

## Spesialistflukt fra helsetjenestene?

Oppfatninger om hvorfor psykologspesialister forlater det offentlige til fordel for private helsetjenester

Yngve Arner

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon  
Våren 2023  
30 studiepoeng

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi  
Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet  
Universitetet i Oslo



## Sammendrag

### Bakgrunn:

«Spesialistflukt» handler om at fagfolk i de offentlige helsetjenestene går over til privat sektor. Noe turnover mellom tjenestene er vanlig og forventet, men det kan bli en betydelig utfordring dersom stadig flere av de erfarne fagfolkene velger å forlate de offentlige helsetjenestene. I tillegg til tap av kompetanse kan flukt føre til økt belastning på de øvrige ansatte, press på andre deler av helsetjenesten, og i verste fall påvirke evnen til forsvarlig pasientbehandling. For å kunne møte disse utfordringene er det viktig å forstå grunnene bak beslutningene til fagfolkene som forlater de offentlige tjenestene. På bakgrunn av disse kan man treffe mer egnede tiltak for å gjøre det mer attraktivt å jobbe i de offentlige helsetjenestene og motvirke kompetanseflukt.

### Metode og materiale:

Åtte psykologspesialister ble rekruttert til dybdeintervju med utgangspunkt i grunnene til å forlate de offentlige helsetjenestene til fordel for de private. Informantene har lang fartstid fra de offentlige helsetjenestene, og samtlige har etablert seg i privatpraksis i løpet av de siste fem årene. Det ble gjennomført lydopptak av dybdeintervjuene, som igjen ble transkribert og analysert i form av «Tematisk analyse». Studien er gjennomført etter kvalitativ metode.

### Resultater:

Samtlige av informantene fremhever økt autonomi og muligheten til å jobbe faglig sett slik de ønsker som viktige grunner til å jobbe i privatpraksis. Forhold ved ledelse, arbeidssituasjon og endringer i tjenestene over tid synes å oppsummere grunnene til å forlate det offentlige. Omkostningene ved å stå i krysspress mellom faglige standarder og de offentlige helsetjenestenes rammer og krav beskrives av flere som utslagsgivende, selv om de færreste av informantene opprinnelig hadde planer om å forlate det offentlige. Det man ville vekk fra (arbeidssituasjonen i det offentlige) virker mer fremtredende i beslutningene enn hva man ville til (privatpraksis). Informantene har også en rekke forslag til endringer i de offentlige helsetjenestene som kunne ført til at de hadde blitt værende. Endringsforslagene er både på et overordnet politisk nivå, og på lokalt ledernivå. Flere av informantene savner også sider ved å jobbe i det offentlige, som fellesskapsfølelse og fagutvikling.

### Konklusjon:

Det er viktig å ha gode offentlige helsetjenester, noe også psykologspesialistene i denne studien var opptatt av. Det er også viktig at de offentlige tjenestene klarer å være attraktive og bærekraftige å jobbe i over tid. På den måten kan man være konkurransedyktig i å rekruttere- og beholde fagfolk.

## Forord

Temaet «spesialistflukt» står meg nær da jeg som leder innen de offentlige helsetjenestene flere ganger har opplevd å miste dyktige og erfarne fagfolk til fordel for private helsetjenester. Det å ha en offentlig helsetjeneste som er bærekraftig å jobbe i over tid mener jeg er veldig viktig. Samtidig kan det være krevende å balansere bærekraft med den økte pågangen- og krav og forventninger til tjenestene våre. Det har derfor vært veldig interessant å intervju informantene i denne studien. Det har gitt meg en dypere forståelse av beslutningsgrunnlaget deres, som også vil være nyttig i min jobb som leder, og som jeg håper å få videreformidlet i denne masteroppgaven til nytte for andre.

Å være student ved siden av full jobb og familieliv med familieforøkelse underveis har vært både krevende og givende. Det hadde allikevel ikke vært mulig uten støtte og fleksibilitet fra min kone Ingrid og barna våre. Jeg er veldig takknemlig for at dere gjorde dette mulig.

Jeg vil takke min veileder, Sverre Ole Grepperud, for uvurderlig hjelp og raske tilbakemeldinger. Når jeg har fått tilbake kapittelutkast underveis har det alltid vært mye mer å rette på enn jeg så for meg, men når rettejobben er gjort ser jeg at resultatet har blitt klart bedre.

Jeg vil takke min nærmeste leder, Øystein Kjos, som innvilget permisjonen som har muliggjort det å gjennomføre studien. I den sammenheng vil jeg også takke Hege Kwon Vangen som har gått inn i min stilling i permisjonsperioden og sørget for å holde skuta flytende med god margin.

Jeg vil takke Norsk psykologforening for hjelp med tallmateriale knyttet til hvilke sektorer medlemmene jobber i og utvikling over tid, samt refleksjoner og forslag til bakgrunns litteratur.

Og sist, men ikke minst, vil jeg takke psykologspesialistene som stilte til intervju og som har bidratt til å belyse problemstillingene i denne studien. Hjertelig takk!

Oslo, april 2023.

Yngve Arner

## Innhold

Sammendrag .....	2
Forord .....	3
Kapittel 1: Introduksjon .....	6
1.1. Problemstilling .....	6
1.2. Forskningsspørsmål .....	8
Kapittel 2: Bakgrunn .....	9
2.1. De kliniske psykologenes arbeidsmarkeder .....	9
2.2. Økning av psykologer som jobber helprivat .....	10
2.3. Hva kjennetegner de helprivate tjenestene? .....	11
2.4. I retning av et todelt helsevesen? .....	12
Kapittel 3: Teori .....	14
3.1. Linkages Theory (Mobleys modell) .....	14
3.2. The Unfolding Theory .....	15
3.3. Turnover Contagion Theory .....	17
3.4. Teori oppsummert .....	18
Kapittel 4: Data og metode .....	20
4.1. Intervju .....	20
4.2. Rekruttering .....	20
4.3. Refleksivitet .....	22
4.4. Relevans .....	23
4.5. Tematisk analyse .....	24
Kapittel 5: Resultater .....	26
5.1. Ledelse .....	27
5.1.1. Konflikt med leder .....	27
5.1.2. Informasjonsflyt .....	28
5.1.3. Økonomi og kapasitet .....	28
5.1.4. Manglende lederstøtte .....	31
5.1.5. Ledelse: Forslag til endringer .....	31
5.2. Arbeidssituasjon .....	32
5.2.1. Autonomi .....	32
5.2.2. Faglig integritet .....	33
5.2.3. Arbeidsbelastning .....	34
5.2.4. Lønn .....	35
5.2.5. Arbeidssituasjon: Forslag til endringer .....	36

5.3. Endring.....	37
5.3.1. Pasientenes tilstand .....	37
5.3.2. Reformtrettthet .....	38
5.3.3. Turnover .....	40
5.4. Konsekvenser ved valget .....	41
5.4.1. Savn .....	41
Kapittel 6: Diskusjon .....	44
6.1. Oppsummering av hovedfunnene.....	44
6.1.1. Intro: Studiens utforskende perspektiv.....	44
6.1.2. Hovedfunn .....	44
6.1.3. Hvor enige er informantene? .....	48
6.1.4. Hva var overraskende? – Hva var forventet? .....	48
6.2. Forhold til teori.....	50
6.3. Konklusjon .....	51
Referanser .....	54
Appendix.....	58
1. Intervjuspørsmålene: .....	58

## Kapittel 1: Introduksjon

### 1.1. Problemstilling

Spesialistflukt, ofte omtalt som «kompetanseflukt» fra de offentlige helsetjenestene, handler om at fagfolk som jobber i de offentlige tjenestene forlater disse til fordel for private helsetjenester. Norsk psykologforening (NPF) har uttrykt bekymring for spesialistflukt fra de offentlige helsetjenestene. Med bakgrunn i en rapport fra Oslo Economics og egne medlemsdata vises det til at et stadig større antall av medlemmene i NPF nå jobber helprivat, uten avtalehjemmel hos de regionale helseforetakene, en dobling i løpet av de siste ti årene (Aftenposten, 2022; Oslo Economics, 2022).

I en regional rapport fra Helse Vest om ekstern turnover fremkommer det at helsepersonell i regionen hadde en gjennomsnittlig årlig turnover i perioden 2015 – 2020 på 5,1 %. Psykologer utpekte seg med en årlig turnover på 12,4 % og psykologspesialister på 6,8 %. Tendensen blant psykologspesialister har vært økende i perioden, fra 5,1 % turnover i 2015 til 8,1 % i 2020, samtidig som den har vært synkende i enkelte andre yrkesgrupper, blant annet sykepleiere (Helse Vest, 2022).

I de offentlige helsetjenestene oppstår det utfordringer når flere av spesialistene forlater disse tjenestene til fordel for de private. Rapporten fra Helse Vest (2022, s. 15) slår videre fast at:

«Helt private og kommersielle virksomheter deltar ikke i utdanning av helsepersonell som både krever faglig kapasitet og økonomi. For yrkesgrupper eller spesialiteter med høy avgang til private eller kommersielle virksomheter kan det bli en stor utfordring dersom trenden fortsetter».

I rapporten er privat sektor oppdelt i ideell- og kommersiell sektor, og det fremkommer at 28 % av psykologspesialistene som slutter i spesialisthelsetjenesten går over til kommersiell sektor<sup>1</sup>. Blant helsepersonell er det kun overleger som har en høyere andel som går til kommersiell sektor (Helse Vest, 2022).

---

<sup>1</sup> De resterende starter i annen spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjenesten og ideell sektor.

Ifølge psykologforeningen haster det å få på plass tiltak (Aftenposten, 2022). Samtidig har det pågått en debatt i Tidsskrift for norsk psykologforening om utfordringer i de offentlige helsetjenestene som bidrar til at psykologer forlater tjenestene. I debatten uttrykkes det bekymring for at de offentlige helsetjenestene har blitt for krevende å jobbe i, at pasientfokuset forsvinner, og at høyt arbeidspress fører til at fagfolk blir utbrent eller forlater tjenestene. I debatten fremkommer det kritikk av de aktuelle styringsmodellene, rammer, vilkårene for psykologene til å jobbe etter faglige prinsipper, forskjellen mellom fagutøvelsen man lærer om i utdannelsen til arbeidshverdagen i spesialisthelsetjenesten, store pasientporteføljer og mye ansvar, behov for mer opplæring, med mer (Erlandsen, 2022; Hanevik, 2022; Storeide, 2022).

Kompetanseflukt fra den offentlige helsetjenesten har vært i søkelyset en stund, særlig legers flukt (Haug, 2003; Høie, 2003; Wyller et al., 2013). Psykologers flukt er langt mindre belyst. Formålet med denne studien er å bidra til en bedre forståelse av hvorfor psykologspesialister velger å forlate de offentlige helsetjenestene til fordel for de private. Det eksisterer andre analyser av denne problemstillingen takket være de refererte undersøkelsene fra Oslo Economics (2022) og Helse Vest (2022), men det er forsket mindre på de inngående personlige årsakene til at psykologer forlater de offentlige helsetjenestene til fordel for de private. En bedre forståelse av disse grunnene kan benyttes til å treffe egnede tiltak for å gjøre det mer attraktivt å bli værende i de offentlige helsetjenestene og bremse spesialistflukten. I denne studien blir derfor psykologspesialister som i den senere tid har forlatt offentlige helsetjenester til fordel for helprivate tjenester intervjuet om hva som har vært de viktigste grunnene for dem, og hva som skulle vært annerledes i det offentlige for at de skulle ha blitt værende. Utover dette undersøkes konsekvenser ved beslutningen og om det er noe som de savner fra jobben i det offentlige.

Teoretisk hører studien hjemme innenfor jobbtturnover-feltet. Dette forskningsfeltet analyserer årsaker til hvorfor ansatte slutter- eller blir værende i jobbene sine, hvilke faktorer beslutningsprosessene består av, og hvordan slike beslutninger påvirkes av kollegaer og andre. Denne studien tar særlig sikte på å være relevant for psykologer, men også for andre yrkesgrupper innen helsetjenestene, helsepolitiske beslutningstakere og ledere innen de offentlige helsetjenestene.

Studien er viktig fordi det er i de offentlige helsetjenestene at behandlingen av de fleste pasientene foregår. Det er her «sørge-for-ansvaret» ligger. Det er her de mest alvorlig syke pasientene behandles, de med høyest sykdomsbyrde, lavest sosioøkonomisk status og de med lavere utdanning. Det er i de offentlige helsetjenestene at pasienter med minoritetsbakgrunn i hovedsak mottar behandling. Å miste erfarne fagfolk kan altså gå utover behandlingstilbudet til de mest sårbare pasientgruppene (Oslo Economics, 2022). Derfor er det viktig å forstå mer inngående hva som fører til at erfarne fagfolk forlater de offentlige helsetjenestene.

## 1.2. Forskningsspørsmål

- a) Hvilke grunner fremkommer som mest relevante for de psykologspesialistene som har forlatt de offentlige helsetjenestene til fordel for private helsetjenester?
- b) Hva skulle vært annerledes i de offentlige helsetjenestene for at psykologspesialistene skulle ha blitt værende i denne sektoren?
- c) Er det noe man savner fra jobben i de offentlige helsetjenestene etter at man har gått over til det private?

Oppgaven er strukturert på følgende måte:

- I kapittel 2 om «Bakgrunn» gjennomgås de kliniske psykologenes arbeidsmarkeder, med en kortfattet oversikt over hva som kjennetegner de helprivate tjenestene.
- I kapittel 3 redegjøres det for studiens teoretiske forankring.
- I kapittel 4 gjennomgås prosessen for datainnsamling og metodevalg.
- I kapittel 5 presenteres resultatene
- I kapittel 6 diskuteres funnene og implikasjoner av disse, og kapittelet avsluttes med en konklusjon.



## Kapittel 2: Bakgrunn

### 2.1. De kliniske psykologenes arbeidsmarkeder

Etterspørselen etter offentlig finansierte helsetjenester er svært høy. I 2020 var over 56.000 barn i kontakt med psykisk helsevern for barn og unge, og nærmere 154.000 personer var i kontakt med psykisk helsevern for voksne (Oslo Economics, 2022). Psykologer utgjør 13 % av årsverkene innen psykisk helsevern for voksne, 11 % av årsverkene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og omlag 30 % av årsverkene innen psykisk helsevern for barn<sup>2</sup>. I Norge er det 7000 årsverk psykologer, et antall som har økt med over 70 % fra 2008 til 2020 (SSB, 2022).

Det finnes flere arbeidsmarkeder for psykologer i Norge, innen statlig-, kommunal- og privat sektor. Størst andel av psykologer (60 %) er ansatt i statlig sektor, dernest privat- (31 %), og den laveste andelen innen kommunal sektor (9%). Innen statlig sektor er de fleste psykologene ansatt i spesialisthelsetjenesten (2. og 3. linje av de offentlige helsetjenestene), men også på universiteter, høyskoler og NAV (Oslo Economics, 2022).

Psykologer som jobber i privat sektor omfatter både avtalespesialister og helprivate. Avtalespesialister driver psykologtjenester som er offentlig finansiert ved at man har en driftsavtale med helseforetakene og mottar refusjon fra HELFO. Helprivate psykologtjenester finansieres i hovedsak ved at pasienten selv betaler for behandlingen. Noen helprivate har avtaler med forsikringsselskap og har pasienter med helseforsikring. De fleste helprivate driver med klinisk psykologvirksomhet (pasientbehandling), men noen arbeider blant annet som organisasjonspsykologer og sakkyndige (Oslo Economics, 2022).

