lækna, sem hefur farið utan í sérnám, er gríðarlega hátt. Þar af leiðandi hefur stór hluti íslenskra lækna á hverjum tíma starfað erlendis eða um þriðjungur. Það er mjög hátt hlutfall í alþjóðlegu samhengi. Til viðmiðunar hefur hlutfall breskra lækna, sem sótt hafa sérnám utan Bretlands, verið um 10%, í Svíþjóð 5,4%, í Danmörku 5%, í Finnlandi 4,9% og í Noregi 2,9% (Bhargava, Docquier og Moullan 2010).

Það má færa sterk rök fyrir því að atgervishringrás hafi gegnt lykilhlutverki í þróun heilbrigðiskerfisins á Íslandi og hafi gagnast því á fjóra mikilvæga vegu. Í fyrsta lagi hafa íslenskir læknar komið heim með breiða þekkingu frá mörgum fremstu menntasetrum heims. Augljóslega skiptir þar læknisfræðileg þekking sköpum þar sem læknar færa með sér nýjustu þekkingu í læknisfræði. Fyrir smáriki á borð við Ísland er nauðsynlegt að flytja inn þekkingu á læknisfræðilegum aðgerðum, sérstaklega hvað varðar erfiða sjúkdóma sem krefjast flókinna meðferða, og atgervishringrásin veitir stöðugum straumi slíkrar þekkingar inn í heilbrigðiskerfið. Í öðru lagi hafa læknar myndað sterk tengslanet við starfsfélaga erlendis sem nýtast þeim í starfi á ólíkan hátt. Heimfluttir læknar hafa til dæmis sótt í þessi tengslanet til að viðhalda læknisfræðilegri þekkingu. Margir hafa dvalist árlega á sínu gamla háskólasjúkrahúsi til þess að halda sér við og nota oft uppsafnað frí til þess. Þar að auki hafa tengslanetin nýst unglæknum sem eru sjálfir að þreifa fyrir sér með framhaldsnám og leita oft til eldri og reyndari lækna til að komast í tengsl við stofnanir erlendis. Meirihluti viðmælenda minna greindi frá því að eldri sérfræðingar hefðu leiðbeint þeim varðandi sérnám og komið þeim í samband við erlenda sérfræðinga sem þeir höfðu persónuleg tengsl við. Þannig hafa tengslanetin einnig þjónað þeim tilgangi að viðhalda sjálfbærri atgervishringrás á milli kynslóða. Í þriðja lagi hafa læknar komist í tæri við ólík heilbrigðiskerfi og rekstrarform og þannig kynnst innviðum erlendra spítala. Þessi tegund þekkingar er ekki síður mikilvæg en hin læknisfræðilega þar sem læknar eru oft í stjórnunarstöðum í heilbrigðiskerfinu og taka að sér stefnumótun innan þess. Í fjórða og síðasta lagi eru samningar gerðir við erlendar heilbrigðisstofnanir um brýnar læknismeðferðir þegar ekki er unnt að veita nauðsynlega aðstoð á Íslandi (Sjúkratryggingar Íslands 2018), sérstaklega þegar um er að ræða flóknar og sjaldgæfar meðferðir sem íslenskar heilbrigðisstofnanir ráða ekki við. Þessir samningar eru oft gerðir við stofnanir, þar sem tiltekinn læknir hefur starfað, og í gegnum einstaklinga sem læknirinn þekkir persónulega. Það eykur traust, hámarkar upplýsingaflæði, lágmarkar misskilning og tryggir að samfella meðferðar sé eins og best verður á kosið.

Í sögulegu samhengi hefur hið háa hlutfall lækna, sem hefur flust aftur til Íslands, gert það að verkum að mikill brottflutningur þeirra hefur aldrei leitt af sér fækkun starfandi lækna á Íslandi. Þvert á móti fjölgaði læknum stöðugt frá seinna stríði til ársins 2009. Áhyggjur af búferlaflutningum lækna eru þó ekki nýjar af nálinni og hafa reglulega brotist fram í orðræðunni, stundum á þeim forsendum að fjölgun lækna sé áhyggjuefni í sjálfu sér. Læknablaðið birti til að mynda grein árið 1980 undir heitinu Offjölgun í læknastétt á Íslandi?

þar sem Örn Bjarnason læknir svaraði áhyggjum þar að lútandi. Greinin hófst á eftirfarandi setningu: „Athugun sem var gerð 1961, leiddi í ljós, að þá var ekki skortur læknislærðra og engin hætta talin á slíku“ (Örn Bjarnason, 1980, bls. 324) en síðan reyndi Örn að svara þeirri spurningu hvort yfirvofandi offjölgun væri í læknastétt. Hann taldi svo ekki vera en velti því þó fyrir sér hvaða áhrif breyttar aðstæður á erlendum vinnumörkuðum gætu haft fyrir íslenskt heilbrigðiskerfi:

Hins vegar er ljóst, að s.l. 20 ár a.m.k. höfum við útskrifað læknakandídata langt umfram eigin þarfir. Þetta hefir ekki verið mönnum áhyggjuefni, þar sem fram að þessu hafa íslenskir læknar ekki átt í neinum erfiðleikum með að fá vinnu erlendis. Hins vegar eru nú ýmsar blikur á lofti í þessum efnunum:

Í Bandaríkjunum eru nú verulegar hömlur á, að erlendir læknar komist í sérnám og bandarísk stjórnvöld hafa undanfarin ár stuðlað að fjölgun lækna, sem fljótlega mun leiða til þess, að erlendir læknar komast ekki til starfa í Bandaríkjunum. Hið sama hefir orðið upp á teningnum í Bretlandi, að með nýlegri löggjöf, (Medical Act 1978), hefir útlendingum verið gert mun erfiðara að komast að.

Við eigum að vísu aðild að samnorrænum samningi um gagnkvæm réttindi lækna, en hvað stoðar slíkt, þegar Danmörk er þegar lokuð útlendum læknum vegna offramleiðslu heima fyrir og Noregur og Svíþjóð verða væntanlega sjálfum sér næg í þessum efnunum innan tíðar (Örn Bjarnason, 1980).

Rétt rúmunum áratug síðar tók annar læknir, Árni Björnsson (1992), stöðuna á ný í greininni Hvert stefnir íslensk læknisfræði? Enn var það offramboð lækna, ekki bara á Íslandi heldur á heimsvísu, sem var mesta áhyggjuefnið. Árni stillti þessu upp sem sérstöku vandamáli fyrir þá lækna sem snúa aftur heim eftir sérnám erlendis:

Ungir læknar, sem leita sér menntunar erlendis, reyna oftast að finna sérgrein, sem enginn stundar í landinu, eða sérgrein þar sem fáir sérfræðingar eru fyrir, án þess að skoða þörfina. Þeir sem svo koma sprenglærðir heim að loknu námi og vilja taka til hendinni komast þeir að raun um að verkefni eru svo takmörkuð, að litlar líkur eru til að þau nægi til að viðhalda harðsóttri þekkingu og afla fæðis, klæðis og húsnæðis fyrir sig og sína. Hingað til hefur flestum tekist að fá hlutastarf við einhverja lækningastofnun og svo hafa þeir opnað stofu. Hlutastörf á sjúkrahöfnunum eru illa launuð, og ekki gefur mikið í aðra hönd að laða að sér sjúklinga í harðnandi samkeppni, að minnsta kosti ekki í byrjun. Því verður freistandi að seilast yfir mörkin til skyldra fræðigreina og læðast í bita og bita úr annarra öskum, sem kannski eru ekki alltof fullir. Þetta er ekki sér íslenskt, það þekkist víða og sérlega þar sem offramboð er af læknum (Árni Björnsson, 1992).

