

# Spesialistflukt fra de offentlige helsetjenestene

TEKST

Yngve Arner

Sverre Grepperud

PUBLISERT 1. november 2024

DOI <https://doi.org/10.52734/WVXS1470>**ABSTRACT:**

Specialists in clinical psychology are increasingly leaving the public sector for the private sector, a situation causing concern for many. In this study we aimed to identify motives for this transition. A qualitative study using semi-structured interviews was conducted to answer our research question. Eight informants were selected, all specialists in clinical psychology who had left the public mental health sector to set up their own private practice. The findings from our analysis suggest that the informants had quite similar career-shifting motivations that included lack of trust, lack of workplace participation, insecurity and cross-pressures arising from conflicting demands. An overall interpretation of our data is that changes that have occurred in the public sector over time seem to have rendered the public sector less attractive than the private sector as a career option among specialists in clinical psychology.

*Keywords:* career decisions, mental health professionals, public sector, private sector

EMNER

psykisk helsepersonell

offentlig sektor

privat sektor

psykologspesialister

Mange i offentlig sektor hevder egen arbeidssituasjon har blitt så utfordrende at den på sikt vil svekke både rekrutteringen og muligheten for å beholde medarbeidere. Eksempler på yrkesgrupper som har fått særlig oppmerksomhet, er fastleger og sykepleiere. Politiansatte, barnehageansatte og sykehusspesialister har også uttrykt bekymring over utviklingen. Psykologers arbeidsforhold har også blitt tematisert. I Tidsskrift for Norsk psykologforening har det gått en debatt om i hvilken grad ulike utfordringer bidrar til at psykologer og psykologspesialister forlater offentlige tjenester. Debatten har blant annet tilveiebrakt kritikk av styringsmodellene, rammer, vilkårene for psykologene til å jobbe etter faglige prinsipper samt identifisert et behov for økt opplæring (Erlandsen, 2022; Hanevik, 2022; Storeide, 2022).

Det foreligger ikke statistikk på nasjonalt nivå over ekstern «turnover» blant psykologer og psykologspesialister. En rapport Helse Vest utga relativt nylig, gir likevel et bilde av situasjonen (Helse Vest, 2022). Det fremkommer at andelen helsepersonell som årlig forlot det regionale helseforetaket i perioden 2015–2020, var gjennomsnittlig 5,1 %.

Psykologer og psykologspesialister hadde i samme periode en gjennomsnittlig årlig turnover-rate på henholdsvis 12,4 % og 6,8 %. Veksten i ekstern turnover i denne perioden var langt høyere for psykologspesialistene (fra 5,1% i 2015 til 8,1 % i 2020).

En rapport fra Oslo Economics som anvender data fra NPFs medlemsregistre bekrefter at et stadig høyere antall av medlemmene i Norsk psykologforening (NPF) jobber helprivat. Antallet medarbeidere som jobber privat uten avtalehjemmel hos de regionale helseforetakene, har økt med omtrent 165 % de siste 16 årene. Det tilsvarer en årlig gjennomsnittlig økning på over 10 %. I 2007 arbeidet 225 psykologer helprivat i Norge. Ved inngangen til 2023 var tallet steget til 598.

En økende avgang av psykologspesialister fra offentlige spesialisthelsetjenester til andre sektorer, og da spesielt til privat sektor, er utfordrende. Flest pasienter får behandling i nettopp offentlig helsevern. Videre er det her de mest sårbare gruppene og de med den høyeste sykdomsbyrden behandles. En «kompetanseflukt» av de mest erfarne fagfolkene vil innebære tap av verdifull erfaring som kan bidra inn i denne behandlingen. Videre vil utdanningskapasiteten i sektoren forringes, og man må bruke mer ressurser på å ansette og lære opp nye medarbeidere (Oslo Economics, 2022). NPF har også uttrykt bekymring for «spesialistflukten» fra de offentlige tjenestene. Foreningen hevder at det nå haster å få på plass mottiltak (Lunde, 2022). En redusert spesialistflukt vil nemlig kunne heve kvaliteten på de helsetjenestene som ytes i offentlig sektor, samt forbedre arbeidshverdagen for de som arbeider der.

I studien ønsker vi å identifisere hvilke motiver psykologspesialister har for å forlate de offentlige helsetjenestene til fordel for privat sektor. Vi bruker kvalitativ analyse, som vil kunne gi en forståelse av hvilke mekanismer som påvirker slike valg. Kunnskapen vil kunne bidra til å identifisere eventuelle effektive mottiltak mot turnover blant psykologspesialister og muligens også blant andre yrkesgrupper innenfor helsetjenesten.