Psykologer som er ansatt i kommunesektoren (1. linje av de offentlige helsetjenestene) jobber innen kommunehelsetjenesten, blant annet innen Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og med lavterskeltilbud til befolkningen som satsningen «Rask psykisk helse». Det har vært en økning av psykologer i alle sektorene i perioden 2008 – 2020, og det har samtidig blitt utdannet flere psykologer (Oslo Economics, 2022).

---

<sup>2</sup> Total bemanning psykisk helsevern voksne: 17.200; Psykisk helsevern barn og unge: 4300; TSB: 4600; pr. 2020. Kilde: SSB (2022).

## 2.2. Økning av psykologer som jobber helprivat

Antall psykologer som jobber helprivat har økt med ca. 165 % de siste 16 årene, en økning på over 10 % hvert år i gjennomsnitt. I 2007 jobbet 225 psykologer helprivat og ved inngangen til 2023 var tallet økt til 598<sup>3</sup>. Den største økningen har foregått fra 2012, med en gjennomsnittlig årlig økning på over 12 % i disse årene. Dette er basert på tall som NPF har hentet ut fra sine medlemsregistre. I samme periode har det vært en økning av psykologer ansatt i helseforetakene på 120 %, fra 2180 psykologer i 2007 til 4798 i 2023 (Kilde: NPF).

Det å kunne jobbe helprivat forutsetter at det er et marked med etterspørsel etter tjenestene, noe som blant annet har en sammenheng med kjøpekraft i befolkningen. Den samlede omsetningen til de helprivate var i 2020 på omlag 640 millioner kroner. Omsetningen har økt hvert år i omtrent samme fart som økningen av psykologer som jobber helprivat. Omsetningen er dermed relativt stabil i forhold til antall psykologer som jobber helprivat. De fleste helprivate etablerer seg i selskaper i fellesskap med andre. I 2012 var det i gjennomsnitt 2,7 ansatte per selskap, mens dette tallet er redusert til 2,1 ansatte per selskap i 2020. Det siste kan bety at flere etablerer seg i mindre selskaper eller alene nå enn for ti år siden. Samlet er det lite som tyder på en utvikling mot større virksomheter og kjededannelse (Oslo Economics, 2022).

Står vi egentlig overfor en spesialistflukt, eller er det andre forklaringer på økningen av helprivate psykologer? Dreier det seg mer om en økt etterspørsel etter psykologtjenester både i det private og i det offentlige? For samtidig som antallet helprivate har økt har det også vært en økning av psykologer som jobber i de offentlige helsetjenestene. En mulig forklaring er at etterspørselen og arbeidsoppgavene i det offentlige øker mer enn økningen av psykologer, og dermed kan det oppleves at man blir færre. Ifølge rapporten NPF bestilte fra Oslo Economics tyder mye på at etterspørselen etter psykologtjenester synes å øke mer enn tilbudet.

«Det er grunn til å tro at den underliggende etterspørselen etter offentlig finansierte psykologtjenester er nær umettelig. Det er derfor viktig å finne et riktig nivå av tjenester. Tilgangen til tjenester bør imidlertid avhenge av pasientens sykdomsbyrde, og ikke av bosted, ressurstilgang eller sosial klasse.» (Oslo Economics, 2022, s. 62).

---

<sup>3</sup> Kilde NPF medlemsregistre. Tallene reflekterer det psykologene har oppgitt som hovederhverv og er antall, ikke årsverk.

### 2.3. Hva kjennetegner de helprivate tjenestene?

Psykologene som jobber helprivat er i stor grad spesialister (3 av 4), og av disse er de fleste spesialister innen Voksenpsykologi (30 %), dernest Barne- og ungdomspsykologi (12 %) og Psykoterapi (11 %). 1 av 4 har ikke gjennomført noen spesialisering. Omtrent halvparten av landets helprivate psykologer jobber i Oslo. Av disse jobber 99 % i Oslo sentrum eller Oslo vest, og kun 1 % på Oslo øst<sup>4</sup>. Ser man Oslo og Viken samlet så finner man 62 % av landets helprivate psykologer her (Oslo Economics, 2022).

I undersøkelsen til Oslo Economics (2022) for NPF var det 180 respondenter som definerte seg som helprivate, en relativt stor del av den totale populasjonen av helprivate psykologer i Norge. Basert på deres svar behandler de i størst grad pasienter med depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser, og dernest pasienter med personlighetsforstyrrelser. Dette samsvarer med de øvrige psykologene i de offentlige helsetjenestene og avtalespesialistene. Det er allikevel forskjeller i de videre svarene som tyder på at de helprivate psykologene behandler litt andre pasientgrupper enn i de offentlige helsetjenestene og avtalespesialistene.

Alvorlighetsgraden til pasientens lidelser fremkommer som lavere i de helprivate tjenestene. Sammenlignet med svarene fra avtalespesialistene og psykologene som jobber i det offentlige behandler de helprivate en lavere andel av pasienter med alvorlige og langvarige lidelser, og en større andel med milde og kortvarige lidelser. Sammenhengen handler antagelig om at det er en mer ressurssterk pasientgruppe som blant annet har økonomi til å betale for behandlingen selv eller som har privat helseforsikring (Oslo Economics, 2022).

Videre fremkommer det i undersøkelsen at pasientene som behandles i de helprivate tjenestene har høyere utdanning, høyere sosioøkonomisk status, lavere sykdomsbyrde, færre har kognitive funksjonsnedsettelse, færre pasienter er langtidssykemeldte eller uføre, og det er relativt få pasienter med minoritetsbakgrunn, sammenlignet med avtalespesialistene og i de offentlige helsetjenestene (Oslo Economics, 2022).

---

<sup>4</sup> Fordelingen innad i Oslo: Sentrum: 57 %; Vest: 42 %; Øst: 1 %

## 2.4. I retning av et todelt helsevesen?

Fra et pasientperspektiv kan det være fordeler ved de helprivate psykologtjenestene. Først og fremst rask tilgang til behandling. Til de helprivate psykologtjenestene trenger man vanligvis ikke trenger en henvisning til behandling. For å tas inn til behandling i den offentlige spesialisthelsetjenesten eller til avtalespesialist er det lagt inn en portvokterfunksjon. Det skrives en henvisning fra fastlege (eller andre i helsetjenesten med henvisningsrett), og basert på henvisningen gjøres det en rettighetsvurdering. I noen tilfeller suppleres henvisningen med en vurderingssamtale med pasienten. Rettighetsvurdering er en vurdering av rett til utredning og / eller behandling i spesialisthelsetjenesten basert på symptomer på psykisk lidelse, alvorlighetsgrad og sannsynlighet for at behandling vil føre til bedring. Selve rettighetsvurderingen gjøres etter den såkalte «Prioriteringsveilederen» (Helsedirektoratet, 2015). På landsbasis avvises omlag 25 % av henvisningene til spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse, med store variasjoner mellom regioner og helseforetak (Oslo Economics, 2022).

Selv om man blir gitt rett til behandling i spesialisthelsetjenesten må det påregnes ventetid før utredningen eller behandlingen kan starte. Ventetiden i spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rusbehandling varierer mellom regioner og helseforetak og hvor akutt sykdommen er, men i gjennomsnitt i 2021 var ventetiden på 52 dager for barn og unge, 49 dager for voksne, og 32 dager for rusbehandling (Oslo Economics, 2022).

Til helprivate psykologtjenester kan pasienten selv bestille time. Det er også tilnærmet fravær av ventetid i de helprivate psykologtjenestene. De helprivate kan dermed sies å være mer tilgjengelige enn de offentlige, gitt at man som pasient kan betale for behandlingen selv eller har en helseforsikring som dekker behandlingen. Tilgjengeligheten vil også stå i sammenheng med pasientens bosted, da det er stor geografisk variasjon på tilgangen til helprivate psykologtjenester. Når det gjelder private helseforsikringer så har antallet økt markant de siste 20 årene. Ifølge Finans Norge hadde 748.000 voksne personer en behandlingforsikring i 2022, mot kun 33.000 i 2003 (Finans Norge, 2023).

I fagmiljøene er det flere som frykter en todeling av helsevesenet, en privat del for de som kan betale, og en offentlig del for resten. Hovedbekymringen som trekkes frem er påstander om at helse taper i de nasjonale budsjettforhandlingene. Som følge av dette blir de offentlige helsetjenestene

underdimensjonert, noe som fører til lange pasientkøer og dertil lange ventetider på behandling. De som har råd til å betale for behandlingen selv eller har tilgang til privat helseforsikring får andre valgmuligheter enn de som ikke har dette. Det vises blant annet til et markant og økende helseskille mellom vest og øst i Oslo, og en undersøkelse der det fremkommer at 60 % av de spurte mener at man i Norge nå har et helsevesen der personlig økonomi har betydning for hvor god behandling man får. Samtidig er det en bred politisk oppslutning om å ha et godt offentlig helsevesen og at det ikke er lommeboka som skal avgjøre hvor god behandling man får (Johannessen, 2017).

I dette kapitlet har vi vært inne på psykologenes ulike arbeidsmarkeder, sett på økningen i de helprivate psykologtjenestene, hva som kjennetegner disse, og noen dilemmaer ved en såkalt todeling av helsetjenestene. I neste kapittel følger studiens teoretiske forankring.

## Kapittel 3: Teori

Problemstillingen i denne oppgaven vedrører hvorfor ansatte skifter jobb, og derfor blir såkalte «jobb turnover» teorier relevante. Tre slike teorier redegjøres for og diskuteres i dette kapittelet. Den første er teorien som har blitt omtalt som den mest innflytelsesrike turnover-teorien: Mobleys modell, også kalt Linkages Theory (Mobley, 1977; Hom et al. 2017). Den andre er The Unfolding Theory (Lee & Mitchell, 1994), og den tredje er Turnover Contagion Theory (Felps et al., 2009).

### 3.1. Linkages Theory (Mobleys modell)

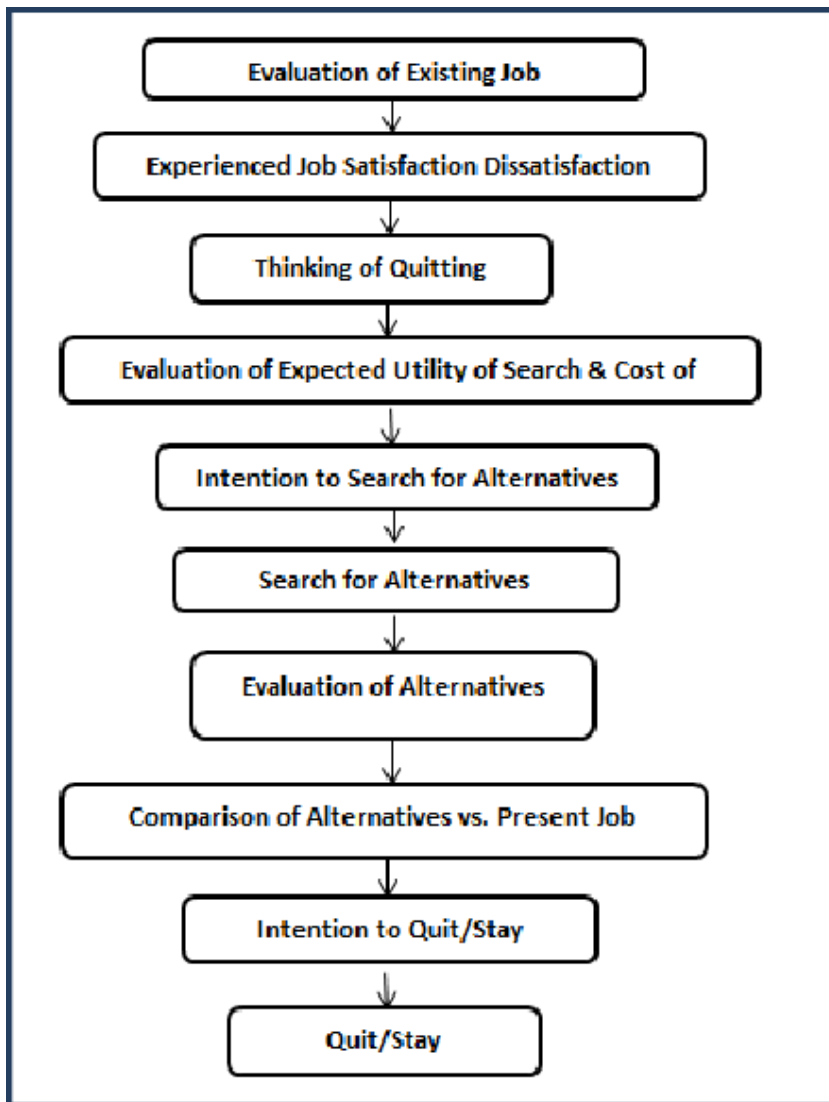
Linkages Theory tar utgangspunkt i at *jobbtilfredshet* og *jobbmuligheter* er de to utslagsgivende faktorene for hvorvidt en ansatt slutter i jobben sin. Ifølge denne modellen vil f.eks. lav grad av jobbtilfredshet kombinert med høy grad av andre jobbmuligheter øke sannsynligheten for at en ansatt slutter i jobben sin.

Begrepet *Linkages* i modellen viser til en stegvis beslutningsprosess fra når en ansatt begynner å vurdere å slutte i jobben til en endelig beslutning om faktisk å slutte eller å bli værende er foretatt (se Figur 3.1). I figur 3.1 presenteres prosessen som består av ti ulike steg, og disse stegene er som følger: (i) evaluering av nåværende jobb, (ii) en vurdering av opplevd tilfredshet eller utilfredshet ved den nåværende jobben, (iii) tanker om å slutte, (iv) evaluering av forventet nytte ved å søke seg til annen jobb, (v) intensjon om å søke etter alternativer, (vi) søke alternativer, (vii) evaluering av alternativer, (viii) sammenligne alternativer med nåværende jobb, (ix) intensjon om å slutte i nåværende jobb eller å bli værende, og til slutt det siste steget: (x) hvorvidt man faktisk slutter i jobben eller blir værende.

Alle de ulike stegene må ikke nødvendigvis gjennomgås, og rekkefølgen på de ulike faktorene som vurderes kan variere.

Linkages teorien er relativt enkel og lettfattelig, men en svakhet ved teorien er at den har vist seg å ha begrenset predikerbarhet (Hom et al., 2017). Teorien er over tid også blitt modifisert, men med de to faktorene *jobbtilfredshet* og *jobbmuligheter* fortsatt som utslagsgivende for turnover.