Þessi skrif Arnar og Árna lýsa orðræðunni innan læknastéttarinnar og um hana á 20. öldinni og af skrifum þeirra má greina að áhrif búferlaflutninga lækna á heilbrigðiskerfið hafi lengi verið í deiglu. Aðaláhyggjuefnið þá var þó offramleiðsla lækna en brottflutningur þeirra var ekki álitinn vandamál nema að því leyti að ef til vill kæmu þeir aftur heim og þyrftu þá að finna sér eitthvað að gera. Þessi orðræða var sterk og eldri viðmælendur mínir nefndu margir að orðræðan hefði endurspeglad þann veruleika sem blasti við þeim á íslenskum vinnumarkaði. Einn læknir, sem flutti heim á fyrri hluta 10. áratugarins, lýsti því hvernig samskiptum hans við samstarfsmenn sína á Íslandi var háttáð meðan á dvöl hans í Svíþjóð stóð:

Ja, það var nú bara þannig að þegar ég var í Svíþjóð, og hálfnaður með mitt sérnám, þá voru eldri kollegar mínir herna heima að segja við mig: „Ekki koma heim, vertu bara áfram úti,

það verður engin staða fyrir þig í þinni sérgrein hér næstu áratugina!“ Og þetta var bara þannig þá, enginn hafði áhyggjur af þeim sem fóru út, bara þeim sem komu aftur heim, því þetta var svo mikið hark.

Þegar líða tók á 1. áratug þessarar aldar fór að bera á ókyrrð meðal lækna um inntak þessarar orðræðu. Í aðsendri grein í Morgunblaðinu (Af meintri offjölgun lækna (2006)) svaraði Magnús Karl Magnússon læknir ummælum, sem Pétur Blöndal alþingismaður lét falla í ræðustól, þar sem hann fullyrti að það þyrfti að „skera niður þær stéttir sem eru yfirmannaðar sem eru lækarnir“ (Pétur Blöndal, tilvitnun í Magnús Karl Magnússon, 2006). Magnús venti kvæði læknaástéttarinnar í kross og fullyrti að offjölgun lækna á Íslandi væri liðin tíð. Máli sínu til stuðnings benti hann á að mönnun Landspítala–Háskólasjúkrahúss (LSH) væri lág í alþjóðlegum samanburði:

Er of mikið af læknum hér á LSH? Nei – það er ekki of mikið af læknum á LSH. Í tveimur nýlegum skýrslum Ríkisendurskoðunar er gerður samanburður á rekstri LSH og sambærilegra sjúkrahúsa í Bretlandi. Þess ber að geta að hvergi í Evrópu eru færri lækna á höfðatölu en í Bretlandi. Í þessum skýrslum Ríkisendurskoðunar kemur skýrt fram að fjöldi lækna á LSH er svipaður og á sambærilegum sjúkrahúsum í Bretlandi. Umfjöllun um bága stöðu í breska heilbrigðiskerfinu hefur verið áberandi og þar hafa þingmenn síður en svo kallað eftir fækkun lækna á sjúkrahúsum. Hefur þingmaðurinn eitthvað fyrir sér í því að lækna á LSH séu að gera eitthvað allt annað en að sinna vinnunni sinni í vinnutímanum? Eða er slíkt bara ágiskanir eða rógburður? (Magnús Karl Magnússon, 2006).

Grein Magnúsar gaf smjörþefinn af þeirri þróun sem fylgdi. Ári eftir hrun, eða 2009, varð kúvending í orðræðunni um lækna fjölda á Íslandi. Sigurður Bøðvarsson, þá formaður Læknafélags Reykjavíkur, lýsti þessari gjörbreytingu á aðstæðum læknaástéttarinnar í viðtali við Læknablaðið sem tekið var í tilefni 100 ára afmælis félagsins 2009:

Læknar eru mjög hreyfanleg stétt og íslenskir lækna eru vel liðnir og eftirsóttir starfskraftar. Víða í kringum okkur er lækna skortur svo í sjálfu sér er ekki lengi gert að ráða sig í vinnu erlendis. Það sem heldur í flesta lækna er auðvitað löngunin til að vinna hér heima því ættjarðartaugin er römm. Læknar finna einnig sterkt til ábyrgðar sinnar við þær aðstæður sem nú eru uppi. Ég held að ég tali fyrir munn flestra lækna að þeir vilja helst af öllu vinna fyrir sitt fólk. Því má heldur ekki gleyma að heimurinn hefur minnkað og það er orðið gerlegt að vinna í öðru landi en heimalandinu án þess að rífa fjölskylduna upp. Það eru ýmis teikn á lofti um að lækna fari í meira mæli að líta til annarra landa eftir atvinnu en það sem vekur undrun mína er hversu litlar áhyggjur stjórnvöld virðast hafa af þessari þróun. Það er engu líkara en að þau treysti á að hin ramma taug muni halda, hversu nærri sem gengið er læknum. (Hávar Sigurjónsson 2009, bls. 693).

Sigurður benti hér á nokkrar mikilvægar breytur sem höfðu áhrif á þær breytingar sem urðu á atvinnumarkaði íslenskra lækna, jafnt innan lands sem utan. Þessar breytingar eru mikilvægur áhrifaþáttur í greiningu minni hér á eftir, þar sem ég skoða upplifun lækna á árunum í kringum hrun. Áður en svo verður gert er þó rétt að benda á að samkvæmt Sigurði voru launakjör helsti ásteytingarsteinn lækna og höfuðástæða þess að lækna veigruðu sér við að snúa aftur heim: „Í auknum mæli þurfa lækna því ekki að velta því fyrir sér hvort þeir vilji vinna á Íslandi, heldur hvort þeir hafi efni á að vinna á Íslandi“ (Hávar Sigurjónsson 2009, bls. 693).