## **Metode og design**

### **Inklusjon og rekruttering**

Vi inkluderte psykologspesialister som nylig hadde forlatt den offentlige helsetjenesten innen psykisk helsevern. Vi begrenset oss til psykologspesialister i hovedstadsområdet. Valget ble tatt delvis av ressursmessige årsaker, da vi forventet en enklere rekrutteringsprosess siden mulighetene for å etablere privatpraksis synes større i Oslo-regionen enn andre steder. I tillegg var vi opptatt av å identifisere variasjon i informantenes uttrykte motiver for å forlate de offentlige tjenestene. Vi ønsket derfor å unngå at ulikheter i regionale rammebetingelser skulle påvirke dette.

Vi var særlig opptatt av å fange opp motivene som var forbundet med den økende avgangen som har funnet sted de senere årene, samt redusere sannsynligheten for å huske feil (Hom, 2011). Derfor rekrutterte vi bare de som hadde forlatt de offentlige tjenestene i løpet av de fem siste årene. Alle informantene ble rekruttert via Facebook-siden «Privatpraktiserende psykologer i Oslo».

## **Deltakere**

I alt rekrutterte vi åtte informanter, som alle hadde privatpraksis lokalisert i Oslo eller Viken. Alle informantene jobbet i privatpraksis, noen alene, men de fleste i kontorfellesskap med en eller flere andre. En av informantene jobbet også deler av tiden som innleid spesialist ved et Distriktspsykiatrisk senter. Alle informantene jobbet såkalt helprivat, altså uten avtalehjemmel. Alle hadde forlatt den offentlige helsetjenesten frivillig. Kun en hadde hatt en langsiktig karriereplan om å forlate det offentlige og starte egen privatpraksis. Alle hadde erfaring fra den offentlige spesialisthelsetjenesten (2. og/eller 3. linje), men flere hadde også erfaring fra kommunehelsetjenesten (1. linje). Lengden på den offentlige arbeidserfaringen varierte fra fem år til mer enn 20 år. Fem av åtte informanter var kvinner.

## **Datainnsamling**

For å kartlegge informantenes motiver valgte vi å anvende semi-strukturerte intervjuer med få åpne spørsmål. Spørsmålene ble utarbeidet i fellesskap av YA og SG. Våre tre hovedspørsmål var: (1) Hvilke grunner var utslagsgivende for at du gikk fra å jobbe i de offentlige helsetjenestene til å jobbe i det private? (2) Hvilke forhold vil du særlig trekke frem som årsaker til at du valgte å forlate offentlig sektor? (3) Hva skulle eventuelt vært annerledes ved de offentlige helsetjenestene for at du skulle ha fortsatt i det offentlige? I tillegg hadde vi ulike oppfølgingsspørsmål som: (i) Var beslutningsprosessen langvarig eller kortvarig? (ii) I hvilken grad var arbeidsbetingelsene av betydning og (iii) i så fall hvilke?

Intervjuene ble utført av YA alene, ettersom vi antok at en-til-en-formatet ville skape en mer avslappet atmosfære og føre til ærligere og mer reflekterte svar (Willig, 2013). YA hadde også mest kjennskap til sektoren i kraft av å inneha en lederstilling innen den offentlige helsetjenesten. Vi forventet at dette ville forenkle kommunikasjonen med informantene. Samtidig kunne YAs bakgrunn ha blitt tolket som om han representerte en sektor som informantene hadde søkt seg bort fra. For å redusere faren for slik forutinntatthet understreket rekrutteringsteksten at YA i noen år hadde drevet egen privatpraksis – da riktignok på deltid og ikke på heltid slik som informantene. YA hadde altså relevant kunnskap om det å etablere og drive egen praksis.

Intervjuene ble utført i januar og februar 2023 og varte mellom 40 og 60 minutter. Alle informantene var meget engasjerte under intervjuene. Derfor ble intervjuers rolle i hovedsak å be dem utdype resonnementene, heller enn å komme med oppfølgingsspørsmål. Intervjuene ble tatt opp på diktafon og transkribert av førsteforfatter.

## **Etikk**

Før hvert intervju ga vi både muntlig og skriftlig informasjon om studien, datalagring og muligheten til å trekke tilbake samtykket. De transkriberte intervjuene ble lagret på en passordbeskyttet, sikker server, tilknyttet Akershus universitetssykehus. Intervjuene ble gjennomført på en lokalisasjon foreslått av informantene selv. Halvparten ble

gjennomført på informantenes arbeidssted, mens den andre halvparten ble gjennomført på et offentlig sted. Studien ble sendt til og godkjent av Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (ref.nr. 758150).

