

EXAMENSARBETE 2025

Att behålla kompetens i vården - en studie av medarbetares behov och drivkrafter att lämna

Agnes Möller, Ebba Wallenberg

INSTITUTIONEN FÖR DESIGNVETENSKAPER
LTH | LUNDS UNIVERSITET



Retaining competence in healthcare - a study of employee needs and motivations to leave

Copyright © 2025 Agnes Möller, Ebba Wallenberg

Avdelningen för ergonomi och
aerosolteknologi

Ergonomi, MAMM10

Publicerad av

Institutionen för designvetenskaper Lunds Tekniska Högskola, Lunds universitet Box 118,
221 00 Lund

Att behålla kompetens i vården - en studie av medarbetares behov och drivkrafter att lämna

Agnes Möller
ag0825mo-s@student.lu.se

Ebba Wallenberg
eb0422wa-s@student.lu.se

Maj, 2025

Examensarbete inom Medicin och teknik gjord på institutionen för
designvetenskaper och i samarbete med
PricewaterhouseCoopers AB.

Handledare: Christofer Rydenfält, christofer.rydenfalt@design.lth.se
Biträdande handledare: Roger Larsson, roger.larsson@design.lth.se
Amanda von Schinkel, amanda.von.schinkel@pwc.com.

Examinator: Åsa Ek, asa.ek@design.lth.se

Förord

Vi vill först och främst tacka alla vårdanställda som svarat på enkäten och ställt upp på intervjuer. Att så många valde att dela med sig av sina erfarenheter, perspektiv och reflektioner har varit helt avgörande för arbetets innehåll. Särskilt de som deltog i intervjuerna bidrog med djupgående insikter som gav oss en större förståelse för komplexiteten i vården idag. Vi är mycket tacksamma för den tid och det engagemang som lades ner.

Vi vill även tacka våra handledare Christofer Rydenfält och Roger Larsson, som med sin kontinuerliga återkoppling och sitt stöd har hjälpt oss att föra studien framåt. Ett särskilt tack riktas också till Anna Lindgren för hennes värdefulla expertis och vägledning i den statistiska analysen.

Slutligen vill vi rikta ett stort tack till Amanda von Schinkel och resten av teamet på PwC för möjligheten att få genomföra detta projekt i samarbete med dem, och för alla insikter, diskussioner och det intresse som visats under arbetets gång.

Lund, Maj 2025
Agnes Möller & Ebba Wallenberg

Abstract

The Swedish healthcare system is facing a substantial challenge in competence provision, with skilled staff needed in both the private and public sectors. The Swedish government is investing heavily in initiatives and mapping projects aimed at securing future competence supply.

This study aims to identify which factors have the greatest impact on healthcare employees' decisions to either leave or remain in their workplace. This will be analyzed through three different focus areas: the psychosocial work environment, career development opportunities, and digital tools. The study will focus on the three largest occupational groups: doctors, nurses, and assistant nurses.

The study was conducted using a mixed-methods approach. Quantitative data were collected through a survey consisting of closed-ended questions, along with one open-ended question. Qualitative data were collected through semi-structured interviews with individuals in different positions in the healthcare system. Finally, a document study focusing on regional policies and strategies to address this problem was conducted.

The results show that employees within the public sector are more inclined to leave than those in the private sector. Public sector employees are also, on average, younger and have a higher focus on career development opportunities. Salary and workload emerge in the study as central yet difficult issues to resolve, which is why this study also explores factors beyond these two. To provide a sustainable and engaging workplace, the employer needs to ensure a healthy psychosocial work environment. Improved career development opportunities and digital tools can increase motivation, and should be addressed in parallel with the psychosocial conditions. A suggestion to elevate career development opportunities is to establish individual career plans for all employees. This can be combined with a salary progression plan or loyalty incentives to target concerns regarding economic compensation, and thus reduce the intention to leave.

Keywords: Competence provision, Retention rate, Psychosocial work environment, Career factors, Digital tools, Flexibility, Intention to leave, Healthcare

Sammanfattning

Den svenska sjukvården står inför en stor utmaning gällande kompetensförsörjning, där kvalificerad personal behövs inom både privat och offentlig sektor. Regeringen lägger stora resurser på initiativ och kartläggningsprojekt som syftar till att säkra framtida kompetensbehov.

Studien som presenteras i denna rapport syftar till att identifiera de faktorer som har störst inverkan på vårdanställdas beslut om att stanna på eller lämna sin arbetsplats. Detta kommer att analyseras genom tre fokusområden: psykosocial arbetsmiljö, karriärmöjligheter samt teknik och digitala hjälpmedel. Studien kommer att fokusera på de tre största yrkesgrupperna inom vården: läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.