Þó svo að stjórnvöld hafi verið sein að taka við sér, þá breyttist orðræðan tiltölulega hratt úr því að telja offramboð lækna helsta vandamálið yfir í það að lækna skortur væri yfirvofandi. Þessi orðræðubreyting var ekki úr lausu lofti gripin eins og reifað verður hér á eftir

en það er engu að síður athyglisvert að skoða hana nánar og þá sérstaklega því hlutverki sem hún gegndi í kjaradeilu lækna og ríkisins veturinn 2014–2015 þar sem markmið læknafélaganna voru sett fram sem samfélagslegt verkefni frekar en kjarabarátta tiltekinnar fagstéttar. Þannig voru færð rök fyrir því að ekki yrði brugðist við mannekluvandanum öðruvísi en með því að hækka laun lækna og skoraði Læknafélag Íslands „á stjórnvöld að gera íslenskt heilbrigðiskerfi að fýsilegum atvinnuvettvangi fyrir lækna á ný með því að leiðrétta kjör þeirra. Þannig má snúa við þróuninni og fá lækna til starfa á Íslandi“ (Læknafélag Íslands, 2014). Þáverandi heilbrigðisráðherra, Kristján Þór Júlíusson (2014), undirstrikaði alvarleika málsins þegar hann sagði:

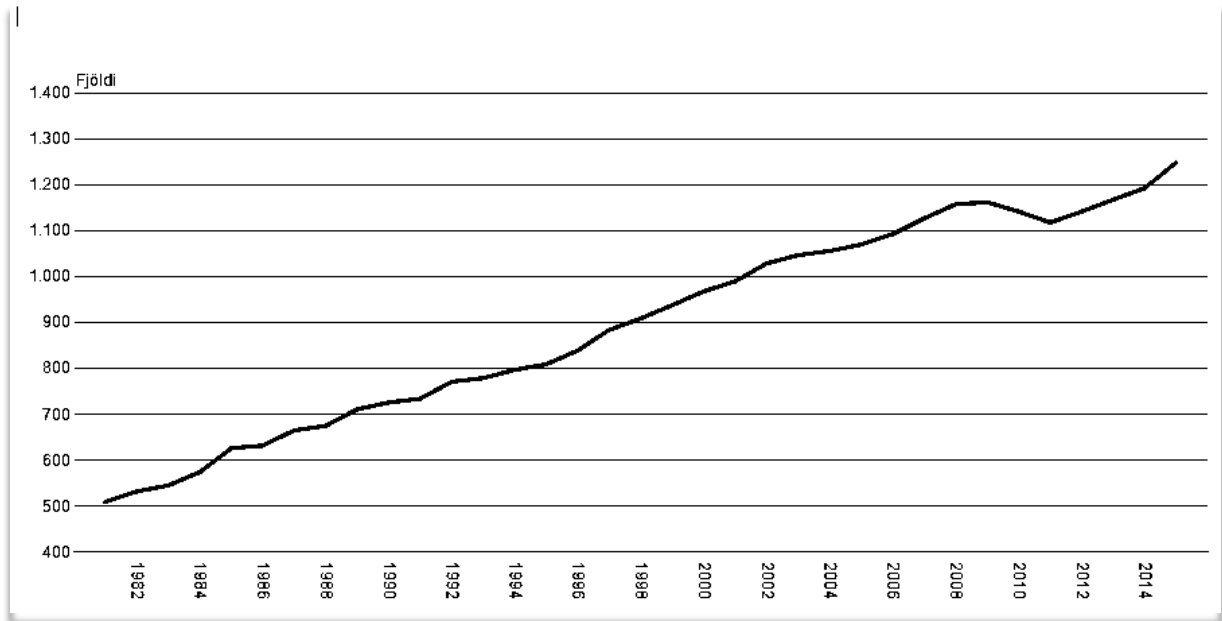
Ég hef ítrekað í opinberri umræðu áhyggjur mínar af þeirri stöðu, af þeirri ástæðu kannski sérstaklega, að við fáum þær ábendingar út úr þessari fagstétt að mestu áhyggjur hennar beinist að því að ekki verði nægilega mikil endurnýjun á þekkingu innan hennar. Það er alvarlegur hlutur og ástæðan er meðal annars sú að það unga fólk, sem helgar starfsævi sína þessu námi og þessu starfi, sækir námið erlendis og hefur búið við allt önnur kjör í uppveiti sínum hér innan lands og er allt annarrar hugsunar en þeir sérfræðingar sem eru nú á seinni hluta starfsævi sinnar í núverandi heilbrigðisþjónustu okkar ... Þetta er alvarlegt vegna þess að samkeppnin um þetta vinnuafl er mjög mikil og ekki sist frá okkar næstu nágrönnum...

Þarna var læknastéttin ásamt heilbrigðisfyrirvöldum farin að taka þátt í hinni nýju orðræðu, að brottflutningur lækna væri sérstakt áhyggjuefni sem þyrfti að bregðast við. Lausnin á vandamálinu var talin liggja í því að „gera íslenskt heilbrigðiskerfi að fýsilegum atvinnuvettvangi fyrir lækna á ný með því að leiðrétta kjör þeirra“ (Læknafélag Íslands, 2014). Ég færi aftur á móti rök fyrir því að þótt laun hafi vissulega haft neikvæð áhrif á aðstæður hafi þættir sem snúa að faglegum metnaði og vinnuaðstæðum – m.ö.o. heilbrigðiskerfið sjálft – skipt meira máli.

## Hrunið og afleiðingar þess

Þrátt fyrir hina sífelldu og miklu útrás lækna þá hefur fjölgun þeirra á Íslandi haldist tiltölulega stöðug um áratuga skeið, hvort sem litið er til heildarfjölda lækna eða fjölda íbúa á hvern lækni, og íslensku heilbrigðiskerfi hefur gengið vel að nýta þessa atgervishringrás í þágu heilbrigðisþjónustunnar. En þessari stefnumörkun fylgir þó ákveðin áhætta. Búferlaflutningar tiltölulega fárra aðila geta haft mikil áhrif á mönnun innan heilbrigðiskerfisins sem gerir Ísland berskjaldað gagnvart mannaflabreytingum. Þetta kom bersýnilega í ljós í kjölfar hrunsins þegar læknum á Íslandi tók að fækka í fyrsta sinn frá seinni heimsstyrjöldinni. Mynd 1 sýnir hvernig heildarfjöldi starfandi lækna á Íslandi jókst stöðugt frá 1981 til 2009 þegar línuritið tekur skyndilega snarpa beygju niður á við. Á árunum 2009–2014 fluttu 330 lækna frá Íslandi en aðeins 140 lækna sneru heim á sama tíma (Þorbjörn Jónsson, 2014) sem leiddi af sér heitar umræður í samfélaginu um „brottflytning lækna“. Þó svo að fleiri lækna flyttust burt en venjan var þá var það ekki síður mikilvægt hversu fáir fluttu heim. Nákvæmara væri því að tala um fækkun en brottflutning.