## **Analyse**

For å analysere datamaterialet brukte vi tematisk analyse. Ifølge Braun og Clarke (2020) kan tematisk analyse inndeles i følgende tre hovedretninger (vår oversettelse): kodebok reliabilitet, refleksive tilnærminger og kodebok tilnærminger. I vår analyse brukte vi The Framework Approach (FA) slik det beskrives av Smith og Firth (2011). Den inngår som en del av hva Braun og Clarke (2021) betegner som kodebok-tilnærminger. De ulike analysefasene i FA samsvarer med refleksive tilnærminger når det gjelder behandlingen av datamaterialet, men selve kodingen er mer strukturert (bruk av kode-matriser). Her vektlegges betydningen av å gå frem og tilbake og på tvers av data for å utvikle og betegne eventuelle sammenhenger mellom tema og kategorier (Smith & Firth, 2011). I FA vil overskriftene (tema og kategorier) fremstå som dataoppsummeringer («domain summaries») mer enn en fortolkning av den underliggende betydningen av dataene, slik tilfellet er for refleksive tilnærminger. En konsekvens av dette er at overskriftene er relativt kortfattede.

Etter å ha gjort oss grundig kjent med dataene kom vi uavhengig av hverandre med forslag til innledende overskrifter. Deretter hadde vi over en lengre periode diskusjoner som førte til ulike forslag, før vi kom til enighet (konsensus-koding). Prosessen medførte endringer i overskriftene over tid. For eksempel ble visse tema til kategorier og omvendt. Selve det konseptuelle rammeverket falt på plass da vi valgte en struktur hvor temaene reflekterte utløsende faktorer (proksimale årsaksforhold), mens kategoriene reflekterte bakenforliggende forhold (ultimate årsaksforhold). Rammeverket gav en tydeligere struktur og dermed større innsikt i informantenes uttrykte motiver. Tilnærmingen vår kan i utgangspunktet betegnes som induktiv i den forstand at vi kodet med nærhet til data. Allikevel kan våre verdier, erfaringer og faglige bakgrunn som henholdsvis psykolog og samfunnsøkonom ha påvirket våre fortolkninger av data.

## **Resultater**

Klassifiseringsprosessen resulterte i følgende fem hovedtema, de tilordnede kategoriene står i parentes: (1) krysspress (tid og faglig spagat), (2) rigiditet (styring av tid og faglig profil), (3) svekket tillit (utøvelse av ledelse og kontroll), (4) avstand (toppstyring og tilsynelatende involvering) og (5) utrygghet (forventninger og syndebukk).

### **Tema 1: Krysspress**

Tid og faglig spagat. Alle informantene gav uttrykk for at sektorens rammebetingelser var blitt svekket over tid fordi pågangen av oppgaver hadde økt mer enn tilførselen av ressurser. De forklarte den økte arbeidsmengden med skjerpede krav til kartlegging og

dokumentasjon, et høyere symptomtrykk kombinert med redusert funksjonsnivå hos pasientene, samt en kontinuerlig innføring av nye reformer. Informantene var samstemte i at denne utviklingen førte til travle og belastende arbeidsdager. Dette hadde konsekvenser for privatlivet og deres faglige integritet. Informant B uttrykker dette forholdet på følgende måte: «Altfor høyt stressnivå. Det er ganske bekymringsfullt [...]»

Når informantene ble bedt om å utdype nærmere, fulgte gjerne noen generelle refleksjoner rundt det å stå i omorganiseringer. Videre beskrev de konkrete tiltak som pakkeforløp og frist for start av behandling som har vært innført, inkludert fare for fristbrudd. De vurderte at pakkeforløpene medførte flere administrative oppgaver og dermed økt tidsbruk på grunn av mer standardisering og flere krav til kartlegging og koding. Informantene nevnte også uheldige sideeffekter av forsøk på å unngå fristbrudd – i praksis ved å øke antall pasienter inn og/eller avslutte pågående forløp. For det første førte det til at det var kapasitetshensyn og ikke faglige vurderinger som bestemte lengden på mange behandlingsforløp. For det andre førte forsøk på å unngå fristbrudd til at pasientporteføljene til hver enkelt behandler økte. Porteføljene ble etter hvert så uhåndterlige at pasientene endte opp med færre og sjeldnere konsultasjoner.

En fortolkning av informantenes utsagn er at belastningene de omtaler, stammer fra ulike typer krysspress. For det første hadde et krysspress mellom arbeid og fritid konsekvenser for privatlivet. Et slikt krysspress er eksemplifisert ved følgende sitat fra informant A om tiden i det offentlige:

Det er veldig vanskelig situasjon nå, vi har ikke folk, men prøver å løse det. Om to-tre uker er det bedre, men den orker ikke [ektefelle] å høre. «Ikke si det engang, det blir aldri sant», så det er jo sånn følelse av at du hele tiden liksom stålsetter deg for en storm, og så blir den evigvarende.