### Linkages Theory (Mobleys modell)

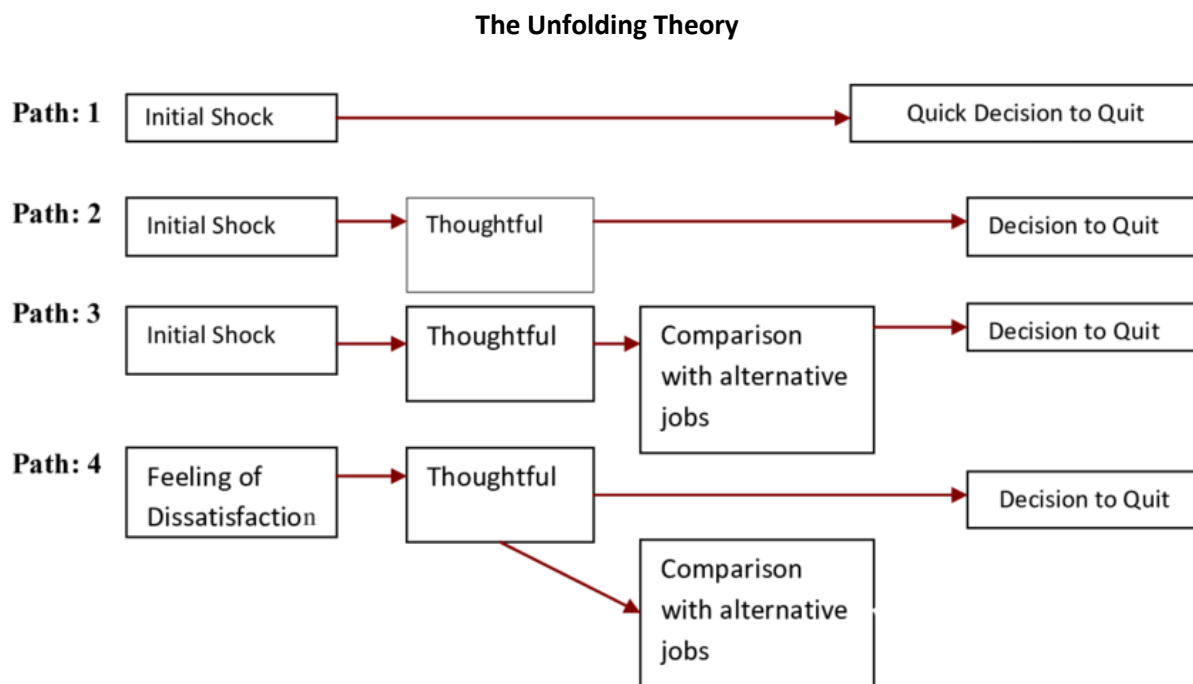


Figur 3.1. Den stegvise beslutningsprosessen i Linkages theory (Mobley, 1977)

### 3.2. The Unfolding Theory

The Unfolding Theory (Lee & Mitchell, 1994) utfordrer Linkages Theory. Denne teorien inkluderer betydningen av «sjokk» og «push» og «pull» faktorer. «Sjokk», i denne sammenhengen, henspiller til overraskende- eller skurrende hendelser, ofte av sterk positiv eller negativ art, som påvirker den ansatte nok til å begynne å vurdere alternativer til nåværende jobb. «Push» dreier seg om faktorer ved den nåværende arbeidssituasjon som den ansatte opplever som lite ønskelige og som man derfor ønsker seg bort fra, mens «pull» dreier seg om forhold ved en alternativ jobb som oppfattes som tiltrekkende.

The Unfolding Theory lanserer fire distinkte forløp (*pathways*) som leder til at en ansatt slutter i jobben hvorav tre av disse utløses av et «sjokk» (se figur 3.2).



Figur 3.2. The Unfolding Theory (Lee & Mitchell, 1994)

Forløp 1 (Path 1) i Figur 3.2 henviser til et sjokk som utløser en automatisk respons om å slutte i jobben. Et eksempel kan være en ansatt som i et tidligere arbeidsforhold ikke fikk en forfremmelse, og opplever dette også i det nåværende arbeidsforholdet, og velger derfor å slutte. Her forutsettes altså ikke at man gjør en vurdering av grad av jobbtilfredshet eller jobbalternativer. I denne teorien beskrives det som at en innebygget respons<sup>5</sup> har blitt aktivert, f.eks. en ansatt som ikke vil finne seg i å bli forbigått i en forfremmelse igjen.

Forløp 2 (Path 2) er et sjokk som fører til at den ansatte begynner å vurdere å slutte. Et eksempel vil være en ansatt som får en uforutsett negativ tilbakemelding fra sin nærmeste leder (sjokk), og legger

<sup>5</sup> Såkalt «Behavioral script», et begrep med utspring fra Atferdspsykologi.



dette sammen med flere andre negative sider ved sin arbeidssituasjon (pushfaktorer), noe som fører til beslutningen om å slutte i jobben. Sjokket er nå dråpen som fikk begeret til å renne over.

Forløp 3 (Path 3) er et sjokk som fører til at den ansatte begynner å se seg om etter alternativer. Et eksempel vil være når en ansatt blir forsøkt headhunted av en konkurrerende virksomhet (sjokk) og den ansatte gjør da en vurdering der tiltrekkende sider ved den alternative jobben (pullfaktorer) blir mer fremtredende.

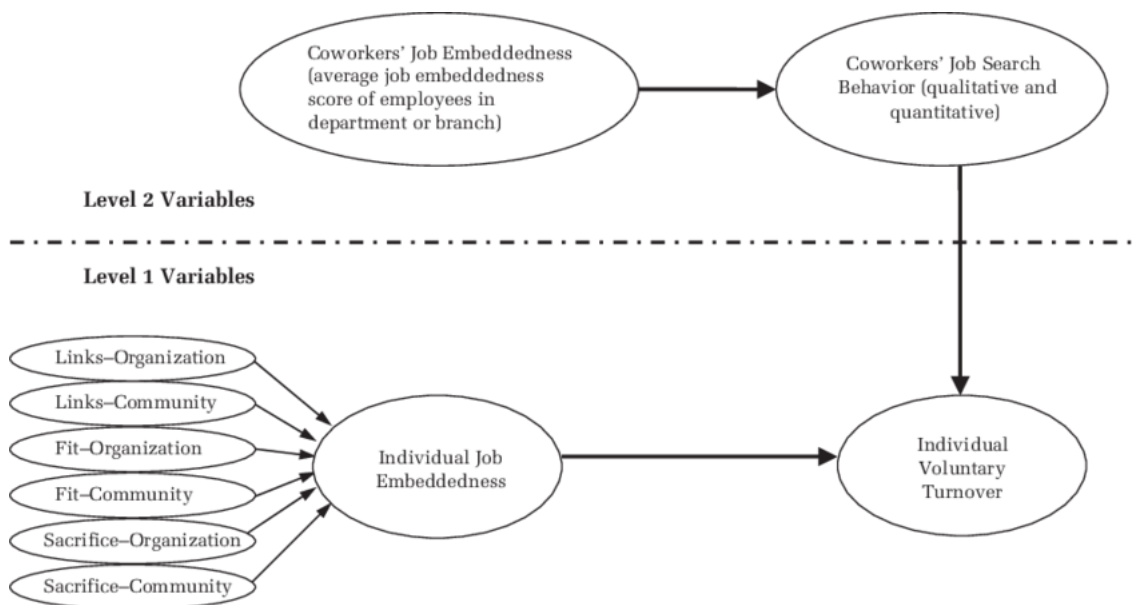
Forløp 4 (Path 4) har klare paralleller til Mobleys modell da det er manglende jobbtilfredshet som enten fører til en beslutning om å slutte eller til at man beslutter å se seg om etter jobbalternativer.

### 3.3. Turnover Contagion Theory

Den tredje teorien er Turnover Contagion Theory. Denne teorien vektlegger hvordan kollegaer på en arbeidsplass påvirker sannsynligheten for at en enkelt ansatt velger å bli i sin stilling eller å slutte. Mekanismene i denne modellen er altså hvordan kollegaers jobbtilknytning og deres søken etter alternativer virker inn på enkeltindividets jobbtilknytning og vurderinger om å slutte eller å bli værende i jobben. Altså at man påvirkes av mennesker man sammenligner seg med (Felps et al., 2009; Hom et al., 2017).

Ifølge denne teorien er det to nivåer av variabler som påvirker turnoverbeslutninger hos et individ. Nivå 1 variabler inkluderer følgende tre forhold som er forbundet med individets jobbtilknytning: a) forbindelser til organisasjonen og nærmiljøet (links), b) grad av tilpasning til organisasjonen og nærmiljøet (fit), og c) hvilke ofre en ansatt ville gjort ved å slutte i jobben (sacrifice). Nivå 2 variabler vedrører kollegaers jobbtilknytning og deres søken etter alternativer (figur 3.3).

## Turnover Contagion Theory



Figur 3.3. Turnover Contagion Theory (Felps et al., 2009)

En ansatt med lav jobbtillfredshet og som ser etter alternativer vil ifølge denne teorien påvirke sine kollegaer i den ene eller andre retningen når man er åpen om dette. Likeledes, dersom flere kollegaer står i de samme prosessene kan dette føre til en «smitteeffekt» der andre ansatte som ikke vurderte å slutte i utgangspunktet begynner å vurdere det. (Felps et al., 2009; Hom et al. 2017).

### 3.4. Teori oppsummert

De tre teoriene som nå er omtalt har litt ulike perspektiver på mekanismene som bidrar til jobbtturnover. Det er noen motsetninger mellom dem, men også sider ved dem som utfyller hverandre. Det er særlig på to områder The Unfolding Theory står i motsetning til Linkages Theory: (i) antakelsen om rasjonell beslutningstaging, og, (ii) hvorvidt jobbtillfredshet og jobbalternativer nødvendigvis påvirker beslutningen om å slutte i en jobb. Der Linkages Theory tar utgangspunkt i at mennesket er en rasjonell beslutningstager som gjør veloverveide valg, er The Unfolding Theory mer influert av «Image Theory» (etter Beach, 1990) som utfordrer det rasjonelle perspektivet. Ifølge dette perspektivet overveies ikke valgmuligheter med mindre noe ved valgmuligheten vekker en viss

interesse, og selv da gjøres det ofte kun en overflatisk vurdering der det mest fremtredende eller i øyenfallende ved valgmulighetene ilegges mest vekt. Derfor ender de fleste valgmuligheter, ifølge dette utfordrerperspektivet, med *status quo*, altså ingen endring, selv om alternativet rasjonelt sett kan synes å være mer attraktivt. Som i det tenkte eksempelet beskrevet innledningsvis der en ansatt med lav jobbtilfredshet og som har alternative jobbmuligheter ifølge Linkages Theory ville vurdert å skifte jobb, fordi det er det rasjonelle i en slik situasjon så vil det ifølge The Unfolding Theory være mange valgmuligheter som ikke en gang blir vurdert (Lee & Mitchell, 1994).

En annen forskjell er at The Unfolding Theory tar høyde for at *jobbalternativer* ikke nødvendigvis er inkludert i beslutningsprosessen. Noen ansatte slutter uten noen annen jobb å gå til. Det samme kan gjelde *jobbtilfredshet* som ofte vil spille inn i beslutningen om å slutte i jobben, men kan også være helt fraværende og irrelevant i enkelte beslutninger om å slutte, f.eks. i en beslutning om å være hjemme med barna i stedet for å jobbe, eller for en som vil ta et avbrekk fra jobb for reising og selvrealisering (Lee & Mitchell, 1994).

Turnover Contagion Theory tar i større grad enn de to andre teoriene inn makronivået ved å ta høyde for hvordan enkeltindividet sammenligner seg med- og påvirkes av andre. I forbindelse med forskningsspørsmålene i denne oppgaven som knytter seg til «flukt» fra helsetjenestene, virker det relevant å belyse hvorvidt påvirkning av andre også var av betydning ved jobbtturnover.

## Kapittel 4: Data og metode

### 4.1. Intervju

Datamaterialet i denne studien består av dybdeintervjuer av åtte psykologspesialister som alle har forlatt de offentlige helsetjenestene innen psykisk helsevern i løpet av de siste fem årene til fordel for å jobbe innen den private helsesektoren. Lyddopptak av intervjuene ble tatt opp på diktafon og transkribert til tekst. Lengde på intervjuene varierte mellom 40 og 65 minutter. I tillegg ble det før hvert intervju gitt muntlig og skriftlig informasjon om studien, datalagring og muligheter for å trekke samtykket til å delta. Intervjuene foregikk på et sted foreslått av informantene. Halvparten av intervjuene ble gjennomført på informantenes kontor og halvparten på en café i nærheten av deres kontor.

Intervjuet tok utgangspunkt i de følgende spørsmålene<sup>6</sup>:

- a) Hvilke grunner var utslagsgivende for at du gikk fra å jobbe i de offentlige helsetjenestene og over i de private?
- b) Hva skulle eventuelt vært annerledes ved de offentlige helsetjenestene for at du skulle ha fortsatt i det offentlige?
- c) Er det noe du savner fra å jobbe i de offentlige helsetjenestene?

Utover dette ble det underveis stilt noen oppfølgingsspørsmål med den hensikt å enten oppklare eller å få informanten til å utdype sine svar.

### 4.2. Rekruttering

Informantene ble rekruttert via interessesiden «Privatpraktiserende psykologer i Oslo» på Facebook. Undertegnede publiserte følgende tekst der:

«Hei, jeg skriver masteroppgave i Helseledelse ved UiO om «*Spesialistflukt fra den offentlige helsetjenesten? – Oppfatninger om hvorfor psykologer og psykologspesialister forlater det offentlige til fordel for private helsetjenester*» Er det noen i denne gruppen som har gått fra å jobbe i de offentlige helsetjenestene til det private i løpet av de siste 5 årene som kan tenke

---

<sup>6</sup> Se vedlegg Intervjuskjema for en samlet oversikt over spørsmålene

seg å stille til et intervju om dette? Send da gjerne privat melding til meg, enten her på ####, på tlf. #### eller e-post [yingve.arnor@ahus.no](mailto:yingve.arnor@ahus.no)

Prosjektet og plan for innhenting og lagring av data er godkjent av NSD. Prosjektleder og veileder er professor Sverre Grepperud ved Medisinsk fakultet, UiO.

Selv er jeg psykologspesialist og jobber som avdelingsleder ved DPS Groruddalen. I flere år drev jeg en deltid privatpraksis i Oslo. Takk for oppmerksomheten!»

På bakgrunn av denne henvendelsen ble åtte psykologspesialister som møtte inklusjonskriteriene rekruttert. Samtlige deltok med informert samtykke. Fem av informantene er kvinner og tre er menn. Samtlige av informantene driver helprivate psykologtjenester. Alle forlot det offentlige frivillig, og alle i løpet av de siste fem årene. Alle informantene har fartstid fra spesialisthelsetjenesten (2. og 3. linje), og flere av dem også fra kommunehelsetjenesten (1. linje). Fartstiden varierer fra cirka 5 år til over 20 år i de offentlige tjenestene. Samtlige av informantene driver i dag privatpraksis lokalisert i Oslo eller Viken. Det ble av flere grunner kun inkludert informanter fra Oslo og Viken: For det første var det mest praktisk for undertegnede som selv bor i Oslo, samt at det var ønskelig å fysisk møte informantene i stedet for å gjennomføre intervjuene digitalt eller over telefon. I tillegg er det ifølge Norsk psykologforening i Stor-Oslo man har hatt den største økningen av medlemmer som etablerer helprivate helsetjenester.

Psykologspesialister ble valgt til fordel for psykologer som ikke er spesialister da det var ønskelig å sikre at informantene hadde en viss fartstid i de offentlige helsetjenestene. For å bli psykologspesialist er det et krav om minimum fem års klinisk praksis (i tillegg til undervisning, veiledning og en bestått skriftlig spesialistoppgave). De fleste psykologene gjennomfører denne praksisperioden innen de offentlige helsetjenestene, og har dermed flere års erfaring fra det offentlige. I tillegg vil et utvalg av psykologspesialister sannsynliggjøre at de også har erfart å jobbe som spesialist i de offentlige helsetjenestene med hva det måtte inngå av endringer av ansvar og arbeidsoppgaver. Psykologspesialister kan også søke om avtalehjemmel i stedet for å starte helprivat (se 2.1), en mulighet som er utelukket for psykologer som ikke er spesialister. Både valgmulighetene og bredden av erfaring er sannsynligvis større blant psykologspesialister enn blant psykologer som ikke har gjennomført spesialistutdanningen, og er derfor bakgrunnen for dette eksklusjonskriteriet.