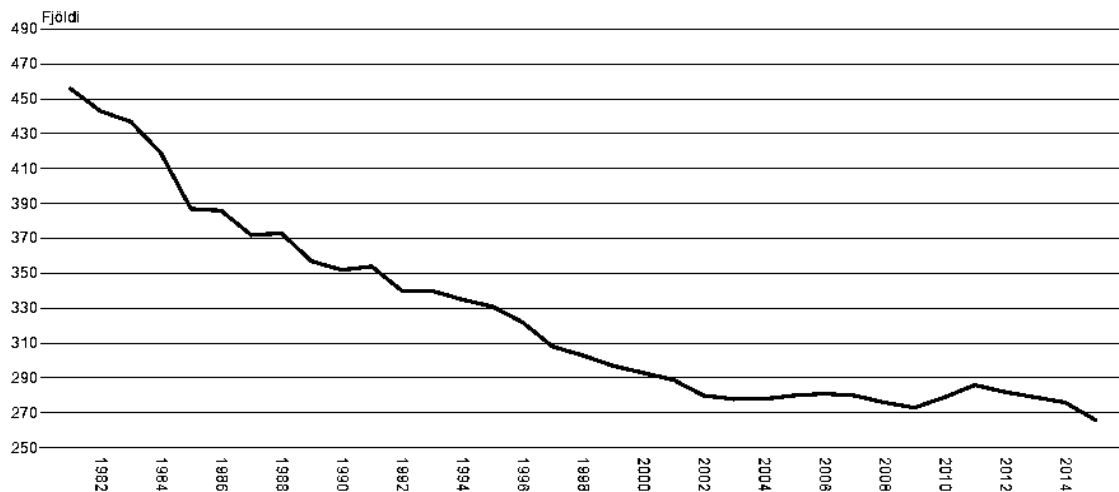




**Mynd 1.** Heildarfjöldi starfandi lækna á Íslandi, 1981–2015 (Hagstofa Íslands, 2017).

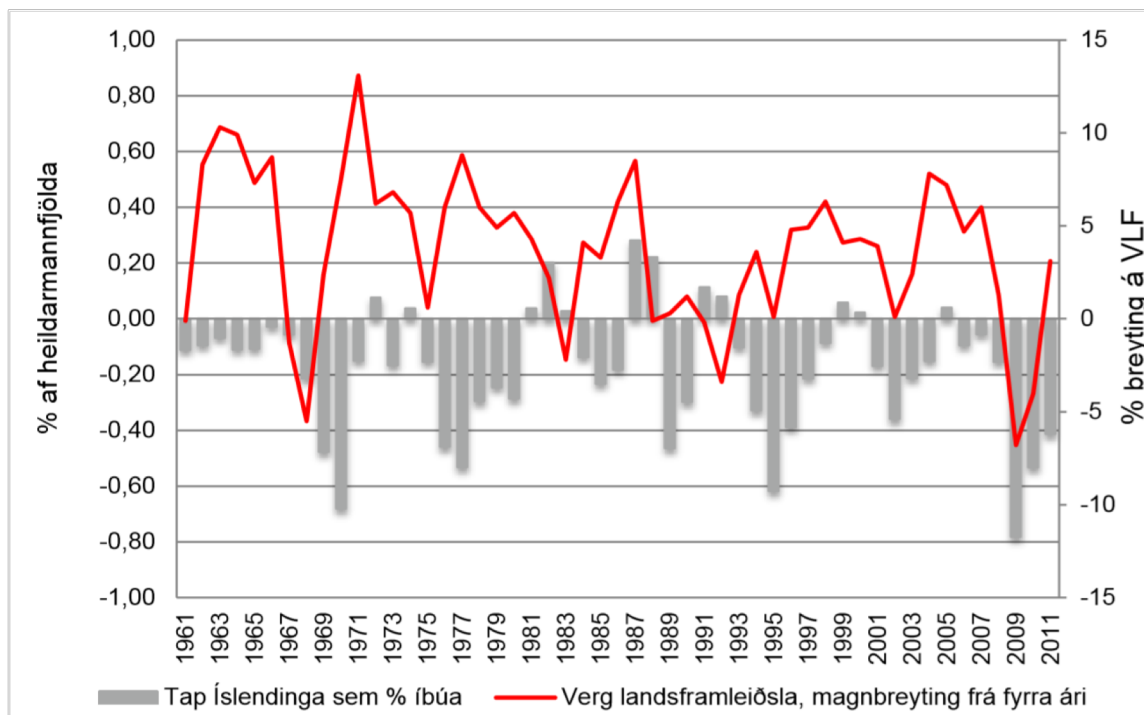
Fækkun lækna á þessum árum sýndi hversu berskjaldað íslenskt heilbrigðiskerfi er gagnvart mannaflabreytingum og að atgervishringrásin getur reynst tvíeggjað sverð. Það þurfa ekki margir læknar að taka þá ákvörðun að flytja af landi brott eða að hætta við að flytja heim til þess að heilbrigðiskerfið lendi í alvarlegum rekstrarvanda. Þrátt fyrir að læknum hafi fjölgað aftur undanfarin ár tók það þónokkur ár að fjöldi lækna yrði svipaður og fyrir hrún. Þessi fækkun starfandi lækna leiddi af sér upplausnarástand á LSH sem gekk inn í hrúnið höllum fæti. En orðræðan um „brottflytning lækna“ sneri ekki eingöngu að vandamálum tengdum rekstri heilbrigðiskerfisins heldur endurspegladi hún einnig breiðari félagslegan, pólitískan og efnahagslegan óróa og kvíða sem einkenndi þjóðarsálina í kjölfar hrunsins (Landlæknisembættið, 2010; Sigurbjörn Sveinsson, 2014). Að ákveðnu leyti varð „brottflytningur lækna“ að tákmynd þeirra áskorana sem Íslendingar stóðu frammi fyrir þar sem árangurinn við að breyta atgervisflóttanum aftur í atgervishringrás varð að eins konar mælistiku fyrir hversu vel gengi að koma þjóðarskútunni aftur á réttan kjöl.

Mikilvægt atriði, sem lítið fór fyrir í orðræðunni á þessum tíma, er fordæmaleysi fækkunar starfandi lækna en var um leið ef til vill það sem hefði átt að valda hvað mestum áhyggjum. Hrúnið var ekki fyrsta kreppan á Íslandi en fyrri kreppur leiddu ekki til fækkunar lækna. Stefán Ólafsson, Arnaldur Sölvi Kristjánsson og Kolbeinn Stefánsson (2012, bls. 82) hafa sýnt fram á að „þrátt fyrir að flutningsjöfnuður hafi versnað í kjölfar bankahrunsins þá er ekki augljóst að tapið á fólki sé meira en á öðrum tímabilum, eins og t.d. 1975–1980 og 1993–1997, sér í lagi þegar við höfum hliðsjón af umfangi efnahagsfallsins sem orsakaði það“. Það er því mikilvægt að leita frekari skýringa á því af hverju fordæmalaus fækkun lækna átti sér stað í kjölfar hrunsins, sérstaklega í ljósi þess að í heild var flutningsjöfnuður íslenskra ríkisborgara mjög svipaður í kjölfar hrunsins og hann hefur verið í fyrri kreppum.



**Mynd 2.** Fjöldi íbúa á hvern lækni, 1981–2015 (Hagstofa Íslands, 2017).

Ef skoðuð er þróun á fjölda íbúa á hvern lækni (sjá mynd 2), þá sést að sú tala hefur áður hækkað en alltaf á tímum mikillar fólksfjölgunar þegar flutningsjöfnuður hefur verið í miklum plús (sjá mynd 3). Tímabilið 2009–2014 var í fyrsta skipti sem hækkan á fjölda íbúa á hvern lækni gerist þegar flutningsjöfnuður er neikvæður. Þar af leiðandi var efnahagsástandið eitt og sér ekki fullnægjandi skýring á fækkun lækna. Fækkunin var líka tákn um nýja og breytta tíma og í því samhengi vil ég benda á tvær breytur sem ég tel að hafi haft mikil áhrif og koma til með að hafa mikil áhrif um ókomna tíð: vaxandi læknskortur á hnattræna vísu annars vegar og aukinn og aðgengilegri hreyfanleiki hins vegar.



**Mynd 3.** Hlutfallslegar breytingar á íbúafjölda (íslenskir ríkisborgarar) og vergri landsframleiðslu frá ári til árs, 1961–2011 (Stefán Ólafsson, Arnaldur Sölvi Kristjánsson og Kolbeinn Stefánsson 2012, bls. 81).