Etter overgangen til privat praksis beskriver informant E situasjonen slik: «Det er lettere å tilrettelegge for familien, det er lettere å ta ferie om jeg trenger det.»

Den andre typen krysspress handler om spagaten mellom systemets krav og faglige standarder. Ifølge flere informanter måtte de i noen tilfeller avslutte behandlingen av pasienter av kapasitetshensyn, før de faglig sett mente pasienten var klar for å avsluttes. Dette førte til en opplevelse av å miste sin faglige integritet. Informant A uttrykker følgende:

På et tidspunkt bestemte jeg at det ikke gikk lenger. Jeg følte på et stort krysspress i forhold til den gode pasientbehandlingen som jeg hadde lært fra studiet, og etter en stund klarte jeg ikke å stå i den spagaten.

Informantene opplevde altså at deres faglige integritet var under press ved at de hadde fått strammere rammebetingelser. Dermed hadde de mindre tid til å handle i tråd med hva de selv opplevde som rimelige faglige standarder. Informant E beskriver det slik:

Jeg synes det er helt uakseptabelt at vi skal godta i psykisk helsevern at vi sitter og halvbehandler folk. Det ville vi aldri godtatt i somatikken. Men vi gjør det med de som har minst stemme å snakke for seg selv med.

Flere av informantene hevdet at en svekket faglig integritet utløste mye frustrasjon, sinne og dårlig samvittighet. Dette gikk igjen ut over nattesøvnen. Informant F mente at den svekkede faglige integriteten også gikk ut over ens ferdigheter som behandler, og at det rokket ved egen identitet. Informanten uttrykker følelsene sine omkring denne typen frustrasjon på følgende måte: «Og så er det noe med å holde pusten og prøve hele tiden å gjøre det så godt man kan. Og til slutt er det ikke mer pust å trekke [...]»

## **Tema 2: Rigiditet**

Styring av tid og faglig profil. Informantene var også opptatt av de begrensede mulighetene til å kunne styre sin egen arbeidshverdag i offentlig sektor. Rigiditeten fremstår som en type ytre styring som legger begrensninger på disponering av egen tidsbruk samt mulighetene for å utvise faglig skjønn i møte med den enkelte pasient. Når informantene reflekterte rundt denne typen rigiditet, var de relativt eksplisitte på hva som var tiltrekkende ved den sektoren de endte opp i («pull»-faktorer). De beskrev det å kunne styre sin egen hverdag som en stor fordel ved det å jobbe i privatpraksis. Der kunne de legge opp arbeidsdagen som de ville, inkludert å jobbe mindre i perioder. Informant E uttrykker følgende: «Friheten, den er jo et kjempestort pluss med å jobbe privat. Jeg bestemmer alt selv. Jeg bestemmer når jeg skal jobbe, hvor mye jeg skal jobbe, og hva jeg skal jobbe med. Jeg kan styre dagen min helt selv.»

Flere av informantene vektla privat praksis som en arena hvor de kunne bestemme den faglige profilen sin og hvilke typer tjenester de ville tilby. De brukte begreper som *frihet*, *selvrealisering*, *autonomi* og *å komme hjem*. Flere var også opptatt av at de kunne styre behandlingens lengden etter faglige hensyn eller av når pasienten selv valgte å avslutte, og ikke av kapasitet. Dette opplevde de som et gode. Informant G uttrykker følgende: «Det å gå over i det private det er å kunne jobbe mer med pasienter over tid, da, og muligheten til at det er de som kan bestemme, eller ha litt styring på når er det behandlingen skal avsluttes.»

Samtidig problematiserer enkelte av informantene avveilingen mellom å velge egen autonomi versus å prioritere pasientgrupper med de største behovene – som da gjerne behandles i det offentlige. Dette dilemmaet beskrives av informant E på følgende måte:

Det var ikke noe lett valg, for prinsipielt sett tenker jeg at vi trengs der hvor folk er sykest og har det vanskeligst. Men så ser jeg nå at jeg jobber mer enn jeg gjorde før, og jeg er mindre sliten.

## **Tema 3: Svekket tillit**

Utøvelse av ledelse og kontroll. De fleste informantene hadde fått svekket tillit til ledelsen. Noen uttrykte at dette var en konsekvens av konkrete lederbeslutninger, mens andre hadde fått svekket tillit på grunn av ledelsesutøving mer generelt.