Grunnen til å begrense inklusjonskriteriene til at psykologspesialisten må ha sluttet i de offentlige helsetjenestene ganske nylig (i løpet av de siste fem årene) er flere. Noe av hensikten med dette var å redusere det faktum at man kan huske feil. Det er alltid en viss fare ved egenrapportering at man husker feil og eventuelt lettere fremstiller seg selv på en mer ønskelig måte (Hom, 2011). En annen grunn var å få tak i psykologspesialister som har erfart eventuelle senere endringer innen de offentlige helsetjenestene. Det var også et poeng at informantene skulle være del av den samme kohorten eller generasjonen som utgjør den aktuelle «spesialistflukten». Da ville det kanskje ikke vært så relevant med grunnene til noen som sluttet i de offentlige helsetjenestene på f.eks. 1990-tallet.

### 4.3. Refleksivitet

Betydningen av egen rolle, eller refleksivitet, i møte med problemstillingen og informantene bør nevnes. Begrepet «personlig refleksivitet» omhandler dette, og dreier seg om at egne verdier, interesser, antagelser, politisk ståsted, sosial identitet og mål i livet påvirker forskningen. Det omfatter også å være seg bevisst på hvordan forskningen kan påvirke, og til og med, endre forskeren (Willig, 2013).

Undertegnede har som psykologspesialist den samme fagbakgrunnen som informantene, og har også en lederstilling innen den offentlige helsetjenesten, noe som kan tenkes å representere noe som man har søkt seg bort fra. Som det fremgikk i rekrutteringsteksten har undertegnede også erfaring med å drive privatpraksis, vel å merke på deltid og ikke på heltid som informantene i denne studien har. Det har gitt undertegnede et verdifullt innblikk i noen aspekter ved å etablere og drive privatpraksis, og har slik sett stått i noe av det samme som informantene. Det ble viktig å tenke over om dette kunne påvirke informantene på noe vis, samt å reflektere over hvordan disse erfaringene påvirker hvilke spørsmål som stilles og hvordan de besvares.

Når det gjelder problemstillingen har undertegnede en egeninteresse i å bedre forstå grunner til å forlate det offentlige og starte i det private. I det daglige er en del av undertegnedes arbeidsoppgaver knyttet til rekruttering og tiltak for å beholde ansatte. Det at dyktige og verdsatte ansatte har sluttet til fordel for arbeid i privat sektor er noe som ofte forekommer, og dette har også skjedd ved undertegneds arbeidsplass. Naturligvis møter undertegnede denne erfaringen med noen

refleksjoner om årsaker til dette, og derfor har det vært særlig viktig å fremstå så åpen som mulig i intervjusituasjonen samt være utforskende heller enn forutinntatt.

Når det gjelder rekrutterings- og intervjusituasjonen så har det vært et mål å forsøke å legge til rette for en åpen og forutsigbar prosess med tilstrekkelig informasjon om studien, personvern og egen rolle. For å få så åpne svar som mulig må informantene oppleve det som trygt å svare ærlig. Det ble da viktig å møte informantene med åpenhet og ikke være forutinntatt, altså ikke møte med fordommer til intervjuene. Det er også viktig å betrygge informantene om at deres anonymitet ivaretas. Det ble for eksempel informert om at undertegnede rolle i denne sammenhengen er som mastergradsstudent ved UiO, og ikke som leder for et DPS. Målet var å få så åpne og reflekterende svar som mulig, og i minst mulig grad la svarene være påvirket av intervjusituasjonen eller undertegnede, selv om man innenfor den kvalitative intervjusituasjonen alltid vil ha en viss påvirkning på de man intervjuer (Willig, 2013).

#### 4.4. Relevans

Den viktigste ressursen i de offentlige helsetjenestene er ifølge Helseministeren de ansatte selv (VID, 2023). En relevant side ved studien er at den kan skape mer oppmerksomhet rundt problemstillingen om at man i de offentlige helsetjenestene mister verdifulle ansatte, noe man med ulike grep kanskje kunne ha bremsset eller forhindret. I kjølvannet av Covid-19 pandemien har det blitt mye omtalt i dagspressen og faglige tidsskrifter en bekymring for at fagfolk forlater de offentlige helsetjenestene, både spesialister innen psykisk helsevern som her, men også innen andre deler av helsetjenestene. Det kan være tegn på en alarmerende utvikling som de offentlige helsetjenestene står overfor, og det er derfor viktig å forstå bedre de mekanismene som ligger bak de individuelle beslutningene om å forlate de offentlige helsetjenestene. Selv om designet av studien med dybdeintervju av relativt få informanter som ikke er helt tilfeldig utvalgt ikke kan påberope seg å si noe om representativitet, så vil det allikevel kunne være slik at informasjonen som tilveiebringes har en overføringsverdi, og dermed kunne bidra til en dypere forståelse av «spesialistflukten».

Innen forskning med kvalitativ metode vil ofte begreper som overføringsverdi og troverdighet være anvendt for å indikere en studies kvalitet, på lignende måte som begrepene reliabilitet og validitet anvendes innen forskning med kvantitativ metode. Innen sistnevnte omhandler høy grad av reliabilitet muligheten til å replisere resultatene ved å benytte samme fremgangsmåte, og høy grad

av validitet handler om at man faktisk måler det man har ment å måle. En forutsetning for dette er at forskeren selv ikke påvirker det som måles, samt at det som måles kan presist defineres. Ved dette ligger det et metodisk skille mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Innen kvalitativ metode vil forskeren både påvirke og påvirkes av det man studerer (se 4.3), noe som er helt nødvendig for å oppnå dypere kunnskap om det man studerer innen dette designet. I tillegg vil fenomener kunne endre seg over tid. En serie teorier som beskriver dette kan samles i begrepet «Konstruktivisme», og innen dette perspektivet oppfattes kunnskap som sosialt konstruert. Kunnskap vil dermed også kunne endre seg, og oppfattes ikke som universelle sannheter, men vil være avhengig av tiden det forekommer i og sosial kontekst (Golafshani, 2003).

Valget av kvalitativ metode i denne studien vurderes å være relevant for å ikke på forhånd begrense seg til ferdig definerte grunner til beslutningene om å forlate det offentlige og starte i det private, men å åpne opp for grunner man ellers ikke hadde tenkt på. Alternativt kunne standardiserte spørreskjemaer ha blitt sendt ut til flere- og tilfeldig utvalgte respondenter, men med stor sannsynlighet for at viktige grunner til beslutningene de gjorde ikke ville ha kommet frem. Intervjuene som her er gjort har i stedet hatt som mål å åpne opp og gå i dybden, og fra transkriberingen av startet en analyse av materialet.

#### 4.5. Tematisk analyse

Materialet i denne studien utgjør nærmere 10 timer med lydopptak som igjen er transkribert til over 100 sider tekst. For å sammenfatte og analysere materialet ble metoden «Tematisk analyse» benyttet.

Tematisk analyse er en av metodene innen kvalitativ forskning som kan benyttes til å trekke ut essensen av et materiale, altså identifisere elementer og kategorier som går igjen i intervjuene, og som er relevante for studiens problemstilling (Braun & Clarke, 2006).

Tematisk analyse omfatter seks faser (se figur 4.1) der man 1) starter med å gjøre seg kjent med dataene ved transkribering og gjentatt gjennomlesning; 2) genererer innledende koder, elementer ved dataene som har interessante sider ved seg; 3) samle koder innen mer overordnede temaer; 4)



gjennomgang av temaene opp mot kodene og datasettet; 5) definere og navngi kategorier; 6) fullføre analysen og velge utdrag fra datamaterialet som belyser kategoriene.

### Tematisk analyse

Phase	Description of the process
1. Familiarising yourself with your data:	Transcribing data (if necessary), reading and re-reading the data, noting down initial ideas.
2. Generating initial codes:	Coding interesting features of the data in a systematic fashion across the entire data set, collating data relevant to each code.
3. Searching for themes:	Collating codes into potential themes, gathering all data relevant to each potential theme.
4. Reviewing themes:	Checking in the themes work in relation to the coded extracts (Level 1) and the entire data set (Level 2), generating a thematic 'map' of the analysis.
5. Defining and naming themes:	Ongoing analysis to refine the specifics of each theme, and the overall story the analysis tells; generating clear definitions and names for each theme.
6. Producing the report:	The final opportunity for analysis. Selection of vivid, compelling extract examples, final analysis of selected extracts, relating back of the analysis to the research question and literature, producing a scholarly report of the analysis.

Figur 4.1. De seks stadiene i tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006)

Tematisk analyse regnes for å være en nyttig metode for oppsummere oppfatninger blant informantene. Ved å følge metoden blir man godt kjent med datamaterialet. Metoden er også lett tilgjengelig og forståelig. Den utgjør et relativt lettfattelig rammeverk som regnes både som enkelt å lære, samt gjør det mulig for andre å følge den analytiske prosessen (Braun & Clarke, 2006).

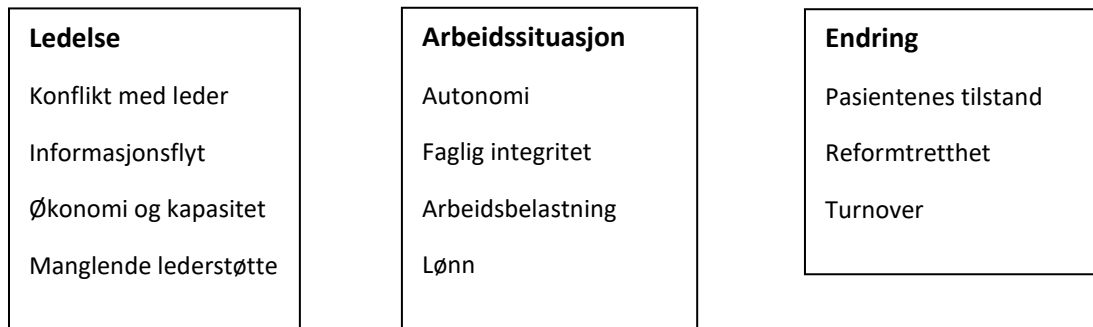
## Kapittel 5: Resultater

- A) Hva fremkommer som de viktigste grunnene til å forlate de offentlige helsetjenestene til fordel for de private?
- B) Hvilke forslag har informantene til endringer i de offentlige helsetjenestene?
- C) Er det noe man savner fra de offentlige helsetjenestene etter å ha gått over i de private?

Etter gjennomførte dybdeintervjuer med de åtte informantene har prosessen først bestått av transkribering av intervjuene. Prosessen i den videre tematiske analysen har gått ut på å trekke ut utdrag som svarer på problemstillingene over. Dette er gjort ved gjentatte gjennomlesinger. Utdragene kodes, det vil si, man identifiserer elementer i materialet som svarer på problemstillingen(e). Et eksempel på en kode kan være et utsagn som - «Det å kunne styre egen hverdag var viktig for valget mitt». Deretter har kodene blitt gruppert sammen i kategorier som tematisk sett blir vurdert å høre sammen. For eksempel så har utsagnet over blitt satt inn under kategorien «Autonomi». Enkelte av de opprinnelige kategoriene har så vist seg å ha så mye til felles at de i løpet av den analytiske prosessen ble gruppert sammen. Gruppene ble så samlet under overordnede kategorier. Når det gjelder eksemplet nevnt over, så ble «Autonomi» vurdert til å tilhøre hovedkategorien «Arbeidssituasjon».

Gjennom denne prosessen (se 4.5 om Tematisk analyse) har det fremkommet tre hovedkategorier av grunner til at man har forlatt de offentlige helsetjenestene. Disse er *Ledelse*, *Arbeidssituasjon* og *Endring*, og disse gjennomgås henholdsvis i kapittel 5.1, 5.2 og 5.3. Innunder hver av disse tre delkapitlene fremkommer det ulike aspekter/forhold som har vært relevante for informantenes beslutning om å slutte i det offentlige og starte i det private. Samtlige av informantene oppgir ulike elementer innenfor hver av disse tre hovedkategoriene som relevante for egen beslutning. Hver av hovedkategoriene er altså delt opp i underkategorier (se figur 5.1). De to første delkapitlene avsluttes med å henvise til informantenes forslag til endringer i de offentlige helsetjenestene (se spørsmål B). I kapittel 5.4. oppsummeres ulike konsekvenser ved valget og elementer som informantene kan savne fra sine tidligere jobber i det offentlige (se spørsmål C).

## Grunner til å forlate de offentlige helsetjenestene til fordel for private helsetjenester



Figur 5.1. De tre hovedkategoriene med underkategorier.

## Del 1

### 5.1. Ledelse

Underkategorier: *Konflikt med leder, Informasjonsflyt, Økonomi og kapasitet, Manglende lederstøtte.*

#### 5.1.1. Konflikt med leder

Noen av informantene opplevde en mer eller mindre uttalt konflikt eller misnøye med nærmeste leder eller ledelsen i jobben de gikk fra. Det fremkommer opplevelser av mistenkeligjøring i form av at leder sjekket timebøker, journalføring og aktivitet, og inntrykk av at det noen ganger var sjekking for sjekkingens skyld.

«Vi skulle sees i kortene på alle mulige måter», forteller en av informantene.

Noen opplevde at sjekkingen fikk større fokus enn det faglige:

«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.»

Det fremkom erfaringer med å få avslag på spesialistpermisjon, bli forbigått i forfremmelsesspørsmål, og opplevelser av å bli ydmyket og diskvalifisert i prosessene.

«Proessen som ledet opp til det var så dårlig at det ble helt umulig for meg å bli værende [...] Nå har jeg ikke noe tillit her, og de ønsker ikke meg, så da sa jeg opp på stedet», sier en av informantene.

En av informantene trekker frem en gjensidig tillitskonflikt med nærmeste leder:

«Min nærmeste leder, vi har aldri hatt en medarbeidersamtale. Vi kjenner ikke hverandre. Det var veldig rart å bli vurdert faglig av noen som egentlig aldri har snakket med deg. *«Sånn gjør vi det ikke her. Vi har ikke tiltro til måten du jobber på»*. Det er spesielt. Det stemmer ikke helt overens med det bildet jeg har av meg selv som fagperson da.»

### 5.1.2. Informasjonsflyt

Flere av informantene tar opp informasjonsflyten som et problem. Store mengder informasjon fra ledelsen ble opplevd som unyttig.

«Vi ble ekstremt lite beskyttet fra det som jeg tenker er leders jobb. Endeløs mengde med informasjon om ting de snakket om på sine møter, ting de vurderte å gjøre, ting de ikke vurderte å gjøre, lenge før de hadde kommet til noen avgjørelse.»

Videre fremkommer det en opplevelse av at informasjonen i hovedsak går ovenfra og ned, altså fra ledelsen og til behandlerne, og i liten grad nedenfra og opp. Mye av informasjonen kunne ha preg av å skulle involvere, men det var ofte uklart hvordan å melde tilbake, og om tilbakemeldinger til ledelsen ble hørt. Flere satt da igjen med en opplevelse av «tilsynelatende involvering» der beslutningen allerede var tatt. En av informantene beskriver dette slik:

«Hvis det var sånn at man faktisk søker medvirkning fra behandlerne, så er det relevant til en viss grad. Men jeg opplevde i veldig liten grad at det var medvirkning som var målet. Mer sånn *«bli forberedt på at dette kommer»*, på en eller annen måte.»