## Læknar í hnattrænu ljósi

Árið 2006 áætlaði Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (World Health Organisation, WHO) að læknaskortur á hnattræna vísu næmi um 2,6 milljónum lækna (WHO, 2006) og var þá einungis grunnheilbrigðisþjónusta tekin með í reikninginn. Þessi tala er há þegar tekið er tillit til þess að heildarfjöldi starfandi lækna í dag er um 10 milljónir. Áratug síðar komst Liu o.fl. (2017) að svipaðri niðurstöðu og áætluðu að hlutfallslegur læknaskortur muni breytast lítið til ársins 2030. Aftur á móti hafa átt sér stað miklar lýðfræðilegar og efnahagslegar breytingar, sérstaklega í hinum svokölluðu nýju mörkuðum (e. emerging economies), löndum á borð við Brasilíu, Rússland, Indland og Kína:

Þegar saman fer vaxandi fjöldi íbúa, breytt mataræði og breytt aldurssamsetning þjóðanna þurfa yfirvöld að huga æ betur að skilvirkni fjárveitinga til heilbrigðismála. Kröfur munu líklegast aukast verulega á næsta tug aldarinnar einkum vegna aukins fjölda aldraðra. Líklegt er að fjárveitingar til heilbrigðismála aukist um 20–40% á fyrstu áratugum þessarar aldar (Langenbrunner og Tandon 2012, bls. 154–155).

Eftir því sem hagkerfi áðurnefndra ríkja stækka, íbúar þeirra eldast og kröfur um heilbrigðisþjónustu aukast verður samkeppnin um lækna meiri og verða þeir gríðarlega eftirsótt vinnuafli. Þrátt fyrir að íslenskir læknar hafi ekki enn leitað á þessi mið þá er íslenskt heilbrigðiskerfi engu að síður hluti af sama þverþjóðlega rými þar sem hreyfingar á einum enda keðjunnar geta haft mikil áhrif á hinn endann. Aukin eftirspurn hefur þannig keðjuverkandi áhrif sem teygir anga sína inn á íslenska atvinnumarkaðinn. Í þessu samhengi er mikilvægt að hafa í huga að, samhliða því að vera eftirsóttir, þá eru læknar hreyfanlegt vinnuafli. Það er nokkurn veginn algild regla að hlutfall lækna, sem flytur frá sínu upprunalandi, er töluvert herra en meðaltal brottfluttra af þjóðinni í heild (sjá Buchan o.fl., 2014). Á Íslandi má til að mynda bera saman þau rúmlega 30% lækna, sem búa erlendis, við þau 10% allra Íslendinga sem búa erlendis.

Þessi mikli hreyfanleiki lækna er mikilvægur og hefur margvísleg áhrif á íslenskt heilbrigðiskerfi. Íslenskir læknar starfa einna helst á Norðurlöndunum, og þá sérstaklega í Svíþjóð, í Bandaríkjunum, Bretlandi og öðrum Evrópuríkjum. Allt eru þetta lönd sem reiða sig að stórum hluta á erlenda lækna. Um fjórðungur starfandi lækna í Svíþjóð og í Bandaríkjunum hefur á undanförunum árum verið af erlendum uppruna (Aluttis o.fl., 2014; Boström and Öhlander 2012; Mullan 2005). Í Bretlandi hefur hlutfallið verið enn herra eða þriðjungur (Mullan 2005), og eru flestir þeirra frá Indlandi. Þar að auki hefur það verið yfirlýst stefna stjórnvalda í öllum þessum ríkjum að fjölga starfandi læknum og unnið hefur verið að því að sérsníða stefnur á ýmsum sviðum stjórnsýslunnar – til dæmis með því að liðka fyrir innflytjendalöggjöf, bæta vinnuumhverfi eða bjóða rausnarlega vinnusamninga – til þess að gera atvinnumarkaðinn eins aðlaðandi fyrir lækna og auðið er. Bretland er gott dæmi um það, þar sem útganga Breta úr Evrópusambandinu hefur leitt af sér mikinn landflótta evrópskra lækna. Bresk stjórnvöld hafa brugðist við með gríðarlegri markaðsherferð til þess að lokka til sín erlenda lækna og hafa greitt ráðningarfyrtækjum 14 milljarða króna til þess að sjá um markaðsherferðina (Campbell, 2017). Þetta er sá hnattræni veruleiki sem íslenskt heilbrigðiskerfi stendur frammi fyrir í samtímanum: gríðarleg samkeppni um takmarkað og verðmætt vinnuafli þar sem eftirspurnin er miklu meiri en framboðið.

## Hreyfanleiki íslenskra lækna

Við fyrstu sýn má ætla að þeir þættir, sem ýta og toga íslenska lækna til og frá Íslandi, séu einfaldir og auðskiljanlegir. Starfsþróun er veigamesti þátturinn sem ýtir læknum frá Íslandi á meðan fjölskylda og sjálfsmynd vegur þyngst hvað varðar togþætti. Nánari athugun leiðir þó í ljós að sambandið milli þessara þátta er dýnamískt og fljótandi og að þungamiðja þessa sambands er aukin geta læknanna til þess að vera hreyfanlegir. Eins og ég minntist á hér á undan þá stunda íslenskir lækmar oft sérnám við virtustu háskólasjúkrahús heims og eru að öllu jöfnu vel metnir og eftirsóttir starfskraftar. Faglega er því lítil fyrirstaða fyrir þá að flytja sig um set. Einn viðmælandi minn, sem flutti aftur til Bandaríkjanna rétt eftir hrun, komst svo að orði: „Það er nú kosturinn við að vera læknir að maður getur unnið svo víða. Maður er ekki bundinn við einn stað og eitt tungumál. Maður er gjaldgengur víða í heiminum. Þannig að það var í raun mjög auðvelt, þegar sú staða kom upp, að flytja aftur út.“ Hið þverþjóðlega rými er læknum opið og auðvelt er fyrir þá að sigla sína leið. Þrátt fyrir að stjórnsýslulegir þættir – svo sem landvistarleyfi og aðrar kvaðir tengdar innflytjendalöggjöf eða viðurkenning á læknánami – hafi reynst sumum vinnu- og tímafrekir þá reyndust þeir engum viðmælenda fjötur um fót. Valkreppur og togstreita voru því af persónulegum og tilfinningalegum toga frekar en stjórnsýslulegum og sneru fyrst og fremst að spennu á milli heimþrár annars vegar og faglegs metnaðar hins vegar. Í þessum kafla mun ég fyrst skoða ástæðurnar, sem gefnar voru fyrir brottflutningi og heimkomu eða viljaleysi til að snúa aftur til Íslands, og síðan greina sambandið þar á milli.

Ástæðurnar sem gefnar voru bæði fyrir upphaflegum brottflutningi og heimkomu voru í sjálfu sér nokkuð einfaldar og skýrar. Hvað upphaflegan brottflutning varðar réðu fyrst og fremst faglegar ástæður för: Eingöngu hefur verið hægt að klára sérnám á Íslandi í heimilislækningum og geðlækningum og því nauðsynlegt fyrir þá sem vilja sérhæfa sig á öðrum sviðum læknisfræðinnar að leita út fyrir landsteinana. Eins voru ástæður heimflutnings afdráttarlausar: Læknarnir söknuðu fjölskyldu sinnar og vana, þeim var umhugað um aldraða foreldra sína og vildu að börnin sín myndu alast upp sem Íslendingar frekar en að samsama sig móttökulandinu. Í stuttu máli voru það því faglegar ástæður, sem ýttu læknunum til útlanda, en heimþrá sem togaði aftur í þá heim.