I sammenheng med konkrete lederbeslutninger opplevde også flere informanter at leders tillit til dem var svekket. De oppfattet utfallet av lederbeslutninger som en kritikk av den enkelte informant langs dimensjoner som innsats, kompetanse, evne eller faglig skjønn. Eksempler på slike beslutninger var avslag på søknader om spesialistpermisjon og at ambisjoner om å stige i gradene ikke ble innfridd. Informant H: «Nå har jeg ikke noe tillit her, og de ønsker ikke meg, så da sa jeg opp på stedet.»

Et viktig forhold informantene fremhevet, var som nevnt generell ledelsesutøvelse. Mange informanter oppfattet ledernes kontrollbehov som en form for mistenkeliggjøring, som ytterligere bekreftet mangelen på tillit fra ledelsen. Følelsen av å bli kontrollert ble for eksempel utløst når ledere sjekket timebøker, at journalføring var utført, og at kodene var registrert. Fra informant D: «Hvis det eneste du snakker med sjefen din om, er om du har godkjent alle journalnotatene eller sendt inn alle kodene [...], så kan man jo få følelsen av at den jobben jeg bruker masse tid på [pasientbehandling], den driter vi i.»

Noen opplevde altså at dette fokuset hadde fått for stor oppmerksomhet relativt til det faglige. De følte tidvis at ledelsen sjekket dem for sjekkingens skyld. Følgende sitat fra informant D illustrerer denne type betraktninger: «Vi skulle sees i kortene på alle mulige måter, de var veldig opptatt av driftsmarkører, snakket 90 % av tiden om det, og tilnærmet ingenting om fag.»

En fortolkning av informantenes utsagn er at en leders utøvelse av kontroll kan oppfattes av medarbeiderne som om leder ikke har tilstrekkelig tillit til dem, noe som i neste omgang vil svekke medarbeiderens tillit til ledelsen. Denne type mekanisme er trolig mindre sannsynlig hvis medarbeiderne oppfatter lederen som noen som også er opptatt av det faglige (kjerneaktiviteten).

#### **Tema 4: Avstand**

Toppstyring og tilsynelatende involvering. Informantene opplevde at helsevesenet generelt, og sektoren spesielt, hadde en organisatorisk struktur som skapte avstand mellom ledelse og medarbeidere. Dette hadde konsekvenser både for informasjonsstrukturen og -innholdet. De var opptatt av å formidle at helsetjenesten typisk hadde for mange ledernivåer og var for toppstyrt. Dette skapte en avstand mellom ledelsen og behandlerne. Samtidig gikk informasjonsstrømmen i hovedsak ovenfra og ned. Ifølge våre informanter medførte dette at de i liten grad følte de ble involvert i de beslutningene som ble tatt.

Flere av informantene var ikke bare opptatt av informasjonsstrukturen (ovenfra-og-ned), men også av innhold og mengde. Enkelte mente mye av informasjonen bar preg av å skulle involvere, men det var ofte uklart hvordan de kunne melde tilbake, og om eventuelle tilbakemeldinger faktisk ville bli tatt hensyn til. Dette ga en opplevelse av «tilsynelatende involvering». Informasjonsmengden var ofte unødvendig omfattende, og informantene følte at beslutningene allerede var tatt. Informant D beskriver det slik: «Men jeg opplevde i veldig liten grad at det var medvirkning som var målet.»

Altså ble informasjonsinnholdet og -mengden en slags bekreftelse på eksistensen av en manglende vilje til å involvere. Informant D uttrykker følgende:

En endeløs mengde med informasjon om ting de snakket om på sine møter, ting de vurderte å gjøre, ting de ikke vurderte å gjøre. Jeg har et inntrykk av at de har blitt opplært til å være ledere på en viss måte, og eksisterer i et ekkokammer av andre ledere som også har den samme jobben, og som blir målt på de samme tingene [...]

## **Tema 5: Utrygghet**

Forventninger og syndebukk. Det siste hovedtemaet omfatter forhold som etterlot en følelse av usikkerhet og utrygghet hos informantene. Denne utryggheten ble tydelig når de snakket om problemstillinger som vedrørte oppnådd spesialistkompetanse og pasientsikkerhet.

Flere informanter var opptatt av at oppnådd spesialistkompetanse førte til bortfall av veiledning, økt ansvar, flere tilleggsoppgaver samt forventninger om en høyere arbeidskapasitet. Informant F oppsummerer i denne forbindelse sine bekymringer på følgende måte:

Veldig pussige ting som skjer når du får spesialistdiplomet ditt. Du forventes å ha høyere kapasitet plutselig. Og det har du ikke. Du forventes ikke lenger å ha behov for veiledning. Det er tull. [...] og du får en del tilleggsoppgaver som du naturlig nok skal ha som spesialist. Og alt dette er helt greit, men ikke sammen med at du som spesialist blir forventet å ha de vanskeligste sakene alene, og et høyere antall enn andre. Dette er forbruk av mennesker som er ukløkt.