### 5.1.3. Økonomi og kapasitet

Samtlige av informantene er inne på dette temaet, med opplevelser av at de offentlige tjenestene er underdimensjonert og at det er økonomi og kapasitet mer enn faglige hensyn som styrer. Flere uttrykker en opplevelse av at ledelsen er mest opptatt av økonomi og innsparinger. En av

informantene som jobbet i en ambulant tjeneste der man ofte møter pasienten hjemme eller andre steder enn i klinikken opplevde at det ble slutt på å kunne ta taxi til hjemmebesøk som innsparingstiltak. Alternativet ble å reise kollektivt, noe som førte til mer tid på transportetapper og mindre tid til pasientene. Innsparingene var forsvinnende små i det store bildet.

En annen informant beskriver det slik:

«Alt skulle spares på. Ikke var det kurs, og hvis noen hadde en 60-årsdag så var det vi som måtte bake kake [...] Julebord var liksom, «*ta med drikke, betal 400 kr*» [...] Føler at vi yter mye uten å få noe igjen. I desto større grad burde ledelsen ha fylt på litt. Hvis det hadde stått et fruktfat på lunsjrommet f.eks. Litt sånn symbolsk, at vi ser at dere trenger litt. Og det var bare fullstendig fraværende.»

Andre kommentarer går ut på at offentlig helsevesen er for toppstyrt, for mange ledernivåer, og at ledelsen ikke er koblet på pasientbehandlingen, behandlerne og faget. Det blir for stor avstand mellom ledelsen og behandlerne. En av informantene beskriver det slik:

«Jeg tror jeg hadde fem ledere i direkte linje over meg som egentlig utfører en jobb som er ekstremt annerledes fra den jobben som behandlerne gjør, eller tror de gjør [...] 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 [...] De var veldig opptatt av driftsmarkører, snakket 90 % av tiden om det, og tilnærmet ingenting om fag.»

En av informantene påstår at fokuset på økonomi og kapasitet fører til mistro og tette skott:

«Hvis en avdeling eller seksjon tar greit unna oppgavene risikerer den å miste ressurser [...] Det er lagt opp til strukturer som inviterer til tette skott mellom avdelinger og seksjoner [...] Det skaper en dialog preget av mistro, at man holder tilbake informasjon, og forteller ikke om sine suksesshistorier heller.»

Ved den gjeldende organiseringen i de offentlige helsetjenestene har man ifølge påstandene lagt opp til økonomisk konkurranse mellom fagmiljøer:

«Dersom en får mer, får en annen mindre [...] Jeg tror vi må ta innover oss at vi kan være underdimensjonert. Og hva gjør vi da? Jo, det vet alle. Da må du jobbe smartere».

Pasienter som gis rett til behandling i spesialisthelsetjenesten får en frist for når helsehjelpen skal starte (se 2.4). Dersom denne fristen ikke overholdes skal pasienten tilbys helsehjelp så fort som mulig. Helseforetaket står økonomisk ansvarlig for helsehjelpen, og hvis ikke foretaket kan tilby helsehjelpen må de betale en annen aktør for å utføre den, ofte en privat aktør. Dette gjør fristbrudd kostbart for helseforetaket, så her ligger det et økonomisk insentiv (for helseforetaket) for å unngå fristbrudd. Flere av informantene påpeker en uheldig bieffekt i form av at måten foretaket unngår fristbrudd på går utover den pågående pasientbehandlingen. Da man i klinikkene strekker seg svært langt for å unngå fristbrudd skal et vanlig tiltak være å skrive ut pasienter med utgangspunkt i kapasitet og ikke i fag. Dette skjer, ifølge flere av informantene, fordi det ikke er noe økonomisk insentiv for å behandle pasienten «ferdig» etter faglige standarder. Pasienten taper behandlingens lengde som følge av pasientrettighetene som skal redusere ventetid. En av informantene kommenterer 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. Hele tiden.»

Det kan være gode faglige grunner for at pasienten bør ha videre behandling, men for å unngå fristbrudd må man skrive ut pasienter i samme takt som nye pasienter kommer inn. Alternativet er større pasientporteføljer hos hver enkelt behandler. Disse porteføljene blir etter hvert uhåndterbare, ifølge flere av informantene. Pasientene ender opp med færre- og sjeldnere konsultasjoner, og mange behandlere opplever det ubehagelig og vanskelig å stå inne for dette. En av informantene beskriver opplevelsen av dette slik:

«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 [...] Lederen kunne tatt ansvar og sagt «Jeg går til fristbrudd. Dette tar jeg ansvar for». Den lederen kommer til å ha et problem med å si nei til folk som vil jobbe der.»

#### 5.1.4. Manglende lederstøtte

Noen av informantene peker på en maktasymmetri mellom leder og behandler som har rokket ved følelsen av trygghet. En av dem uttrykker det slik:

«Er det trygt å si nei til flere oppgaver eller pasienter? Eller får man ikke forlenget vikariatet da, eller betalt spesialiseringen?»

Et annet aspekt ved opplevd trygghet som flere av informantene har tatt opp er manglende lederstøtte, som hvorvidt lederen *har ryggen din* om noe skulle gå galt. Flere peker på «rettighetssamfunnet» og forventninger til helsetjenestene som fører til økt frykt for å gjøre noe galt. Enkelte tar opp frykten for at pasienter skal begå selvmord, og en usikkerhet om hvordan man som behandler ville ha blitt ivaretatt eller forsøkt gjort til sydebukk. En av informantene beskriver dette slik:

«Jeg tenkte at hvis denne pasienten tar livet sitt, hvem har jeg i ryggen da? Ingen. Ingen. Så det ble faktisk utrygt. Så fikk jeg tildelt en pasient med høy grad av suicidalitet, og da sa jeg at denne pasienten vil jeg ikke ha. Jeg synes ikke det er trygt nok. Jeg ble ikke spurt hvorfor. Jeg ble kritisert for å være vanskelig. Det var rett før jeg sa opp. Ble rett og slett kritisert for å være vanskelig. Men ingen spurte meg *Hvorfor er det utrygt?*»

En annen av informantene omtaler manglende opplevd trygghet slik:

«Helt fra jeg startet å jobbe i det offentlige fikk jeg en opplevelse av at man ikke kan være trygge på at man har ledelsen i ryggen [...] Det var litt sånn fordi jeg observerte at andre ble behandlet på en måte jeg syntes var dårlig, og det gjaldt flere arbeidsplasser. Som at en LIS-lege [lege i spesialisering] ble satt til å gjøre arbeid som skulle vært en overleges ansvar, og jeg så at den personen sleit og at det ble for mye.»

#### 5.1.5. Ledelse: Forslag til endringer

I intervjuene ble informantene også spurt om hva som skulle ha vært annerledes i de offentlige tjenestene for at de skulle ha blitt værende. Svarene på dette er gruppert innunder hovedkategoriene *Ledelse* og *Arbeidssituasjon*. Innenfor ledelse har følgende kommet frem som endringsforslag som kunne påvirket beslutningen om å bli værende eller å gå over i det private:

- Mer støtte, aksept, ivaretagelse og anerkjennelse av behandlerne.
- Vikarer ved sykemeldinger, så ikke de som står igjen blir overarbeidet.
- Vite at man har leder i ryggen:
  - o Leder viser tydelig at man er på lag med den ansatte.
  - o Nærmeste leder setter seg godt inn i hva behandleren står i, og er mer nysgjerrig enn forutinntatt.
  - o Gjensidig tillit – et tillitsbasert forhold mellom leder og behandler.
- Ledere må bli flinkere til å «oversette» og forklare oppdraget, strategi og planer
- En leder som tar ansvar for fristbrudd og skåner behandlerne
- Flere psykologer som ledere (opplevde seg bedre forstått av ledere med samme fagbakgrunn)
- Karriereplan for spesialistene: «Hva vil du?»

## 5.2. Arbeidssituasjon

Den andre hovedkategorien som fremkommer er Arbeidssituasjon, med underkategoriene:

*Autonomi, Faglig integritet, Arbeidsbelastning, Lønn.*

### 5.2.1. Autonomi

Det å kunne styre sin egen hverdag, fremkommer som et stort trekkplaster for å jobbe i privatpraksis. Informantene fremhever at de opplever mer fleksibilitet ved å jobbe privat, som at man kan legge opp arbeidsdagen som man vil, velge å jobbe mindre i perioder, og selv velge faglig profil og hvilken type tjeneste man vil tilby. Noen beskriver det som *frihet*, og andre *som å komme hjem*, eller som en form for selvrealisering:

«Å starte privatpraksis har vært en drøm lenge. Det å ha noe eget [...] For meg var avgjørelsen om å starte privat nøye gjennomtenkt, og jeg hadde god støtte fra familie og venner.»

En av informantene beskriver autonomien ved å drive privat på denne måten:

«Det var ikke noe lett valg, for prinsipielt sett tenker jeg at vi trenges 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. Jeg har det gøy på jobb, og føler at jeg utretter mer. Det går mye kapasitet bort



i irritasjon over systemet, som jeg slipper nå [...] 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. Det er lettere å tilrettelegge for familien, det er lettere å ta ferie om jeg trenger det. Tilpasse belastningen.»

Flere tar opp det at behandlingslengde i privatpraksis styres av faglige hensyn eller når pasienten selv velger å avslutte, og ikke av kapasitet, noe som oppleves som et gode. En beskriver det slik:

«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.»

### 5.2.2. Faglig integritet

De fleste informantene tar opp opplevelsen av krysspress over tid og med *faglig integritet under press* som fremtredende faktorer i beslutningen om å slutte i det offentlige. Noen av informantene beskriver seg som forstrukket, eller i en spagat mellom systemets krav og faglige standarder, ofte eksemplifisert ved å måtte avslutte en pasient (av kapasitetshensyn) før man faglig sett mener at pasienten er klar for det. Å stå i det over tid har ifølge flere av informantene ført til tap av faglig integritet, en opplevelse av at man må jobbe på en måte som man faglig sett ikke kan stå inne for.

Flere beskriver at dette har gått sånn inn på dem at det har gått utover nattesøvn og ført til mye sinne, frustrasjon og dårlig samvittighet. Enkelte beskriver også at det gikk utover ferdigheter som behandler, og at det rokket ved egen identitet:

«På et tidspunkt bestemte jeg at det ikke gikk lengre. 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. Jeg bestemte meg for å bli mer pliktoppfyllende overfor systemet, som jeg på en måte ble. Men da opplevde jeg egentlig at jeg mistet litt meg selv, og følte at det gikk utover egen empati, og kjente at jeg følte meg som en dårlig terapeut, og ferdighetene i psykoterapi ble dårligere. Så det var vel egentlig det som var utslagsgivende. Jeg var nødt til å gå tilbake til den terapien før jeg mister det.»

### 5.2.3. Arbeidsbelastning

De fleste av informantene tar opp at det har vært en endring i arbeidsbelastning over tid, og mener at pågangen til spesialisthelsetjenesten har økt mer enn tilførselen av ressurser. Samtidig har krav til kartlegging og dokumentasjon økt. Resultatet er ifølge informantene at behandlerne har fått større pasientporteføljer og flere oppgaver som skal gjøres samtidig som behandlingsforløpene skal være kortere.

«Behandlerne blir utslitt av disse rammene», sier en av informantene.

En annen oppsummerer det slik:

«Alt for høyt stressnivå. Det er ganske bekymringsfullt, og det deler jeg med en god del andre. Jeg møter jevnlig noen venninner, noen tidligere kollegaer, og alle er enige om at man ikke kan jobbe fullt i spesialisthelsetjenesten slik det er nå. Alle var enige i at det er for slitsomt. To av de er sykemeldt og en er på leting etter noe annet.»

Flere tematiserer ansvaret som er lagt på psykologspesialistene.

«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 ha behov for veiledning. Det er tull. Du har formelt ikke behov for det, men du har jo behov for veiledning, det er åpenbart. Det vet vi jo også. 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 uklokt.»

Som spesialist er det vanlig å kvalitetssikre arbeidet til kollegaer som ikke er spesialister. Flere trekker frem at det ofte ikke er tid nok til å gjøre dette på en god måte, og at dette ansvaret derfor kjennes tyngende. Man opplever usikkerhet ved om man kan stå inne for det faglige innholdet, at det ikke er lagt opp til nok tid til at man kan få mer inngående kjennskap til den andres pasientsak.

«Jeg skal ikke bare skrive mine egne erklæringer, men jeg må også gå inn og godkjenne andre sine erklæringer. Og da er det basert på hva den andre kollegaen din skriver. Og noen skriver gode vurderinger, men ofte kan det bli ganske tidkrevende å gå inn i det, å sette seg inn i det

den andre har gjort, å gjøre faglig god vurdering. Så det er også en belastning da som jeg merket. En klar dreining mot mere oppgaver, mere belastninger for spesialister.»

En annen beskriver det slik:

«Dette å stå som spesialist i veldig mange saker som enten ikke-spesialister, psykolog eller andre faggrupper, å ha det ansvaret rett og slett, for faglige vurderinger, diagnoser, forløp videre, og en del ganger stod jeg som spesialist i saker jeg ikke hadde vært involvert i. Det syntes jeg personlig ble veldig vanskelig.»

#### 5.2.4. Lønn

De fleste informantene nevner *lønn*, men ingen av dem fremhever lønn som en av årsakene til å starte privatpraksis, og det er også varierende hvor lukrativt det økonomisk sett har vært. En del trekker frem større variasjon i lønn fra måned til måned i det private. Det fremkommer både økt risiko, men også større muligheter for å tjene mer. Man kan jobbe mye og tjene mer. Man har også andre utgifter og ikke det samme sikkerhetsnettet ved f.eks. sykdom som når man jobber i det offentlige, og flere uttrykker at de ikke helt har satt seg inn i pensjonsvilkår og endringer i disse ved å starte privatpraksis. En av informantene oppsummerer sin egen erfaring slik:

«Det som jeg burde vært mer obs på, eller ganske raskt ble mer obs på er mer sånne konkrete økonomiske og velferdsmessige elementer knyttet til hvilken stillingssikkerhet man har når man er privatpraktiserende på den måten som jeg er, som en selvstendig næringsdrivende person som ikke er ansatt i et psykologfelleskap [...] Og så måtte forholde seg til hva det koster å oppnå samme type vern, velferdsvern da, som man ellers har. Det var noe som jeg var usikker på da og som jeg har blitt mer obs på som et problem. Men det er et problem som lar seg løse. Man må bare være forberedt på å bruke en del krefter på forretningsdriften.»

Noen sier at de sitter igjen med omtrent det samme i lønn nå, noen tjener mer enn før, og andre tjener mindre. Enkelte av de sistnevnte tjener mindre fordi de helt bevisst ønsker å jobbe mindre og ha mer fritid. Andre merker at det er blitt noe mer konkurranse i det private og at pasienttilfanget ikke er fullt så stort nå. De peker da på at det har etablert seg flere private psykologer de senere

årene slik at konkurransen i dette markedet har økt, og at man i samfunnet for tiden opplever høyere utgifter på boliglån, strøm og matvarer, som går utover kjøpekraften.

Noen av informantene forteller at de har blitt møtt med fordommer knyttet til det å starte privat, som at det skulle ha handlet om å bli rik og kun ta velstående og godt fungerende pasienter med såkalte luksusproblemer. Dette avvises kontant som motivasjon, samt at det ifølge informantene samsvarer lite med pasientgruppen de har. En av informantene imøtegår det slik:

«Vi har dårlige folk. Jeg har to som er psykotiske. Tre-fire dårlige forløp. Masse narsissisme. Folk på selvmordets rand. Så den myten om at du sitter og drøfter litt «*Hvem skal jeg gi arven til?*» - Vi er ikke der.»