Þó svo að ástæðurnar fyrir brottflutningi og heimkomu hafi verið einfaldar og skýrar er ekki þar með sagt að ákvarðanirnar hafi verið auðveldar eða teknar í hálfkæringi. Þvert á móti lýstu viðmælendur mikilli innri togstreitu þar sem fjölmargar forsendur stönguðust á. Einn læknir, sem var að hugleiða að flytja heim frá Svíþjóð þegar viðtalið átti sér stað, lýsti þessari togstreitu vel. Hún og maðurinn hennar, sem er líka læknir, voru alvarlega að íhuga heimflutning þar sem elsta barn þeirra var komið á táningsaldur „og þá verður maður í raun að ákveða hvar maður vill vera; áfram hér eða heima?“ En þó svo að togkrafturinn heim væri sterkur, þá tókst hann á við faglegar málamiðlanir:

Þetta er alls ekkert auðveld ákvörðun, og við erum ekkert komin að niðurstöðu [hlær]. Við vitum svo sem ekkert hvað við myndum fara að gera á Íslandi, þannig lagað séð. Það er tæpt að við myndum fá stöðu á spítalanum, þannig að það eina í stöðunni er í rauninni að skoða stofurekstur. Og fyrir manninn minn er það bara fínt, það hentar honum, en fyrir mig, mér finnst það ekki spennandi. Ég er búin að vera á kafi í rannsóknum, og ég myndi bara ekki geta nýtt mína þekkingu á stofu. Þannig að við erum búin að ræða þetta alveg fram og til baka en verðum eiginlega að fara að ákveða okkur!

Hér takast á faglegur metnaður annars vegar og heimprá hins vegar. Þessi togstreita var algeng hjá viðmælendum og í raun rauði þráðurinn í gegnum viðtölin. Jafnvel þegar ákvörðun hafði verið tekin og búferlaflutningar yfirstaðnir þá hélt þessi togstreita áfram að skipta máli. Aðspurðir að því hvort til greina kæmi að flytja aftur utan þá sögðust flestir halda þeim möguleika opnum. Þeir lækna, sem höfðu annaðhvort tekið ákvörðun um að flytja ekki aftur heim eða þá að flytja aftur utan, gerðu það á faglegum forsendum. Aðspurður að því af hverju hann ákvað að flytja aftur til Bandaríkjanna svaraði einn viðmælandi þessu:

Mér fannst ég aldrei vera að vinna nógu vel. Mér fannst ég ekki hafa aðstæður til þess að skila góðri vinnu. Ekki það að ég þekkti ekki og kynni ekki það sem ég er að gera, heldur vegna þess að kerfið í kringum mig var þannig að það var ekki hægt að skila góðri vinnu. Og, ég meina, hrúðið hafði ekkert með þetta að gera; peningalega, mjög svipað og það er hér. Þannig að þetta voru faglegar ástæður, ekki fjárhagslegar.

Viðmælendur voru spurðir að því hvað stæði helst í vegi fyrir því að faglegar kröfur þeirra væru uppfylltar. Í ljós kom að meginvandamálið var fyrst og fremst bundið við vinnuumhverfið og þá sérstaklega heilbrigðiskerfið sjálft. Viðmælendur kvörtuðu yfir því að ekki væri nógu mikið samræmi milli mismunandi stofnana innan kerfisins. Þá fannst þeim verkaskiptingin ekki nógu skýr milli hins opinbera og sjálfstæðs reksturs sem ylli því að það vantaði þá samfellu sem vinna þeirra krefst. Til dæmis má nefna að krabbameinslækna, hjartaskurðlækna og fyrirburafræðingar þurfa að geta sinnt starfi sínu af heilum hug. Viðmælendur í þessum (og fleiri) sérgreinum útskýrðu hvernig og hvers vegna ósamstillt heilbrigðiskerfi hefði áhrif á vinnu þeirra. Í þessu samhengi þarf að hafa í huga að opinber þjónusta og einkarekstur hefur lotið og lýtur enn ólíkra fjármögnun þar sem opinber rekstur fær greitt úr föstum fjárlögum en einkastofur fá greitt fyrir hvert viðvik (Birgir Jakobsson, 2017). Þar með eru ólík launakerfi fyrir vinnu lækna; á LSH vinna lækna samkvæmt fastlaunakerfi en á stofum fá þeir greitt eftir verkum. Laun á stofum eru því að jafnaði töluvert hærri en í opinbera geiranum (Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, 2015). Ein afleiðing þess, eins og alþjóðlega ráðgjafafyrirtækið McKinsey & Company hefur bent á, er að „hvatar í launakerfum sérfræðilækna, þar sem miklu munar á tekjumöguleikum milli þess opinbera og einkageirans, leiða til þess að fjöldi sérfræðilækna á Landspítalanum er þar í hlutastarfi“ (McKinsey 2016: 28). Vandamálið felst í því að í mörgum sérgreinum – sérstaklega þeim sem vinna með flókna sjúkdóma sem krefjast mikillar samhæfingar ólíkra heilbrigðisstétta og stofnana – er stofuvinna ekki raunhæfur kostur. Margir viðmælendur mínir útskýrðu að fyrir færa lækna, sem hafa náð góðum árangri í sinni sérgrein og hafa mikinn faglegan metnað, þá er þetta fyrirkomulag ekki ásættanlegt. Einn skurðlæknir sem hefur náð góðum árangri í sínu fagi orðaði það svona:

Þetta er ekkert hægt í mínu fagi. Ég er [undirgrein] skurðlæknir, þá er maður ekkert með stofu. Mitt fag er bara spítalavinna. Þannig að kerfið á Íslandi er svolítið skrítið með það að gera, að fólk er kannski með stofu einu sinni í viku, og það er kannski með jafn mikil laun þar og það er með á spítalanum. Af því að svo eru önnur fög, eins og mitt, þar sem þú getur ekkert gert það. En hér er þetta ekki svona, hér er þetta ekki svona byggt upp.

Annar viðmælandi sagði þetta höfuðástæðuna fyrir flutningi hans aftur til Svíþjóðar:

Já, mér fannst margir vera í svipaðri stöðu og ég. Setja upp stofu, vera ekki í almennilegri stöðu, í einhverju harki þangað til að eitthvað opnast, sko. Og svona var þetta hjá mér. Ég var með stofu, 50% á stofu, svo var ég á bráðamóttökunni, svo var ég á þýrlunni. Ég var eins

og útskýtt hundskinn að reyna að vinna. Og ég meina, ég var í ágætri stöðu í Svíþjóð, ég var búinn að koma mér þar vel fyrir og þau voru bara glöð að fá mig aftur.