Dette sitatet henviser til flere forhold. For det første synes informanten å kommunisere at arbeidsbelastningen blir for omfattende når man oppnår spesialistkompetanse. Informanten uttrykker også bekymring for at man som spesialist ikke får veiledning, samtidig som de må ta de vanskeligste oppgavene alene. Bekymringen kan tolkes som en faglig prestasjonsangst forbundet med det å bli spesialist – altså at andres faglige forventninger til ens nye rolle skaper en type utrygghet. Avslutningen på sitatet peker imidlertid på en opplevelse av å bli behandlet som et redskap heller enn å bli sett og anerkjent som menneske.

Noen informanter gav uttrykk for at et forverret arbeidsklima spilte inn på beslutningen deres om å bytte til det private. Denne forverringen skyldtes enten nærmeste leder eller «systemet oppover», noe som bidro til at de valgte å «ligge lavt». Dette kan tolkes som at de opplevde en usikkerhet som førte til at de resignerte. Informant H synes å uttrykke slike forhold på følgende måte:

Jeg kan ikke sette meg i posisjonen hvor jeg blir herset med som psykolog, eller av andre som har andre agendaer. Det tåler jeg ikke. Så da leide jeg meg



et lite kontor for meg selv. Så det var liksom den private starten, da.

Utryggheten hos informantene var også koblet til frykten for selv å gjøre noe galt og for at pasienter skal begå selvmord. Flere snakker om betydningen av å ha tilstrekkelig lederstøtte, altså ledere som ivaretar en hvis noe skulle gå galt. Noen trakk også frem at de ikke var trygge på at de hadde egne ledere i ryggen. To av informantene formidlet en engstelse for at man kunne bli gjort til syndebukk. Et utsagn som illustrerer sammenhengen mellom frykten for uheldige utfall og manglende lederstøtte, er følgende (informant C): «Jeg tenkte at hvis denne pasienten tar livet sitt, hvem har jeg i ryggen da? Ingen. Ingen. Så det ble faktisk utrygt.»

Samtidig var noen informanter opptatt av at det å arbeide i offentlig sektor også gav en viss trygghet. De var blitt mer oppmerksomme på dette etter at de hadde forlatt de offentlige tjenestene. Informantene henviste særlig til sikkerhetsnett (pensjonsrettigheter og krav på sykepenger) de hadde hatt i offentlig sektor.

## Diskusjon

Vi har utført en tverrgående tematisk analyse for å identifisere tema som kan belyse mulige årsaker til at psykologspesialister forlater de offentlige helsetjenestene. Vi kom frem til fem hovedtemaer, med ulike bakenforliggende faktorer (kategorier) som spiller inn på dem: (1) krysspress (tid og faglig spagat), (2) rigiditet (styring av tid og faglig profil), (3) svekket tillit (utøvelse av ledelse og kontroll), (4) avstand (toppstyring og tilsynelatende involvering) og (5) utrygghet (forventninger og syndebukk).

I hovedsak tilhører kategoriene hvert sitt hovedtema, men de kan også spille inn på flere på samme tid. For eksempel vil økende tidspress på grunn av endrede rammebetingelser (økt symptomtrykk hos pasienter og kortere behandlingsforløp) som bidrar til krysspress også kunne medføre usikkerhet i rollen som behandler (utrygghet). Begrensede muligheter til å styre egen arbeidshverdag (styring av tid) vil begrense muligheten til å utvise faglig skjønn (rigiditet), men kan også svekke tilliten til ledelsen.

De bakenforliggende faktorene (kategoriene) virker også på ulike nivåer. Noen er på et aggregert nivå fordi de er et resultat av nasjonale reformer (pakkeforløp og fristbrudd), eller fordi de følger av en gitt organisering (hierarkisk oppbygd struktur med mange ledernivåer). Andre er mer relasjonelle og individuelle, som forholdet til nærmeste leder. Og andre igjen vedrører ledelsesutøvelse på avdelingsnivå, altså hvordan medarbeidere oppfatter en leders beslutninger, prioriteringer og atferd.

Ledelsesutøvelsen har igjen betydning for medarbeidernes oppfatninger om graden av involvering, tilliten de føler lederne har til dem, og hvor utrygge de kjenner seg. Når det gjelder følelsen av utrygghet, synes dette for noen av informantene også å omfatte det som betegnes som psykologisk usikkerhet. Informantene opplevde det som utrygt å si fra og å komme med egne innspill, altså valgte de heller å trekke seg tilbake (resignere). Lederes atferd spiller en kritisk rolle for den psykologiske tryggheten og et velfungerende arbeidsklima, for eksempel gjennom konstruktive tilbakemeldinger, forespørsler om råd fra ansatte og innrømmelser av egne feil (se f.eks. Edmonson, 2019).