Det fremkommer litt ulike syn fra informantene på hvordan de opplever lønnsnivået i de offentlige helsetjenestene. Flere mener at det er for lavt i forhold til oppgaver og kompetanse, mens en mener at lønnsnivået som psykologspesialist i spesialisthelsetjenesten er godt. Et par mener at det er uheldig at det er ulikt lønnsnivå utfra hvor god man er til å forhandle for seg, og at det burde vært lik lønn ved lik ansiennitet og oppgaver. En annen fremhever at det heller burde være større differensiering i de offentlige tjenestene, slik at man avlønner de som har mest pasientaktivitet og tar på seg flere oppgaver høyere. Totalt sett er det allikevel ingen av informantene som mener at lønn var utslagsgivende for valget om å gå over i private helsetjenester.

#### 5.2.5. Arbeidssituasjon: Forslag til endringer

Som under hovedkategorien om Ledelse kommer det også frem flere forslag til endringer innunder Arbeidssituasjon:

- Mer tid til pasienten
- Mer tid til veiledning
- Redusere kartlegging og dokumentasjon
  - o «Utred på indikasjon. I de fleste tilfellene vet pasientene godt selv hva de trenger hjelp til», uttaler en av informantene.
  - o Mindre fokus på diagnose, mer på hva pasienten selv ønsker hjelp til.
  - o «Vi skriver side opp og side ned om folk i et språk som ikke er godt for folk å lese. Og setter diagnoser som folk ikke nødvendigvis trenger å få. På en sånn måte som jeg

tenker ikke er nok problematisert. Det synes jeg jeg ser veldig tydelig nå når jeg jobber mye friere [...] At folk kommer med det de synes er vondt, og så jobber de med det og så får de det bedre. Uten at jeg trenger å fortelle dem hva som er feil med dem. Og uten at jeg trenger å skrive fullt så mye. Jeg skriver fortsatt. Men ikke alt det der som jeg opplever som sikringsstrategier egentlig, som ikke helt gagnar folk så veldig.»

- Rammer tilpasset faglige anbefalinger
  - o Tid til å planlegge behandlingen
  - o Flere behandlere enn dagens nivå
  - o Å kunne si nei til å ta imot flere pasienter i en periode slik at man kan hente seg inn og komme mer «à jour».
- Fleksibilitet
  - o For eksempel å kunne kombinere klinikk med forskning
  - o Styre egen arbeidshverdag i større grad
  - o Kunne jobbe noe hjemmefra

### 5.3. Endring

Den tredje og siste hovedkategorien er Endring, med underkategoriene: *Pasientenes tilstand*, *Reformtretthet*, *Turnover*.

#### 5.3.1. Pasientenes tilstand

De fleste av informantene hadde sin siste jobb i det offentlige innenfor spesialisthelsetjenesten, og de fleste av disse igjen trekker frem at pasientene i spesialisthelsetjenesten er blitt dårligere i form av høyere symptomtrykk og lavere funksjonsnivå. En av informantene beskriver det slik:

«For 10 år siden kunne jeg ha pasienter med milde til moderate plager, og at jeg kunne følge noen med personlighetsmessige vansker og relasjonsvansker som kanskje fungerte i jobb og hadde god funksjon. De kunne jeg følge over tid. For det synes jeg var veldig, - altså det synes jeg er veldig interessant da. Å kunne jobbe med pasienter over tid, og de som også har ganske god funksjon, relativt sett. Og så synes en klar dreining over tid da til at det blir mer moderate, moderate til alvorlige plager, og veldig klar forskjell nå med funksjonsstyrken da, ja at de er veldig funksjonssvake. Og merker at det kan bli mer sosionomrelaterte oppgaver

for meg. Og jeg opplever en helt klar dreiningen de siste åra, at det blir mer oppgaver knyttet til bolig og økonomi. Og spørsmål om kommunal bolig kan det komme forespørsel om. Kan jeg skrive en uttalelse i forbindelse med det? Og legeerklæringer og spesialisterklæringer som må skrives.»

Flere trekker derfor frem at det kreves større sosialfaglig kompetanse fra psykologen, samtidig som sosialfaglig kompetanse i avdelingene, f.eks. sosionomer, er redusert. Det blir langt flere spesialisterklæringer og uttalelser til f.eks. NAV, og mindre tid til selve pasienten og behandlingen. Det trekkes også frem at det er mer krevende å stå som behandler for pasienter med høyt symptomtrykk og lavt funksjonsnivå, og en endring i at denne pasientgruppen nå i større grad behandles poliklinisk eller ambulans enn tidligere da det var flere døgnbaserte behandlingsplasser.

### 5.3.2. Reformtretthet

Reformer og reformtretthet fremkommer som et tilbakevendende tema hos flere av informantene. Stadige omorganiseringer og forsøk på å effektivisere driften beskrives som slitsomt å stå i over tid, og en av informantene kommenterer det slik:

«Dere må ta det, effektivisere, igjen, jobbe fortere, igjen, skrive ut den minst syke, igjen.»

En av de største reformene som informantene har vært med på er Pakkeforløp<sup>7</sup> innen psykisk helse og rus. Det ble etablert 1. januar 2019, og hensikten med pakkeforløpet var

- 1) Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet.
- 2) Sammenhengende og koordinerte pasientforløp.
- 3) Unngå faglig ubegrunnet ventetid for utredning, behandling og oppfølging.
- 4) Mer likeverdige tilbud til pasienter og pårørende, uavhengig av hvor i landet de bor.
- 5) Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner (SINTEF, 2020).

---

<sup>7</sup> I 2022 byttet Pakkeforløp navn til Nasjonale pasientforløp, vel å merke med samme innhold.

Nær alle informantene kommer inn på Pakkeforløp som en vesentlig endring i tjenestene som medførte økt standardisering, mer rigide behandlingsforløp, økte krav til kartlegging og koding av ulike tiltak. Flere gir uttrykk for at Pakkeforløpene hadde uklare gevinster, om noen i det hele tatt.

«Nok en omorganisering av tjenestene, som mange fagfolk var og er skeptiske til», sier en.

«Hvorfor er standardisering bra?», spør en annen.

«Stadige runder [med omorganisering] fører til at folk blir slitne og slutter», sier en tredje.

En av informantene forteller om hvordan Pakkeforløp kan ha bidratt til at behandlerens fokus i større grad går ut på å sikre seg fra å gjøre feil, mens man i privatpraksis kan jobbe friere:

«Pakkeforløpet er «*hva er det du skal gjøre fra A til Å*». Du skal sikre deg hele veien. Det kan hende at det er et eller annet. - Pasienten har også et ansvar, sier vi her [i privatpraksis] da. At *du* må fortelle det som er viktig for *deg*. [...] Her samarbeider vi på likt nivå om deg. Du er ekspert på deg [...] Og som jeg ynder å si, har du brukket høyre arm, så må du ikke vise meg den venstre. Den får jeg ikke gjort noe med. Og da oppstår en dynamikk mellom meg og pasienten, som nok er preget mye mer av likeverd. Noe vi leter etter i spesialisthelsetjenesten. Du skal oppleve deg likeverdig.»

En annen påpeker at man ved å følge Pakkeforløp kartlegger for mye og for tidlig:

«Masse kartlegges som ikke trengs. Og jeg synes vi begynner i feil ende med det. Jeg har jobbet mye med dårlig folk. Og for mange av dem jeg har jobbet med har jeg heller ikke fått tilgang til det virkelig vonde før det har gått litt tid og relasjonen er trygg. Så den kartleggingen i starten synes jeg ofte har bidratt bare til skampåføring og frykt i stedet for at det har gitt viktig informasjon om hva folk egentlig trenger. Selvfølgelig ikke alltid, men med de dårligste syns jeg det.»

En av informantene beskriver sin frustrasjon over administrative oppgaver som kodingen i Pakkeforløp slik:

«Det har vært en del tidsbruk knyttet til koding og endring av kodesystem. Og vi har brukt teammøter, vi har brukt halvtime - en time av en arbeidsuke på 37 ½ time på registrering og kodeverk pakkeforløp. Forløpskoordinator som forteller oss om at «*nå er det endring av en*

*kode*» og det er *pointless*, for jeg har en suicidal pasient, og om den får koden D11CT eller D11Q2 eller hva det var.. Det er helt idiotisk, det er helt *pointless*, og da blir jeg ganske *pissed off* [...] Og manglende automatisering. Vi behandlere må sitte og taste inn dette manuelt, så det er ganske mange tastetrykk for å komme i mål med det da.»

### 5.3.3. Turnover

Den siste underkategorien under Endringer dreier seg om turnover. Fra informantene fremkommer det erfaringer med at flere kollegaer sa opp på kort tid. Noen forteller at et godt team gikk i oppløsning eller ble helt forandret pga. stor turnover.

«10 av 12 sluttet i løpet av 2 år», forteller en av informantene.

«De siste årene så var vi et sabla bra team. Vi hadde det så bra på det teamet. Verdens beste kollegaer. Og da var det ikke noe alternativ å forlate det, men så ble det rasert, det teamet [...] flere sluttet der, inkludert lederen. Og så kom den nye lederen inn, og plutselig var det et ras av oppsigelser [...] og nå er ingen igjen der. Det er bare nye folk, så det teamet jeg var i finnes ikke lenger», forteller en annen.

Tilknytning til kollegaer fremkommer hos de fleste informantene som verdifullt. Det er beskrivelser om det at en nær kollega sa opp, eller det at en leder som man trivdes godt med sa opp, var utslagsgivende for egen oppsigelse.

«Min leder sa til meg i februar eller rundt der at hun skulle si opp. Og da, det tok meg et millisekund, min første tanke var «*Nå skal jeg også si opp*». For da visste jeg umiddelbart at når hun sier opp, da sier jeg opp også.»

Et par av informantene oppgir også å ha blitt påvirket av andre som har startet privat før dem.

«For snart to år siden snakket jeg med noen psykologer som jobbet privat, og de fortalte at de gikk på jobb klokka 8:00 dro hjem 15:30. Det gikk greit. De hadde overskudd etterpå og de hadde det bra [...] Og jeg tenkte - er det faktisk en sånn mulighet? Men så gikk det litt tid før jeg tenkte det var en mulighet som jeg ville benytte meg av fordi jeg så egentlig litt ned på det. Ja nettopp, fordi jeg ønsker at det offentlige skal være bra og er villig til å ofre en del for



at det skal være bra, men så møtte jeg en som jobbet som innleievikar som fortalte at han jobbet 4 dager i uken, hadde en dag fri, og tjente veldig mye mer enn det jeg gjorde på 5 dager med masse overtid.»

## Del 2

### 5.4. Konsekvenser ved valget

Samtlige av informantene gir uttrykk for å være fornøyd med valget sitt om å forlate de offentlige helsetjenestene til fordel for private helsetjenester. Det følgende går allikevel igjen hos de fleste av dem:

- De fleste hadde egentlig planer om å bli værende i de offentlige helsetjenestene, iallfall en stund til.
- Mer autonomi er oppnådd. For ingen av informantene var det et alternativ å søke om avtalehjemmel. De som har sagt noe om grunner til dette påpeker at denne organiseringen er mer regulert og ville ikke gitt samme grad av autonomi som det å jobbe helprivat. I tillegg nevner en at avtalespesialistene vil bli tettere knyttet til DPS'ene fra høsten 2023 i forbindelse med etableringen av felles henvisningsmottak mellom avtalespesialister og DPS.
- De fleste nevner en eller flere sider ved det å jobbe i det offentlige som de savner.
- Enkelte utelukker ikke at de kan komme til å jobbe i det offentlige igjen på et senere tidspunkt.

I denne siste delen av Resultatkapittelet belyses det som fremkommer av sider informantene savner fra jobben i det offentlige.

#### 5.4.1. Savn

Det som hyppigst kommer frem er et savn etter kollegaene, det sosiale, og en fellesskapsfølelse. En beskriver det slik:

«Noe jeg savner er det sosiale, fordi det å jobbe i det offentlige og i et team det gir jo en følelse av fellesskap. Og man jobber sammen. Det er godt og man kan i vanskelige situasjoner snakke med en kollega. Eller vi kan ha behandlingsmøte. Legge frem saken, det er en veldig god ting å ha. For i det private, og jeg jobber helprivat nå, så er du jo veldig selvstendig. Og du jobber alene. Og der er noe som jeg ikke.. Ja det er langt fra så godt det sosiale på jobben der jeg er nå.»

En annen av informantene beskriver dette savnet slik:

«Savner kollegaer først og fremst. Faglig prat, men kanskje vel så mye sånn *small talk*, da vi kommer mandag og snakke om helgen og sånne ting. Det savner jeg jo. Og litt å dele ansvaret. Og jeg tenker mange ganger etter at jeg har hatt en pasient her [i privatpraksis] at dette har jeg lyst til å fortelle til noen liksom. Bare sånn, hva jeg driver med, hva jeg tenker. Hvordan skal jeg vurdere det, hvordan skal jeg gå fram. Sånne ting som er unikt for hver pasient. Det å ha noen å luften sånne ting med. Det er det jo i det offentlige, men det er alt for lite tid for det. Men innimellom så har vi stjålet oss litt tid allikevel, liksom. Eller etter arbeidstid, at vi sitter og snakker litt. Så det savner jeg jo.»

Fagutvikling, fagdager og internundervisning trekkes frem av noen av informantene som noe de savner fra jobben i det offentlige.

«Det er fellesskapet, og så kan jeg trekke fram som positivt er kollegaer som underviser, også har du fordypningsmøte, det hadde vi på jobben min, ett fordypningsmøte i uka. Det er veldig fint. At man kan fortelle om et tema man brenner for [...] Og så fagdager hadde vi også. En til to fagdager i året. Så muligheten da til å fordype seg og være del av fellesskapet er bedre på DPS enn i det private.»

Identitet nevnes også av enkelte av informantene. Identitet i å være en del av noe større, som et behandlingsmiljø, den offentlige helsetjenesten eller en egen identitet knyttet til arbeidsstedet. En av informantene beskriver det slik:

«Det å være en del av et større hele. Vi var inne på [navn på behandlingsstedet]. Hadde tett kontakt med Akuttposter og andre DPS'er [...] Følte meg som at jeg jobbet på [navn på behandlingsstedet]. Det var identiteten.»

En annen informant beskriver et ubehag knyttet til avgjørelsen om å forlate det offentlige:

«Fra det punktet jeg tok avgjørelsen. Da var nok ubehaget mitt mest knyttet til identitetsendring. Jeg hadde ikke sett for meg at jeg skulle privatisere meg. Nei, jeg hadde trodd at jeg skulle være i det offentlige. Det er viktig for meg at vi har gode offentlige tjenester. Ja, det stikker dypt i meg, sånn personlig integritetsmessig, å ikke på en måte være med på å kløyve samfunnet [...] Så det var veldig ubehagelig. Det visste jeg før jeg gjorde det.»

En av informantene trekker også frem det å ha en leder, dele ansvaret, og å kunne ta helt fri når man har fri.

«Det å ha en leder. Selvfølgelig er det positivt å ikke ha alt ansvaret selv [...] Og når man er ferdig på jobb så er man ferdig. For jeg tar det jo med meg hjem [nå]. Jeg sitter jo hjemme og skriver journal. Beskjed fra pasienter som har avlyst timen, en søndags kveld. Så det er litt følelse av å være på jobb hele tiden. Så det å jobbe i det offentlige og ha de rammene der, selvfølgelig er det positive ting ved det.»