Studien genomfördes med metodtriangulering. Kvantitativ data samlades in genom en enkät bestående av stängda frågor tillsammans med en fritextfråga. Kvalitativ data samlades in genom semistrukturerade intervjuer med personer i olika positioner inom vården. Slutligen genomfördes även en dokumentstudie av regionala styrdokument kopplade till kompetensförsörjning.

Resultaten visar att anställda inom offentlig sektor är mer benägna till att lämna sin arbetsplats än de som arbetar privat. De offentligt anställda är i genomsnitt yngre och lägger större vikt vid karriärmöjligheter. Lön och arbetsbelastning framkommer i studien som centrala men svårlösta problem, därför utforskar studien även faktorer utanför dessa områden. För att skapa en hållbar och utvecklande arbetsplats, behöver arbetsgivaren säkerställa en hälsosam psykosocial arbetsmiljö. Förbättrade karriärmöjligheter och digitala hjälpmedel kan öka motivationen hos de anställda, och insatser kring dessa områden bör genomföras parallellt med de kring den psykosociala arbetsmiljön. Ett förslag för att förbättra karriärmöjligheter är att upprätta individuella karriärplaner för samtliga anställda. Detta kan kombineras med en plan för löneutveckling, eller lojalitetsbonusar för att adressera problematiken kring ekonomisk kompensation och därmed minska intentionen att lämna.

Nyckelord: Kompetensförsörjning, Personalomsättning, Psykosocial arbetsmiljö, Digitala hjälpmedel, Flexibilitet, Avsikt att lämna, Hälso- och sjukvård

Innehåll

1	Introduktion	7
2	Bakgrund	9
2.1	PwC Sverige	9
2.2	Förutsättningarna på dagens hälso- och sjukvårdsarbetsmarknad	9
2.2.1	Arbetsmarknadsanalys	10
2.2.2	Hyrstopp och dygnsvila	11
2.3	Teoretiskt ramverk	12
2.3.1	Faktorer som får arbetstagare att välja att lämna eller stanna	12
2.3.2	Psykosocial arbetsmiljö	15
2.3.3	Karriärmöjligheter	18
2.3.4	Teknik och digitala hjälpmedel	20
2.3.5	Modeller	21
3	Metod	25
3.1	Studiedesign och samarbete med PwC	25
3.2	Regionanalys genom dokumentstudie	25
3.3	Deltagare och kontakt med målgruppen	26
3.4	Utformning av enkätfrågor	27
3.5	Utformning av intervjufrågor	28
3.6	Kvantitativ dataanalys	29
3.6.1	Statistisk analys och tolkning av resultat	29
3.7	Kvalitativ analys	31
3.8	Etiska överväganden	32
4	Resultat	33
4.1	Demografiska aspekter	34
4.2	Regionanalys genom dokumentstudie	35
4.2.1	Sammanfattning av årsrapporter 2023	35
4.2.2	Sammanfattning av mål- och budgetdokument	35
4.2.3	Sammanfattning av strategier	35
4.3	Kvantitativ analys av vårdsektorer	36

4.3.1	Flexibilitetsfaktorer	36
4.3.2	Byte av arbetsplats	42
4.3.3	Anledning att byta från offentlig till privat sektor	45
4.3.4	Psykosocial arbetsmiljö	46
4.3.5	Karriärmöjligheter	49
4.3.6	Teknik och digitala hjälpmedel	50
4.4	Kvantitativ analys av yrkesgrupper	52
4.4.1	Flexibilitetsfaktorer	52
4.4.2	Byte av arbetsplats	58
4.4.3	Anledning att byta från offentlig till privat sektor	61
4.4.4	Psykosocial arbetsmiljö	62
4.4.5	Karriärmöjligheter	65
4.4.6	Teknik och digitala hjälpmedel	66
4.5	Kvalitativ analys	67
4.5.1	Fritextfråga	67
4.5.2	Intervjuer	69
5	Diskussion	77
5.1	Psykosocial arbetsmiljö	77
5.1.1	Flexibilitet	80
5.2	Karriärmöjligheter	81
5.3	Teknik och digitala hjälpmedel	82
5.4	Arbetsgivarens roll och åtgärder	84
5.5	Studiens begränsningar	86
5.6	Framtida arbete	87
6	Slutsats	89
Appendix A	Frågor till enkät	99
Appendix B	Frågor till intervjuer med vårdpersonal	107
B.1	Infotext innan intervjun	107
Appendix C	Frågor till intervjuer med chefer	111
C.1	Infotext innan intervjun	111
Appendix D	Kategorisering av “Annat”	113
Appendix E	Tematisk analys	119
E.1	Fritextfrågan	119
E.2	Intervjuer	121
Appendix F	Utökade demografiska faktorer	125
Appendix G	Fullständig regionanalys genom dokumentstudie	127