Informantene uttrykte frustrasjon over innføringen av nye reformer som pakkeforløp og frist for oppstart av behandling. De nye reformene bidro nemlig til en generell reduksjon i tid med pasienten til fordel for administrative oppgaver. Hver enkelt pasient fikk også et kortere behandlingsforløp. Informantene uttrykte i liten grad at de innførte endringene hadde positive effekter for pasientene. Vi kunne jo ha tenkt oss at endringene bidro til at tilgjengelige ressurser kom flere pasienter til gode, eller til et mer likt tilbud uavhengig av hvor i landet man bor. Våre informanter var først og fremst opptatt av egne pasienter, og vektla i mindre grad fordeling av ressurser mer overordnet sett.

Selv om informantenes enkelthistorier er ulike, er det et betydelig samsvar mellom dem når det gjelder de uttrykte motivene for å forlate det offentlige. Det at mange beskrev lignende erfaringer kan muligens forklares av en viss homogenitet i gruppen.

Informantene har alle samme grunnutdanning, de er alle psykologspesialister i Stor-Oslo som i løpet av de siste fem årene har forlatt de offentlige tjenestene til fordel for helprivate tjenester (samtlige driver privatpraksis), og alle jobber med samtaleterapi. Vårt hovedinntrykk fra intervjuene kan oppsummeres med begrepet «endringer», da alle informantene på en eller annen måte rapporterte at det over tid hadde blitt mer krevende å jobbe i sektoren. Eksempler på «endringer» er en opplevd økende avstand oppover i ledernivåene, økende kontroll, redusert mulighet for å utøve faglig skjønn, mindre tillit, mer standardisering, endrede rammebetingelser og økt pasienttyngde.

En litteraturkartlegging om årsaker til turnover blant helsepersonell fant få studier fra de nordiske landene, og de fleste omhandler sykepleiere (Oslo Economics, 2022). De internasjonale studiene på sin side peker mot lønns- og arbeidsvilkår og forhold ved ledelsen som de viktigste årsakene til turnover blant leger, og nødvendigheten av å flytte på seg på grunn av spesialisering for psykologer. En enkeltstudie fra Norge finner at den viktigste årsaken til turnover blant leger og psykologer er dårlig arbeidsmiljø (Martinussen et al., 2020). I likhet med tidligere forskning finner også vi at forhold ved ledelsen kan ha betydning. I våre data fremstod derimot ikke lønns- og arbeidsvilkår og arbeidsmiljøet som viktige faktorer. For eksempel var våre informanter i liten grad opptatt av lønnsbetingelser samtidig som de formidlet at de hadde gode relasjoner til sine kolleger.

Oslo Economics (2022) presenterer en innholdsrik liste over tiltak som har blitt innført for å motvirke turnover blant helsepersonell. Samtidig presiserer rapporten at vi mangler informasjon om effekten av de ulike tiltakene. Listen omfatter utdanningstiltak, regulatoriske tiltak, finansielle og organisatoriske tiltak samt tiltak som skal sørge for profesjonell og personlig støtte. Europakommisjonen (European Commission, 2015) har publisert en oversiktsartikkel om hvordan rekruttere og beholde helsepersonell. Også her peker forfatterne på betydelige kunnskapshull når det gjelder effekten av tiltakene, og på behovet for mer forskning.

En identifisering av de mest effektive tiltakene synes altså å være vanskelig per nå. Samtidig peker våre funn mot at ledelse kan være en mulig nøkkel i innsatsen for å hindre spesialistflukten. Ledelse spiller nemlig en avgjørende rolle i å adressere

problemene som informantene påpeker. En leder som bygger tillit, prioriterer kjerneaktiviteten (pasientbehandling) og involverer de ansatte i stedet for å skape avstand, kan gjøre en betydelig forskjell. Et naturlig mottiltak synes derfor å være å bevisstgjøre ledere på betydningen av forhold som medvirkning, åpenhet og å bygge tillit.

Det er et paradoks at informantene våre opplevde nasjonale reformer som er myntet på å være kvalitetsforbedrende, som kvalitetsforringende. Slike oppfatninger kan komme av at reformene i hovedsak oppleves som politikerdrevet og ikke i tilstrekkelig grad er forankret i sektoren. Våre funn peker altså mot at endringene som har funnet sted i den offentlige helsetjenesten over tid, har ført til at den relative attraktiviteten til den private sektoren har økt. I lys av dette vil selvfølgelig effektive mottiltak være å modifisere disse endringene. Videre bør ikke reformer innføres før initiativtakerne har etablert en god forståelse for hva de ønsker å oppnå, samtidig som de også erkjenner at visse ulemper nødvendigvis vil måtte inntreffe.