## Kapittel 6: Diskusjon

### 6.1. Oppsummering av hovedfunnene

#### 6.1.1. Intro: Studiens utforskende perspektiv

Denne studien er utforskende heller enn generaliserende da den forsøker å si noe om hva som lå bak beslutningene foretatt av psykologspesialistene som deltok i studien. Hvorvidt dette gjelder andre som forlater de offentlige helsetjenestene kan ikke denne studien si noe sikkert om. Samtidig kan funnene ha en viss overføringsverdi.

#### 6.1.2. Hovedfunn

##### Grunner til beslutningen

Basert på informantenes svar så vurderes følgende faktorer å ha vært sentrale for at de sluttet i de offentlige helsetjenestene og gikk over til de private:

- A) Ledelse: blant annet usikkerhet over om man har leders støtte når det virkelig gjelder;
- B) Arbeidssituasjon: som tyngende ansvar og en opplevelse av faglig integritet under press;  
og
- C) Endring: som blant annet reformtretthet etter gjentatte omorganiseringer, og påvirkning av høy turnover blant kollegaer.

Noe av det som har blitt mest vektlagt av informantene er de personlige omkostningene ved å stå i krysspresset mellom faglige standarder og systemets rammer og krav. Opplevelsen av at man ikke kan stå inne for den jobben man er satt til å gjøre skal over tid ha virket så demotiverende for flere av informantene at det kom til et punkt hvor man ikke opplevde det som bærekraftig å bli værende. Løsningen ble å etablere seg i det private der man bedre kan styre betingelsene selv. Flere gjengir en opplevelse av at de offentlige helsetjenestene har blitt mer krevende å jobbe i over tid. Rammene oppleves trangere, med økt fokus på økonomi og kapasitet, flere administrative oppgaver som tar tid fra pasientbehandlingen, flere sosialfaglige oppgaver, større pasientporteføljer, og at det er mindre muligheter for å gi pasientbehandling i tråd med faglige anbefalinger nå enn tidligere. Det siste skal til dels handle om at pasientrettighetene som skal gi kort ventetid i praksis fører til at pasienter som

allerede er i behandling får kortere behandlingsforløp. Ifølge flere av informantene avsluttes pasientbehandling på grunn av kapasitet mer enn faglige vurderinger.

Flere av informantene opplevde for stor avstand til ledelsen som ved at man hadde ulikt fokus; behandlerne av fag og den enkelte pasient, og lederne av økonomi og kapasitet. Det siste opplever flere at har ført til unødvendig mye sjekking av hva behandlerne gjør, på parametere som i liten grad sier noe om faglig kvalitet eller om pasienten har godt utbytte av behandlingen. Noen satt med en opplevelse av utrygghet og uvisshet over om man er på lag med nærmeste leder, og om lederen beskytter den ansatte hvis alvorlige hendelser skulle skje. Dette kom særlig til uttrykk i problemstillinger knyttet til behandlingsansvar for pasienter med selvmordsrisiko og behandleres opplevelser av et tyngende ansvar og forventninger til dem. Flere kjente på ansvaret som spesialist som tyngende og opplevde at man ikke hadde tid nok til å gjøre faglig gode vurderinger, eller tid nok til det man skulle kvalitetssikre av andres arbeid. Samlet var dette fremtredende grunner til å forlate de offentlige helsetjenestene, såkalte «push»-faktorer.

Grunnene til å gå til nettopp privatpraksis («pull»-faktorer) handlet mye om autonomi, som å kunne bestemme betingelsene selv og å ha økt fleksibilitet. For flere av informantene har *faglig integritet* vært et nøkkelbegrep av betydning for skifte av jobb. I dette ligger det en opplevelse av å jobbe faglig på en måte som man kan stå inne for, noe informantene mener det er bedre forutsetninger for i privatpraksis. Et annet funn som er ilagt stor verdi er det å kunne ha pasienter i behandling over lengre tid, og at det er faglige hensyn eller pasientens valg (eller økonomi) som styrer lengden av behandling.

#### Hovedfunn når det gjelder «endringsforslag»

Det fremkommer at samtlige av informantene er opptatt av at man bør ha et sterkt offentlig psykisk helsevesen, og flere ytrer en bekymring knyttet til om man står overfor en trend med spesialistflukt. Flere av informantene nevner dette helt innledningsvis som motivasjon for å delta i studien. Det fremkommer ønsker om å kunne bidra til forbedringer i de offentlige helsetjenestene, og samtlige oppgir også forslag til endringer i de offentlige tjenestene som kanskje kunne fått dem til å bli værende, eller ført til at de hadde utsatt jobbskiftet.

Informantenes endringsforslag kan grovt sett deles i to nivåer: 1) Endringer på politisk nivå, og 2) Endringer på lokalt nivå. De på politisk nivå kjennetegnes ved at de vil kreve større endringer enn det som er mulig innen handlingsrommet til lokal ledelse, som endringer i bevilgninger til sektoren (dimensjonering / flere behandlere), pasientrettigheter (som konsekvenser ved fristbrudd), og innretningen til Pakkeforløp, inkludert innholdet i pasientforløpet som kartleggings- og dokumentasjonskrav. Flere av informantene vurderer at Pakkeforløp har ført til for mye standardisering og for omfattende krav til kartlegging og dokumentasjon. De mener at Pakkeforløp har virket mot sin hensikt ved å gå ut over tid og kontakt med pasienten, tid til veiledning og faglig oppdatering, samt vært medvirkende til at flere av informantene og deres bekjente har forlatt de offentlige helsetjenestene. Flere av informantene har stilt spørsmål ved tidsbruk ved administrative oppgaver, som nødvendigheten av kodingen i Pakkeforløp. Av enkelte av informantene blir kodingen vurdert som tidkrevende og meningsløs. En tidligere norsk studie har undersøkt tidsbruk på administrative oppgaver blant leger og funnet at mange må bruke mye tid på administrative oppgaver og indirekte pasientoppgaver på bekostning av direkte pasienttid. Det er imidlertid stor variasjon i fordelingen mellom tid til direkte pasientarbeid og administrative oppgaver blant legene i undersøkelsen (Røhme & Kjekshus, 2001). Arbeidsoppgaver som tar tid bort fra pasientbehandlingen kan virke demotiverende, blant annet dokumentert i en nederlandsk studie med utgangspunkt i legespesialisters tidsbruk (van der Burgt et al., 2020).

Dimensjonering av tjenesten er i stor grad avhengig av hvor mye midler som tildeles, og besluttes på politisk nivå. En bekymring blant informantene er hvorvidt man får gitt god nok behandling innen de rammene helsetjenesten har i dag. Flere av dem har en oppfatning av at det er for mange pasienter fordelt på for få behandlere i dag. De fleste av dem har opplevd å gå på akkord med egne faglige verdier ved å måtte avslutte pasienters behandling for tidlig av kapasitetshensyn. Mer midler til psykisk helse synes derfor å være en faktor som kan bremse «flukten». Alternativt, som en av informantene var inne på, kan man redefinere hva de psykiske helsetjenestene skal gjøre, og hva de skal gjøre mindre av, slik at tjenestene med nåværende ressurser ikke oppleves underdimensjonert. Hva man i så fall skal gjøre mindre av er mer en helsepolitisk beslutning enn en lokal beslutning da det handler om hva samfunnsoppdraget til helsetjenesten skal være.

Endringsforslagene på lokalt nivå er innenfor handlingsrommet til ledelsen på arbeidssstedet. Her fremkommer det en rekke forslag som ikke trenger å føre til overskridelser av budsjetter, og dersom en leder innen offentlig psykisk helsevern leser dette bør vedkommende følge nøye med nå: Flere av

informantene etterspør mer lederstøtte, i form av at nærmeste leder viser tydelig at man er på lag med den ansatte, setter seg godt inn i hva behandleren står i, er mer nysgjerrig enn forutinntatt, har regelmessige medarbeidersamtaler og lager karriereplaner med den ansatte. Leder skal fortsatt stille krav til de ansatte, men basert på mer tillitt og mindre kontroll. Utover dette: mer støtte, aksept, ivaretagelse og anerkjennelse av behandlerne. Flere av informantene har følt seg usikre eller tvilende på om man har leder i ryggen når det virkelig gjelder. Dette kombinert med en opplevelse av tyngende ansvar har for flere ført til en opplevelse av utrygghet, og kunne antagelig ha vært unngått ved tettere dialog og åpenhet mellom leder og behandler.

Videre fremkom det flere endringsforslag som gikk ut på å øke behandlerens fleksibilitet som mulighet til å styre egen arbeidshverdag. Noen ønsket å kunne jobbe mer hjemmefra, noe som med den digitale utviklingen gir muligheter til. Under Covid-19 pandemien ble det utbredt med pasientsamtaler over Skype, Whereby eller lignende tjenester (AHUS, 2022). Andre tar til orde for å i større grad kunne kombinere klinikk med forskning, og slik sett kunne bidra til faglig kunnskap og videreformidling i klinikken, samtidig som man får en mer variert arbeidshverdag. Dette samsvarer også med funnene i den regionale rapporten til Helse Vest. Der fremkom det som endringsforslag fra psykologgruppen mer tilrettelegging for forskning, tilpasning av arbeidshverdagen, og muligheter for permisjon (Helse Vest, 2022).

#### Hovedfunn når det gjelder «savn»

Flere av informantene har beskrevet både forventede og uforutsette konsekvenser ved valget om å forlate de offentlige helsetjenestene. Flere opplever ulike former av savn, og noen beskriver det som en sorgprosess å forlate det offentlige. Det fremkommer savn etter kollegaer og fellesskapsfølelsen, men også etter fagutviklingen som flere opplevde på sine tidligere arbeidsplasser.

Når det gjelder savn etter kollegaer er det vel så mye det sosiale som det faglige man savner, men flere har fortalt at det å drøfte- og få innspill fra kollegaer på pasientbehandlingen er et savn. Fagutvikling og fagdager er også trukket frem av enkelte som et gode ved å jobbe i det offentlige.

### 6.1.3. Hvor enige er informantene?

Det er slående at det er betydelig grad av samsvar mellom grunner til å forlate det offentlige blant informantene. Selv om enkelthistoriene er forskjellige, og de har stort sett jobbet på ulike arbeidsplasser i det offentlige, er det mye samsvar i det som fremkommer. Det kan skyldes en viss homogenitet i gruppen, - psykologspesialister i Stor-Oslo som i løpet av de siste 5 årene har forlatt de offentlige tjenestene til fordel for helprivate tjenester. De har samme grunnutdanning. Samtlige driver privatpraksis og jobber med samtaleterapi. Aldersmessig er de fleste mellom 35 og 55. Så det er nok en viss grad av homogenitet.

Det betydelige samsvaret kan også skyldes at det de har opplevd ikke er så unikt, men at det er flere som har sluttet av lignende grunner. På samme måte kan det være flere som jobber i de offentlige helsetjenestene som står i lignende beslutningsprosesser der de samme faktorene spiller inn. Støtte for dette kommer i form av flere utsagn der det nevnes at andre bekjente eller tidligere kollegaer har stått i det samme. Noe støtte finner man også i medlemsundersøkelsen som NPF gjennomførte i 2021. Der fremkommer det at 36 % av psykologene opplever at pasienter ikke får hyppig nok behandling til at det vil være virksomt, og at 23 % har opplevd å måtte avslutte behandling for tidlig (Norsk psykologforening, 2021). Dette antyder at funnene i denne studien har en viss overføringsverdi.

Det er samtidig betydelig grad av samsvar mellom grunner til å starte privatpraksis. Særlig samsvar er det i betydningen av økt autonomi i beslutningene som ble gjort. Det er også samsvar i at lønn ikke var noen utslagsgivende faktor. I tillegg er det et samsvar i at ingen av informantene forsøkte å bli avtalespesialist, i hovedsak på grunn av at dette da ville medført mindre grad av autonomi.

### 6.1.4. Hva var overraskende? – Hva var forventet?

Et funn som er noe overraskende er at lønn hadde så liten betydning for beslutningen. Alle informantene sier noe om lønn, og samtlige hevder at lønn ikke var av stor betydning. Samtidig vedgår noen av informantene at de har blitt møtt med fordommer om at de har ønsket å berike seg selv ved å starte privatpraksis, noe som de kontant imøtegår. Langt viktigere var autonomi og det å jobbe på en måte som man kunne stå faglig inne for («pull»), og med fravær av de nevnte «push»-faktorene innen ledelse, arbeidssituasjon og de opplevde endringene (til det verre) over tid (se 6.1.2).



I rapporten fra Helse Vest fremkommer lønn som en viktig faktor for turnover, både som grunn til å slutte i jobben, og som den tredje hyppigste grunnen til hva helseforetaket kunne gjort for at den ansatte skulle blitt værende (Helse Vest, 2022). En grunn til at lønn ikke ble nevnt å være av stor betydning i det aktuelle utvalget kan være at det har slått litt ulikt ut. Der enkelte av informantene tjener mer nå, er noen åpne om at de tjener mindre, og andre sier at de kommer omtrent likt ut av det når de trekker fra økte utgifter som husleie, forsikringsordninger og at man må selv betale deltakelse på kurs. Deltagelse på kurs går da også på bekostning av den inntjeningen man mister mens man er på kurs. I de offentlige helsetjenestene fremkommer det blant informantene ulike erfaringer når det kom til kurs. Noen opplevde ikke å få dekket så mye, mens andre fikk dekket kostnader til kurs og konferanser, og med permisjon med lønn fra jobben.

Et annet overraskende funn er at med unntak av én av informantene i utvalget så hadde alle opprinnelig planer om å bli værende i de offentlige helsetjenestene. Det kan være viktig informasjon når man skal treffe tiltak for å gjøre det mer attraktivt å bli værende i de offentlige helsetjenestene. Spesialistene var egentlig motivert for å bli i det offentlige. Beslutningen kom mer som en opplevd nødvendighet enn som del av en karriereplan. Dette kan muligens dreie seg om utvalget og hvem som lot seg rekruttere til denne studien. Flere av informantene ga uttrykk for at noe av det som motiverte dem til å delta i studien var nettopp et ønske om å bidra til økt kunnskap om- og fokus på problemstillingen om «spesialistflukt». De uttrykte også med dette et ønske om å bidra til bedre offentlige helsetjenester.

Et tredje funn er at flere av informantene forteller at de også har pasienter med sykdomsbyrde og alvorlighetsgrad som i de offentlige tjenestene. Det skal dreie seg om pasienter som har tidligere forløp i de offentlige helsetjenestene som har blitt avsluttet, og pasienter som har fått avslag på henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det er kanskje ikke overraskende, men det sier noe om variasjonen i pasientgrunnlaget. Funnet kan nyansere oppfatninger om at de helprivate i hovedsak behandler mer ressurssterke pasienter, og tyde på at det er en viss overlapp i pasientgrunnlaget mellom de helprivate- og de offentlige helsetjenestene.

Et fjerde, mer forventet, funn, er at det ser ut til å være forhold ved jobben man gikk ifra som har vært utslagsgivende for beslutningen om å gå til det private, inkludert ledelse, arbeidsoppgaver og endringer over tid. I rapporten fra Helse Vest fremkommer det at psykologspesialister er den eneste gruppen der en betydelig andel har svart at det er forhold ved jobben i helseforetakene som gjorde at de sluttet (Helse Vest, 2022).