Kapitel 1

Introduktion

Den svenska välfärdssektorn står inför en omfattande kompetensutmaning. Under perioden 2019 till 2029 beräknas behovet av nya anställda uppgå till cirka 132 000 personer, samtidigt som 336 000 pensionsavgångar beräknas behöva ersättas [1]. Inom vård och omsorg är behovet särskilt stort, drivet av en åldrande befolkning och en ökande andel i kontakt med vården. Statistiska centralbyråns, SCB, analys av trender och prognoser för 2040 visar tydligt att flera vårdrken, däribland sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor, likt idag kommer att vara bristyrken [2]. De senaste 10 åren har också dess genomsnittliga sysselsättningsgrad, dvs. antalet arbetade timmar, ökat kraftigt. Om heltidsarbetet kan fortsätta öka i samma takt nästkommande tio år kommer det att minska rekryteringsbehoven med nästan en tredjedel [1]. För att uppnå detta behöver vårdens aktörer bli attraktivare arbetsgivare, bli bättre på att nyttja de kompetenser som redan finns bland medarbetarna samt skapa bättre förutsättningar för ett hållbart arbetsliv [3]. För att förstå varför medarbetare väljer att lämna sin arbetsplats krävs det en kartläggning av dessa specifika faktorer. Kompetensutmaningen inom vården handlar inte enbart om att utbilda fler vårdmedarbetare de kommande åren, utan också om att minska personalomsättningen för att säkerställa en stabil och kvalitativ sjukvård. Förlust av erfarenhet och kompetens gör det på lång sikt svårare för verksamheterna att utvecklas.

Denna studie kommer att analysera vilka faktorer som väger tyngst i beslutet att byta arbetsplats jämfört med att stanna kvar och därmed syfta till att besvara frågan *Vilka är nyckelfaktorer för att behålla och utveckla medarbetare på en arbetsplats inom vården?*. Denna huvudfråga delas upp i fyra underfrågor där de tre första är kopplade till varsitt fokusområde; 1) *Vilken roll spelar psykosocial arbetsmiljö i beslutet att stanna eller lämna sin arbetsplats*, 2) *Vilken roll spelar karriärmöjligheter i beslutet att stanna eller lämna sin arbetsplats*, och 3) *Vilken roll spelar teknik och digitala hjälpmedel i beslutet att stanna eller lämna sin arbetsplats?*. Till sist kommer även frågan 4) *Vad kan arbetsgivaren göra för att i högre grad kunna behålla personal och skapa en mer hållbar arbetsmiljö?* att undersökas för att konkretisera lösningsförslag. Studien genomförs i samarbete med PwC Sverige och kommer att ingå i deras analys av personalomsättning inom vården.

Det finns en rad studier som visar på att psykosocial arbetsmiljö är kopplad till intentionen att sluta eller stanna på en arbetsplats. Till exempel visar Sellgren et al. [4] på att arbetsbelastning, arbetsmotivation och organisatoriska förutsättningar är avgörande faktorer för personalomsättningen. Även schemaläggning och möjligheten till en flexibel arbetsstruktur har visat sig vara en viktig aspekt, vilket gör det relevant att inkludera flexibilitet i denna kategori [4]. Strukturerade karriärplaner och rotationstjänster har också visat sig kunna minska personalomsättningen bland yngre sjuksköterskor [5]. Vidare har teknik och digitala hjälpmedel allt större inverkan på arbetsmiljön inom vården. Digitalisering och tekniska hjälpmedel kan både minska administrativa bördor och förbättra arbetsflöden, men de kan också upplevas som en källa till stress och ineffektivitet om systemen är bristfälliga [6]. Detta är också ett område som är mycket omdiskuterat just nu då flertalet regioner har eller kommer byta journalsystem inom en snar framtid. Eftersom teknologins roll i vårdarbetet fortsätter att expandera och förändras är det relevant att inkludera detta område för att förstå dess påverkan på personalens trivsel och vilja att stanna kvar i yrket.