## **Begrensninger**

I vår analyse er det flere forhold som kan ha betydning for hvordan man skal fortolke og vektlegge resultatene. For eksempel hadde informantene på intervjudispunktet allerede tatt et valg om å forlate offentlig sektor til fordel for en helprivat praksis. Dette har to mulige konsekvenser. For det første kan våre informanter ha egenskaper og karaktertrekk som skiller dem fra andre psykologspesialister (selv-seleksjon). Dette kan bety at oppfatningene og erfaringene deres avviker fra de til andre psykologspesialister (for eksempel tidligere kolleger). For det andre kan det å ha tatt en beslutning i seg selv påvirke egne vurderinger sammenlignet med om informantene enda ikke hadde tatt denne beslutningen (etter-rasjonalisering). Et annet forhold som gjør at våre informanter er en selektert gruppe, er hvordan de ble rekruttert. De ble ikke kontaktet direkte, men aksepterte deltakelse ved å besvare en generell forespørsel annonsert på et sosialt medium. Videre utviste informantene et særlig engasjement under intervjuene. Det er uklart hvilke konsekvenser denne seleksjonen hadde for våre resultater.

## **Konklusjon**

Våre funn peker mot at en kombinasjon av ulike faktorer samlet sett bidrar til at psykologspesialister går over fra offentlig til privat sektor. Til tross for noen individuelle variasjoner var det stor enighet blant informantene om de viktigste årsakene. De inkluderte forhold som manglende tillit, manglende involvering, usikkerhet og krysspress. Etterspørselen etter psykologtjenester er stor. Bedre rammevilkår i det offentlige som tilpasses arbeidsmengden, og lokalt lederskap som bygger tillit, prioriterer kjerneaktiviteten og involverer de ansatte, vil kunne bidra til å bremse spesialistflukten.

**TEKST****Yngve Arner****Sverre Grepperud**

KONTAKT: sverre.grepperud@medisin.uio.no

**+ Vis referanser**

Braun, V. & Clarke, V. (2020). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21, 37-47. <https://doi.org/10.1002/capr.12360>

Braun, V. & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 1-25. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>

Edmonson, A. (2019). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. John Wiley & Sons.

Erlandsen, A.R. (2022). Flammen som nesten sluknet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2022/12/flammen-som-nesten-sluknet>

European Commission. (2015). *Recruitment and retention of the health workforce in Europe*. Directorate-General for Health and Food Safety.

Hanevik, E. (2022). Hjertesukk fra nyskremt psykolog. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2022/11/hjertesukk-fra-nyskremt-psykolog>

Helse Vest. (2022). Ekstern turnover: Faktabasert kunnskapsgrunnlag. Et viktig grunnlag for de rette tiltakene. <https://helsevest.no/Documents/Nyheiter/Ekstern%20turnover%20rapport.pdf>

Hom, P.W. (2011). Organizational exit. I S. Zedeck (Red.), *Handbook of industrial/organizational psychology* (2. utg., s. 67-117). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12169-003>

Lunde, A.L. (2022, 7. august). Psykologer rømmer det offentlige og jobber privat i stedet. Men mange pasienter har ikke råd til å betale. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/oslo/i/V97o8p/psykologer-roemmer-det-offentlig-og-jobber-privat-i-stedet-men-mange-pasienter-har-ikke-raad-til-a-betale>

Martinussen, P.E., Magnussen, J., Vrangbæk, K. & Frich, J.C. (2020). Should I stay or should I go? The role of leadership and organisational context for hospital physicians' intention to leave their current job. *BMC Health Services Research*, 20(1), 400. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05285-4>

Norsk psykologforening. (2021). Kartlegging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/medlemsnytt/slik-oppleverpsykologer-mulighetene-for-aa-hjelpe-pasienter>

Oslo Economics. (2022). Psykiske helsetjenester og tilgang til psykologtjenester i Norge (Rapport). Norsk psykologforening. <https://osloeconomics.no/2022/06/15/psykiske-helsetjenester-og-tilgang-tilpsykologtjenester-i-norge/>

Smith, J. & Firth, J. (2011). Qualitative data approaches: The framework approach. *Nurse Researcher*, 18(2), 52-62. <https://doi.org/10.7748/nr2011.01.18.2.52.c8284>

Storeide, E.H. (2022). Er jeg egentlig egnet som psykolog? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2022/11/er-jeg-egentlig-egnet-som-psykolog>

Weber, R.P. (1990). *Basic content analysis* (2. utg.). Sage Publications Inc.

Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Open University Press.