Mikilvægt er að taka fram að viðmælendurnir mæltu ekki með einu eða öðru rekstrarformi heilbrigðiskerfisins. Þeir töluðu ekki fyrir eða gegn einkarekstri eða aðkomu hins opinbera, heldur bentu þeir einungis á að skipting milli starfa á Landspítalanum annars vegar og læknastofa hins vegar getur haft áhrif á hvort læknar erlendis sjái sér faglega framtíð innan íslenska heilbrigðiskerfisins. Mikill kjara- og aðstöðumunur er á milli lækna, sem vinna eingöngu á spítala eða heilsugæslu, og þeirra sem reka einkastofur. Þetta hefur leitt af sér þá stöðu að krefjandi og faglega fullnægjandi störf eru í sumum tilfellum töluvert verr launuð en auðveldari og eintóna vinna. Af þeim sökum er lítil hvati fyrir færa og metnaðarfulla lækna að koma heim. Enn fremur bentu nokkrir viðmælendur á að fyrir marga lækna – og þá sérstaklega lækna sem stunda krefjandi, flókna og erfiða vinnu – er mikilvægt að heilbrigðisþjónusta starfi sem ein heild. Til dæmis voru nefndar krabbameinslækningar, þar sem fjölmargir sérhæfðir fagaðilar koma að meðferð, ekki einungis mismunandi tegundir lækna, heldur einnig hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar og sjúkráþjálfarar. Að sama skapi þurfa ólíkar deildir – svo sem krabbameinslækningadeild, skurðlækningadeild, blóðlækningadeild, geisladeild, barnadeild og hinar ýmsu dag- og göngudeildir – oft að vera vel samræmdar sem getur reynst erfitt þegar stofnanir tilheyra ólíkum kerfum sem lúta mismunandi fjármögnun.

Aðalinntak þessa kafla er að sýna fram á að launakjör ein og sér geta ekki útskýrt með fullnægjandi hætti hvers vegna íslenskir læknar sáu sér hag í því að flytja aftur utan eða hætta við heimkomu. Viðmælendur mínir voru einhuga um að faglegar málamiðlanir væru, eða hefðu verið, helsta áhyggjuefni þeirra varðandi heimflutning. Undir þessum kringumstæðum verður hreyfanleiki í sjálfu sér aðferð til þess að takast á við óviðunandi vinnuaðstæður: Þegar faglegar málamiðlanir eru orðnar óásættanlega miklar er lítið því til fyrirstöðu að flytja sig um set.

## Umræður

Íslenska heilbrigðiskerfið hefur í gegnum tíðina reitt sig að miklu leyti á atgervishringrás lækna og lengi vel var á vísan að róa með að hægt væri að manna stöður innan heilbrigðisgeirans. Sú röskun á hringflæðinu, sem átti sér stað á árunum 2009–2014, sýndi hversu áhættusöm og óstöðug þessi stjórnlist getur reynst smáríki. Tiltölulega fáir læknar brugðu þá út af hinu viðtekna mynstri sem læknisfræðitengdir fólksflutningar til og frá Íslandi höfðu áður fylgt og það leiddi af sér krísu í heilbrigðismálum. Viðteknar skýringar á fækkun lækna á þessum árum tengjast fyrst og fremst hruninu sjálfu og lélegum launakjörum í samanburði við nágrannalönd. Í þessari grein hef ég fært rök fyrir því að skoða verði fækkunina út frá tveimur öðrum sjónarhornum til þess að fá heildræna mynd af ástæðunum þar að baki. Í fyrsta lagi voru hnattrænir þættir – gríðarleg aukning á eftirspurn eftir læknum á vísu og framfarir á sviði samskipta og hreyfanleika – ekki síður veigamiklir þættir en hrunið. Í öðru lagi skiptu faglegar kröfur lækna jafn miklu máli – og jafnvel meira, samkvæmt mörgum viðmælenda minna – en launakjör. Hættan er sú að niðursveiflan í lækna fjölda 2009–2014 endurtaki sig í efnahagslegum niðursveiflum í framtíðinni og að hin tiltölulega stöðuga og sífellda fjölgun starfandi lækna, sem íslenskt heilbrigðiskerfi hefur fram að þessu notið góðs af, verði sveiflukennd.

Þverþjóðlegar kenningar geta hjálpað til að fá heildstæðari mynd af þeim ástæðum sem ýta undir búferlaflutninga lækna. Þessar kenningar leggja áherslu á að hvatir og ástæður fyrir búferlaflutningum séu að öllu jöfnu flóknar og mótsagnakenndar. Ólíkar hvatir geta stangast á og ýmist togað í eða ýtt farendum í andstæðar áttir. Þannig þurfa lækna að veða og meta vægi margra ólíkra þátta í ákvarðanatöku um hvar þeir vilji búa og starfa. Samkeppnishæf launakjör veða þar vissulega þungt en eins og ég hef sýnt fram á í þessari grein eru þau eingöngu einn áhrifaþáttur af mörgum. Sumir af þessum áhrifaþáttum snúa að persónulegum kringumstæðum einstaklinga sem stjórnvöld hafa lítil áhrif á. Aðrir þættir falla aftur á móti kyrfilega undir áhrifa- og valdsvið ríkisins. Það er einmitt ríkisvaldið sem getur stuðlað að heildstæðu heilbrigðiskerfi. Faist og Fauser (2011) benda á að taka þurfi tillit til hlutverks stofnana á borð við heilbrigðiskerfi og stjórnvöld þegar lífsbrautir farenta eru greindar út frá þverþjóðlegum kenningum. Frásagnir viðmælenda minna staðfesta skoðun Faists og Fausers. Ríkið hefur mikil áhrif á það þverþjóðlega rými sem lækna lifa og starfa í.

Þrátt fyrir reynslu eftirhrunsáranna hafa íslensk stjórnvöld ekki unnið að skýrri stefnumótun hvað varðar læknisfræðitengda fólksflutninga, eða skoðað sérstaklega hvernig skapa megi atvinnumarkað sem er til þess fallinn að hvetja til heimkomu lækna. Þetta hugarfar stjórnvalda er í ósamræmi við helstu samkeppnislönd Íslendinga um vinnuafli lækna þar sem opinberar stefnur, sem eru hannaðar til að laða að sér og halda í lækna, eru í stöðugri þróun. Fram að þessu hafa stjórnvöld reitt sig á óljósar hugmyndir um þjóðerniskennd og heimþrá lækna. Fækkun lækna í kjölfar hrunsins sýnir að þetta er gáleysisleg stefna og að það er brýnt verkefni að búa til starfsumhverfi þar sem heilbrigðisstarfsfólki finnst að starfskraftar þeirra, þekking og hæfileikar séu vel nýttir. Hluti af því er að skapa heildstætt kerfi þar sem einingar þess vinna saman sem ein heild. Í minnkandi heimi er það áhættusöm stefna að reiða sig eingöngu á heimþrá lækna til að fá þá aftur heim. Ísland hefur þann félagsauð sem þarf til að standa af sér samkeppnina um lækna. Það væri undarlegt að kasta því forskoti á glæ sökum aðgerðarleysis.

## Þakkir

Þessi grein er hluti af sérhefti Íslenska Þjóðfélagsins um vinnutengda flutninga og íslenskan vinnumarkað. Heftið er unnið í tengslum við öndvegisverkefnið Hreyfanleiki og þverþjóðlegt Ísland (Mobilities and Transnational Iceland) sem var styrkt af Rannís 2016-2018 og eru höfundar allir þátttakendur í því.