En avgränsning som gjordes i studien var att endast fokusera på yrkesgrupperna läkare, sjuksköterska och undersköterska. Dessa tre grupper är de största yrkesrollerna inom sjukvården och utgör tillsammans en majoritet. Dessa yrkesgrupper har olika arbetsvillkor, ansvarsområden och karriärvägar, vilket gör det intressant att undersöka om det finns faktorer som skiljer dem åt i frågan om att stanna på eller lämna sin arbetsplats [7].

Forskningsfrågorna kommer att undersökas genom en enkätstudie och intervjuer med personer i olika positioner i vården. Den insamlade datan kommer att analyseras med syfte att se trender utifrån demografiska faktorer såsom yrkesgrupp, ålder eller sektortillhörighet. Vidare kommer det att undersökas om flödet av kompetens som idag lämnar den offentliga sjukvården för privata eller kommunala arbetsgivare kan förebyggas. Utöver att besvara ovanstående frågor är målet med studien att ge förslag på möjliga åtgärder för en mer hållbar vårdsektor, där arbetsgivare skapar förutsättningar som främjar långsiktig trivsel och i ett större perspektiv en stabil kompetensförsörjning.

Kapitel 2

Bakgrund

I följande avsnitt kommer först företaget PwC att presenteras, därefter de arbetsmarknadsrelaterade utmaningar som hälso- och sjukvården står inför att beskrivas och sist kommer examensarbetets teoretiska ramverk att presenteras.

2.1 PwC Sverige

PwC Sverige är en del av det globala företaget PricewaterhouseCoopers AB och erbjuder tjänster inom skatt, revision och rådgivning. I Sverige arbetar företaget även med verksamhetsutveckling och rådgivning inom offentlig sektor, inklusive hälso- och sjukvård. Inom detta område bistår PwC bland annat med studier, analyser och strategiutveckling genom omställning och digitalisering av vårdorganisationer. Enligt PwC:s egen beskrivning arbetar de med både struktur och process, och stöttar såväl styrning och ledning som konkreta arbets sätt i hälso- och sjukvården [8]. Denna studie är en del av en analys som genomförs på både offentlig och privat sektor angående kompetensförsörjning i vården.

2.2 Förutsättningarna på dagens hälso- och sjukvårdsarbetsmarknad

Rikstermsbanken definierar kompetensförsörjning som att “på kort och lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens”. Kompetensförsörjning kan delas upp i följande underkategorier: analys av kompetensbehov, utbildning, rekrytering, hur medarbetarnas tid och kompetens används samt behålla medarbetare med rätt kompetens [9]. 2022 redovisade samtliga regioner brist på röntgensjuksköterskor, specialistläkare samt specialistsjuksköterskor [10]. I Regeringens budgetproposition för 2023 avsattes 3.2 miljarder kronor för arbetet med kompetensförsörjning. I januari samma år fick Socialstyrelsen i uppdrag att lägga fram förslag på en nationell plan för kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård, med en budget på 5 miljoner kronor för att arbeta fram dessa förslag. Utöver detta

avsatte regeringen även 500 miljoner kronor under 2023, och därefter 400 miljoner kronor årligen, för att öka vidareutbildning för sjuksköterskor. Från och med 2023 avsätts även 100 miljoner kronor årligen för att främja karriärmöjligheter. Det satsas alltså mycket på kompetensförsörjning på en nationell nivå, och för att dessa resurser ska användas så effektivt som möjligt behövs det mer forskning som involverar vårdanställda och planlägger hur man ska nå deras önskemål samt vilka resurser som behövs [10].

2.2.1 Arbetsmarknadsanalys

Ett sätt att indikera hur väl arbetsgivare lyckas med att attrahera, rekrytera och kanske framförallt behålla personal är att analysera hur personal rör sig på arbetsmarknaden. Utöver insikter om personalplanering och karriärvägar tydliggörs även vilka aktörer som har ett övergripande ansvar för exempelvis verksamhetsförlagd utbildning, VFU, för studenter och introduktion av nya medarbetare. Under pandemiåren under januari 2020 och december 2022 undersöktes arbetsmarknadsrörelserna för sjuksköterskor som tog examen 2014, 2017 eller 2019 [11]. Sjuksköterskor utgör den största legitimerade yrkesgruppen inom hälso- och sjukvården, vilket gör deras yrkesutveckling viktig för både vårdgivare och lärosäten. Rapporten påvisade att ungefär var femte sjuksköterska som började inom regionen efter examen hade bytt till privat eller kommunal sektor vid studiens slut, efter tre års tid. Den totala andelen av sjuksköterskor inom offentlig sektor minskade från 83% i januari 2020 till 79% i december 2022. Under samma period ökade andelen anställda inom privat sektor från 12% till 15%. Det skedde även en ökning av anställningar hos bemanningsföretag, i Region Stockholm var ökningen från 7% till 13%, medan ökningen i övriga landet var 0–3 procentenheter [11].