## 6.2. Forhold til teori

Det første spørsmålet om hvilke grunner som var utslagsgivende for valget om å slutte i de offentlige helsetjenestene og starte i de private, er ment som et åpent spørsmål som kan legge til rette for en rekke ulike grunner, fra dikotomien jobbtilfredshet og jobbalternativer (Linkages theory), «sjokk», «push»- og «pull»-faktorer (The Unfolding Theory), eller for eksempel faktorer på makronivå som påvirkning av kollegaer (Turnover Contagion Theory). Hensikten var å påvirke så lite som mulig med spørsmålet. Det som kommer klart tydeligst frem, hos samtlige i utvalget, er en rekke *årsaker til å forlate* det offentlige, altså såkalte «push»-faktorer. Med unntak av en informant som sluttet impulsivt uten å vurdere jobbalternativer på forhånd, så synes valgene å være veloverveide (rasjonelle). Valgene var i betydelig grad basert på forhold i jobben de til daglig opplevde og som de ville bort fra. Da de fleste nevner sider ved jobben i det offentlige som også var positivt (f.eks. kollegaer og fellesskapsfølelse), synes Unfolding-teorien med sin vektlegging av «push»-faktorer å forklare beslutningene bedre enn den enklere dikotomien mellom jobbtilfredshet og jobbalternativer (Linkages theory). De fleste beskrev at tanken om å gå til det private hadde bygget seg opp over tid, men med stor variasjon i hvor lang tid selve beslutningsprosessen tok (for de fleste fra et halvt års tid til et par år). Flere var påvirket av at kollegaer eller nærmeste leder sluttet, eller at hele team gikk i oppløsning på grunn av høy turnover. Dette passer med Turnover Contagion Theory hvor «smitteeffekten» mellom kollegaer er vektlagt som årsak til turnover. Altså synes faktorer vektlagt i Turnover Contagion theory og i The Unfolding Theory best å kunne forklare informantenes beslutninger om jobbskifte.

Det fremkommer «pull»-faktorer også. I hovedsak ser vi disse i form av søken etter økt autonomi som å bestemme egen arbeidshverdag og det å kunne drive på en faglig sett mer tilfredsstillende måte (faglig integritet). Men det som informantene tillegger mest vekt i intervjuene er *det man ville bort fra*. Narrativ preget at det var noe som var uholdbart å bli værende i («push»), er gjennomgående. Felles er også en opplevelse av at det har blitt verre over tid, noe som særlig kommer frem under kategorien *Endring*. Det fremkommer at informantene har opplevd sin *identitet som terapeut og faglig integritet* som truet («sjokk» eller «push»), noe som tyder på en dyptgående opplevelse av å gå på akkord med seg selv, og hvor de fant løsningen ved å gå over i privatpraksis («pull»).

Hvorvidt informantene har hatt lav jobbtilfredshet virker å ha variert og vært sammensatt. Flere har opplevd tilfredshet med kollegaer og fagmiljø eller det å ha et stillingsvern, men opplevd sterk

utilfredshet med rammebetingelsene. Samtlige av informantene sluttet i sine jobber i det offentlige frivillig, og ingen opplevde seg direkte presset ut, såkalt *voluntary turnover* (Hom et al., 2017). De kunne ha valgt å bli, og de fleste hadde opprinnelig planer om å bli værende i det offentlige. Det tyder på at en del av «flukten» kunne vært unngått. Men det kom til et punkt der «push»-faktorene ble utslagsgivende, i flere tilfeller utløst av et «sjokk», i tråd med The Unfolding Model, som for eksempel å få avslag på søknad om spesialistpermisjon, eller en overraskende negativ tilbakemelding fra nærmeste leder. I andre tilfeller synes det mer å ha bygget seg opp et behov for å slutte over tid, og hvor *timing*en har handlet mer om praktiske grunner, og da gjerne andre jobbalternativer (for eksempel ledig kontor i et etablert kontorfellesskap) fremfor et utslagsgivende «sjokk».

### 6.3. Konklusjon

Begrepet «spesialistflukt» omhandler problemstillingen om at fagfolk i de offentlige helsetjenestene går over til privat sektor. Noe turnover mellom tjenestene er vanlig og forventet. Samtidig kan det bli en betydelig utfordring for de offentlige helsetjenestene dersom stadig flere av de erfarne fagfolkene velger å forlate tjenestene. Særlig problematisk blir det hvis spesialist- / kompetanseflukt kombineres med rekrutteringsvansker i de offentlige tjenestene. Dette kan føre til økt belastning på de ansatte som står igjen, press på andre deler av helsetjenesten, og i verste fall føre til vansker med å opprettholde evnen til forsvarlig pasientbehandling (Oslo Economics, 2022). Et annet aspekt er at de private helsetjenestene i liten grad bidrar til utdanning av helsepersonell, noen som krever ressurser og økonomi av de offentlige tjenestene (Helse Vest, 2022). For å kunne møte disse utfordringene er det viktig å forstå grunnene bak beslutningene til fagfolkene som forlater de offentlige tjenestene. For på bakgrunn av disse kan man treffe mer egnede tiltak for å gjøre det mer attraktivt å jobbe i de offentlige helsetjenestene og motvirke kompetanseflukt.

Denne studien tar utgangspunkt i rapporterte tendenser de siste 10 – 15 årene. Én av faktorene som kan være relevant og som hittil i liten grad har blitt tematisert her, handler om at det i Norge har vært solid økonomisk vekst og høy grad av sysselsetting i den samme perioden (SSB, 2023). Siden årtusenskiftet har det også vært en vekst i antall bedrifter som kjøper private helseforsikringer til sine ansatte, noe som henger sammen med bedriftenes økonomiske resultat (Seim et al., 2007). Ved utgangen av 2022 hadde nærmere 750.000 voksne personer i Norge privat helseforsikring, en økning på over 700.000 på 20 år (Finans Norge, 2023). Dermed har vilkårene for private helsetjenester vært gode med stigende etterspørsel. Forutsetninger for private helsetjenester handler vel så mye om at det er kjøpekraft i befolkningen og et marked for tjenestene som at det er fagfolk som ønsker å jobbe

i de. Økonomisk utvikling samt køene inn til de offentlige helsetjenestene vil sannsynligvis påvirke den videre etterspørselen etter private helsetjenester og tendens til spesialistflukt.

Den overordnede målsetningen med denne studien har vært å få en bedre forståelse av grunner til at psykologspesialister forlater de offentlige helsetjenestene til fordel for de private. Derneft har det vært en sentral målsetning å få forstå deres tanker og refleksjoner om hva som skulle ha vært annerledes i de offentlige helsetjenestene for at de skulle ha blitt værende. Og til sist hvorvidt det er noe man savner fra jobben man forlot i det offentlige.

Forhold ved ledelse, arbeidssituasjon og endringer i tjenestene over tid synes å oppsummere grunnene til beslutningene om å forlate det offentlige. Omkostningene ved å stå i krysspress mellom faglige standarder og de offentlige helsetjenestenes rammer og krav, synes å være av det mest fremtredende. Det man ville vekk fra («push»-faktorer) virker mer fremtredende enn hva man ville til («pull»-faktorer), selv om mer autonomi fremkommer som en gjennomgående viktig faktor for å etablere seg i privatpraksis. Lønn og forhold utenfor jobben synes å ha hatt lite innvirkning på beslutningene. Det synes videre å ha vært stor grad av samsvar mellom informantene på den måten at det er betydelig overlapp i grunnene som fremkommer som utslagsgivende for beslutningene.

Det har kommet en rekke endringsforslag fra informantene, som kan deles i to nivåer; 1) endringer på politisk nivå, herunder rammebetingelser og selve oppdraget til de offentlige helsetjenestene, og at man kritisk bør gjennomgå systemkrav som har ført til økt tid brukt på administrasjon og indirekte pasientarbeid til fordel for direkte pasientkontakt; og 2) endringer på lokalt nivå, særlig ledelsens fokus og støtte, med mer tillitt fremfor kontroll.

Av sider ved det offentlige man savner er det særlig kollegaer, fellesskapsfølelse og fagutvikling som fremkommer. Det kom også frem i studien at nær samtlige av informantene i utgangspunktet hadde tenkt å bli værende i de offentlige helsetjenestene.

Dybdeintervju av noen få (kvalitativ metode) ble valgt til fordel for spørreskjema sendt til flere (kvantitativ metode) siden formålet var å være utforskende og åpen for temaer som ikke ellers ville ha kommet gitt mer avgrensede spørsmål. I eventuelle senere studier kan det være et alternativ å gå

bredere ut og forsøke å nå flere med spørsmål basert på de faktorene som fremkommer som aktuelle for spesialistflukten. Det kan være relevant å intervjuer både psykologspesialister som har sluttet, men også de som jobber i det offentlige. Det siste vil kunne gi en indikasjon på omfanget av spesialister som vurderer å forlate de offentlige helsetjenestene. Dette vil også kunne være en test av overføringsverdien av funnene fra denne studien.

Nyere undersøkelser tyder på at det er stor etterspørsel etter psykologtjenester, et nærmest umettelig behov (Oslo Economics, 2022). Det har vært høy økonomisk vekst og slik sett gode vilkår for private helsetjenester i årene som har gått etter finanskrisen i 2008-09. Fra et samfunnsperspektiv er det imidlertid bekymringsfullt om de private helsetjenestene taper de offentlige for ressurser og kompetanse. Dette kan gå utover rekrutteringen til de offentlige helsetjenestene, noe som i verste fall kan føre til at tjenestene ikke klarer å opprettholde sitt «sørge-for-ansvar» og gi forsvarlig pasientbehandling der det meste av pasientbehandlingen faktisk foregår og der pasientene med størst sykdomsbyrde behandles. Fra fagfolkene som har debattert i psykologtidsskriftet (se kapittel 1.1.) og informantene i denne studien er det bekymringsfullt at de offentlige helsetjenestene har blitt for krevende å jobbe i over tid, og at fagfolk blir utbrent eller flykter fra tjenestene. Ifølge dette perspektivet er det behov for større endringer i de offentlige helsetjenestene, fra et mer overordnet politisk nivå om hva oppdraget til tjenestene skal omfatte, dimensjonering, omfang av indirekte-pasientrelaterte oppgaver, og ned til ledelsen og fagfolkene i front, om utøvelse av fag og lederskap, som å gi støtte, anerkjennelse, handlingsrom og tillit.

Det er viktig å ha gode offentlige helsetjenester, noe også psykologspesialistene i denne studien var opptatt av. Det er også viktig at de offentlige tjenestene klarer å være attraktive og bærekraftige å jobbe i over tid. På den måten kan man være konkurransedyktig i å rekruttere- og beholde fagfolk. Ingen vil være tjent med om den offentlige helsetjenesten ikke lenger evner å utføre samfunnsoppdraget. Målet er ikke å svekke de helprivate tjenestene, men å bevare de offentlige. Etterspørselen etter psykologtjenester er stor, og gitt rammevilkår i det offentlige som er tilpasset arbeidsmengden, og lokalt lederskap som fremhever fagfokus, tillit og handlingsrom, er det trolig gode sjanser for at spesialistflukten kan bremses.

## Referanser

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

AHUS. (2022). *Åpnet kveldspoliklinikk for å ta igjen etterslepet.* <https://www.ahus.no/nyheter/apnet-kveldspoliklinikk-for-a-ta-igjen-etterslepet>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa

Beach, L. R. (1990). *Image theory: Decision making in personal and organizational contexts.* Wiley.

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

Felps, W., Mitchell, T. R., Hekman, D. R., Lee, T. W., Holtom, B. C., & Harman, W. S. (2009). Turnover contagion: How coworkers' job embeddedness and job search behaviors influence quitting. *Academy of Management Journal*, 52, 545–561.

Finans Norge (2023). *Helseforsikring.* <https://www.finansnorge.no/tema/statistikk-og-analyse/forsikring/helseforsikring/>

Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report*, 8 (4), 597-607. <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR8-4/golafshani.pdf>

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

- Haug, C. (2003). Private flyktninger. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 123, 3003.  
<https://tidsskriftet.no/2003/11/fra-redaktoren/private-flyktninger>
- Helsedirektoratet. (2015). *Psykisk helsevern for voksne. Prioriteringsveileder*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helse Vest. (2022). *Regional rapport. Ekstern turnover. Faktabasert kunnskapsgrunnlag. Et viktig grunnlag for de rette tiltakene*. <https://helse-vest.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). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hom, P. W., Lee, T. W., Shaw, J. D., & Hausknecht, J. P. (2017). One hundred years of employee turnover theory and research. *Journal of applied psychology*, 102(3), 530.
- Høie, I. (2003). Spesialiststrøm fra sykehusene – hva så? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 123, 2608-2611. <https://tidsskriftet.no/2003/09/reportasjer/spesialiststrom-fra-sykehusene-hva-sa>
- Johannessen, L. B. (2017). Er vi på full fart mot et todelt helsevesen? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 137, 766-767. <https://tidsskriftet.no/2017/05/aktuelt-i-foreningen/er-vi-pa-full-fart-mot-et-todelt-helsevesen>
- Lee, T. W., & Mitchell, T. R. (1994). An alternative approach: The unfolding model of voluntary employee turnover. *The Academy of Management Review*, 19, 51–89.

Mobley, W. H. (1977). Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 62, 237–240.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.62.2.237>

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

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

Røhme, K. & Kjekshus, L. E. (2001). Når tiden telles – sykehuslegers tidsbruk og arbeidsoppgaver. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 121, 1458-1461.  
<https://tidsskriftet.no/2001/05/klinikk-og-forskning/nar-tiden-telles-sykehuslegers-tidsbruk-og-arbeidsoppgaver>

SINTEF (2020). *Rapport. Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året*.  
[https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020\\_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf)

SSB. (2022). *Statistikkbanken. Helse og sosialpersonell. Tabell 07944*  
<https://www.ssb.no/statbank/table/07944>

SSB. (2023). *Brutto nasjonalprodukt*. <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/faktaside/norsk-okonomi>

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>



van der Burgt, S. M., Nauta, K., Kusurkar, R. A., & Peerdeman, S. M. (2020). A qualitative study on factors influencing the situational and contextual motivation of medical specialists. *International journal of medical education, 11*, 111-119.

VID. (2023). *Fagfolkene er vår viktigste ressurs*. <https://www.vid.no/nyheter/fagfolkene-er-var-viktigste-ressurs/>

Willig, C. (2001). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Buckingham: Open University Press.

Wyller, V.B., Gisvold, S.E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K. & Wyller, T.B. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for den norske legeforening, 133*, 655–659.

## Appendix

### 1. Intervjuspørsmålene:

Intervjuet tok utgangspunkt i de følgende hoved- og underspørsmålene:

- a) Hvilke grunner var utslagsgivende for at du gikk fra å jobbe i de offentlige helsetjenestene og over i de private?

Underspørsmål:

- Kan du si noe om beslutningsprosessen? Var det f.eks. en kort eller lang beslutningsprosess?
- Spilte autonomi, økonomi, eller faglige hensyn inn på valget ditt?

- b) Hva skulle eventuelt vært annerledes ved de offentlige helsetjenestene for at du skulle ha fortsatt i det offentlige?

Underspørsmål:

- Har du forlatt de offentlige helsetjenestene for godt, eller ser du for deg å jobbe i det offentlige igjen på et senere tidspunkt?

- c) Er det noe du savner fra å jobbe i de offentlige helsetjenestene?

Underspørsmål:

- Er det noe annet som du tenker er relevant for meg å vite knyttet til temaet «Spesialistflukt fra de offentlige helsetjenestene»?

Utover dette ble det underveis stilt noen oppfølgingsspørsmål med hensikt å enten oppklare eller å få informanten til å utdype.