## Heimildaskrá

- Aluttis, C., Bishaw, T. og Frank, M. (2014). The workforce for health in a globalized context: Global shortages and international migration. *Global Health Action* 7(10), 1–7.
- Árni Björnsson. (1992). Hvert stefnir íslensk læknisfræði? *Læknablaðið* 78(6), 233–236.
- Astor, A., Akhtar, T., Matallana, M., Muthuswamy, V., Olowu, F., Tallo, V. og Lie, R. (2005). Physician migration: Views from professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. *Social Science and Medicine* 61(12), 2492–2500.
- Bhargava, A., Docquier, F. og Moullan, Y. (2010). Modeling the effects of physician emigration on human development. *Econ Hum Biol.* 9(2), 172–83

- Birgir Jakobsson. (2017). Forgangsverkefni í heilbrigðisþjónustu. Erindi flutt á ráðstefnunni Þjóðarspeglinum, 3. nóvember 2017.
- Boström, K. W. og Öhlander, M. (2012). *A troubled elite? Stories about migration and establishing professionalism as a Polish doctor in Sweden*. COMCAD Arbeitspapiere - Working Papers, no. 110. Bielefeld, Þýskalandi: Center on Migration, Citizenship and Development (COMCAD) and Universität Bielefeld
- Campbell, D. (2017, 31. ágúst). NHS to spend £100m bringing in up to 3,000 GPs from abroad. *The Guardian*. Sótt af <https://www.theguardian.com/society/2017/aug/31/nhs-spend-100m-bringing-in-3000-gps-abroad-england>
- Castles, S. og Delgado Wise, R. (2007). Introduction. Í S. Castles og Raúl Delgado Wise (ritstjórar), *Migration and development: Perspectives from the south*. Genf: IOM.
- De Haas, H. (2008). *Migration and development: A theoretical perspective*. International Migration Institute Working Papers, Paper 9. Oxford: IMI.
- Faist, T. og Fauser, M. (2011). The migration-development-nexus: Toward a transnational perspective. Í T. Faist, M. Fauser og P. Kivisto (ritstjórar), *The migration-development nexus: A transnational perspective on changing paradigms and organizations*. Houndmills, Englandi: Palgrave Macmillan.
- Hagopian, A., o.fl. (2005). The Flight of physicians from West Africa: Views of African physicians and implications for policy. *Social Science and Medicine*, 61(8), 1750–1760.
- Hávar Sigurjónsson. (2009). Íslenskir lækna eru eftirsóttir. *Læknablaðið* 95(10), 692–693.
- Hólmfríður Gísladóttir. (2015, 7. janúar). Felur í sér algjöra uppstokkun. *Mbl.is*, 7. Sótt 18 mars af [https://www.mbl.is/frettir/innlent/2015/01/07/felur\\_i\\_ser\\_algjora\\_oppstokkun/](https://www.mbl.is/frettir/innlent/2015/01/07/felur_i_ser_algjora_oppstokkun/)
- Kangasniemi, M., Winters, L. A. og Commander, S. (2004). *Is the medical brain drain beneficial? Evidence from overseas doctors in the UK*. London: The Centre for Economic Performance Publications Unit.
- Kristján Þór Júlíusson. (2014). Verkfall lækna. [Ræða á 144. löggjafarþingi, 29. fundi, 6. nóv. 2014]. Sótt af <https://www.althingi.is/altext/raeda/144/rad20141106T111005.html>
- Langenbrunner, J. C. og Tandon, A. (2012). Health financing systems in East Asia and the Pacific: Early successes and current challenges. Í B. Clements, D. Coady og S. Gupta (ritstjórar), *The economics of public health care reform in advanced and emerging economies*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Levitt, P. og Glick Schiller, N. (2004). Conceptualizing simultaneity: A transnational social field perspective on society. *International Migration Review* 38(3), 1002–1039.
- Liu, J. X., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner T. og Scheffler, R. (2017). Global health workforce labor market projections for 2030. *Human Resources for Health* 15(11), <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0187-2>.
- Landlækniseimbættið. (2010). Skortur á heimilislæknum. *Talnabrunnur: Fréttabréf landlæknis um heilbrigðistölfraði* 4(11–12), 1–2.
- Læknafélag Íslands. (2009). *Vinnuafli lækna*. Reykjavík: Læknafélag Íslands.
- Læknafélag Íslands. (2014, 6. október). *Ályktun frá aðalfundi Læknafélags Íslands: Ályktun um heilbrigðismál og læknaskort*. Sótt 8. nóvember mars af <https://www.althingi.is/altext/144/lestrarsalur/pdf/les-017-001.pdf>
- Magnús Karl Magnússon. (2006, 11. maí). Af meintri offjölgun lækna. *Morgunblaðið*. Sótt 4. apríl hér: <https://www.mbl.is/greinasafn/grein/1081473/>
- Mullan, F. (2005). The metrics of the physician brain drain. *The New England Journal of Medicine* 353, 1810–1818.



- Raghuram, P. og Kofman, E. (2002). The state, skilled labour markets, and immigration: The case of doctors in England. *Environment and Planning A* 34(11), 2071–2089.
- Sigurbjörn Sveinsson. (2014). Löng og erfið kjaradeila lækna við ríkið framundan. Sótt 5. maí 2017 af <https://sigurbjorns.blog.is/blog/sigurbjorns/entry/1536664/>
- Sjúkratryggingar Íslands. (2018). Nauðsynleg meðferð sem ekki er í boði á Íslandi. Sótt 6. júní 2018 af <http://www.sjukra.is/heilbrigdisthjonusta/rettindi-milli-landa/laeknismedferd-erlendis/naudsynleg-medferd-sem-ekki-er-i-bodi-a-islandi/>
- Stefán Ólafsson, Arnaldur Sölvi Kristjánsson og Kolbeinn Stefánsson. (2012). *Áhrif fjármálahrunsins á lífskjör þjóðarinnar. Skýrsla II: Áhrif mótvægisáðgerða á skuldavanda, fátækt og atvinnu*. Reykjavík: Þjóðmálastofnun Háskóla Íslands.
- Vujicic, M., Zurn, P., Diallo, K., Adams O. og Dal Poz, M. R. (2004). The role of wages in the migration of health care professionals from eveloping countries. *Human Resources for Health* 2(3), doi: 10.1186/1478-4491-2-3
- WHO. (2006). *The World Health Report 2006: Working together for health*. Geneva: WHO.
- Þorbjörn Jónsson. (2014). Vá fyrir dyrum í heilbrigðiskerfinu. *Læknablaðið* 100(11), 575.
- Örn Bjarnason. (1980). Offjölgun í læknaþétt á Íslandi? *Læknablaðið* 66(10), 314–318.

## Um höfund

Kjartan Páll Sveinsson ([kps@hi.is](mailto:kps@hi.is)) er aðjúnkt í félagsfræði við Háskóla Íslands. Hann lauk meistaraprófi í mannfræði frá London School of Economics árið 2005 og doktorsprófi í félagsfræði frá London School of Economics árið 2016. Kjartan hefur stundað vettvangsrannsóknir í Bretlandi, Nígeríu og á Íslandi. Rannsóknir hans snúa fyrst og fremst að búferlaflutningum lækna, og áhrif þess á heilbrigðiskerfi.