Ser man till löneskillnaden mellan de olika sektorerna på nationell nivå finns det vissa skillnader. Den genomsnittliga lönen 2023 för en grundutbildad sjuksköterska är högst inom privat sektor med 47 400 kr per månad. Detta kan jämföras med 38 600 kr per månad inom regionen. För undersköterskor på vård- och specialistavdelningar är det mindre skillnad mellan sektorerna med 33 000 kr inom privat och 32 700 kr inom offentlig sektor. För specialistläkare är månadslönen 92 200 kr inom privat sektor och 92 300 kr inom offentlig sektor. En ST-läkare har däremot 59 000 kr hos en privat arbetsgivare och 55 600 kr hos en offentlig. [12].

Under 2022 gjordes en undersökning bland Läkarförbundets medlemmar som visade att 39% av läkare hade under det senaste året övervägt att byta arbetsplats på grund av arbetsbelastningen. 38% övervägde att gå ner i tjänst, och 21% att lämna yrket helt. Läkare med utbildningstjänst är överrepresenterade i denna statistik då 29% av dem övervägde att lämna yrket helt. Samma siffra är endast 17% bland färdigutbildade specialister eller överläkare. Detta är oroande då de läkare med utbildningstjänst är sjukvårdens framtid, och en sådan hög siffra kan komma att innebära stora svårigheter att upprätthålla kompetensförsörjningen. Vid jämförelse av privat och offentlig sektor är missnöjet större i den sistnämnda; 39% inom offentlig sektor överväger att byta arbetsplats, gentemot 35% inom privat sektor [13].

SCB och Nationella vårdkompetensrådet har tagit fram prognoser över antalet examinerade och antalet sysselsatta som förväntas lämna arbetskraften under perioden 2023–2040. De studerade arbetsgrupperna var sju utvalda legitimationsyrken, däribland läkare och sjukskö-

terskor. Prognosen säger att antalet examinerade sjuksköterskor under perioden totalt sett kommer att överstiga antalet som lämnar arbetskraften med totalt cirka 61 800 personer. Detta innebär att sjuksköterskeyrket förväntas ha en positiv nettoökning av personal under prognosperioden. Prognosen omfattar både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor, men exkluderar barnmorskeutbildningen [14]. Detta ses som positiva siffror för kompetensförsörjningsproblemet, men det finns ändå en oroande trend där många erfarna medarbetare väljer att lämna.

Vidare i prognosen diskuteras den bredare slutsatsen att om de rörelsetrender som finns idag inte avtar riskerar hela den svenska hälso- och sjukvården att få sämre kvalitet och att allmänhetens förtroende för sjukvården kan försämrans. När erfarna sjuksköterskor lämnar den offentliga sektorn för privata vårdgivare eller bemanningsföretag försämrans möjligheten att hantera komplexa patientfall, bedriva forskning och handleda studenter under deras VFU. Som en konsekvens introduceras nyutexaminerade sjuksköterskor av mindre erfaren personal, vilket kan påverka kvaliteten på handledningen och därigenom återväxten av kvalificerad personal. Utöver specifika personaltapp kan frekventa arbetsgivarbyten bland sjuksköterskor begränsa möjligheten till kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling inom en specifik verksamhet. Bemanningssjuksköterskornas framväxt är en snabb lösning på kortsiktiga behov men i längden leder det till högre kostnader för vårdgivarna. Då bemanningssjuksköterskorna ofta byter arbetsplats kan det även vara svårt att upprätthålla stabila vårdteam och långvariga patientrelationer, vilket också det påverkar vården negativt i framtiden. Eftersom alla aktörer inom hälso- och sjukvården konkurrerar om samma begränsade resurser blir det avgörande att kompetens och specialistkunskap fördelas strategiskt till de verksamheter där behoven är som störst. Dels för att uppfylla kraven i hälso- och sjukvårdslagen men också på grund av de etiska riktlinjer som finns [14].

2.2.2 Hyrstopp och dygnsvila

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är en central aktör i utvecklingen av svensk välfärd, och är Sveriges största arbetsgivarorganisation genom att täcka in samtliga kommuner och regioner i landet. Genom att erbjuda samordning, kunskapsutbyte och rekommendationer verkar SKR för att stärka kapaciteten och effektiviteten inom bland annat hälso- och sjukvården. Organisationen driver även utredningar och analyser kring aktuella utmaningar i sektorn, med syfte att bidra till långsiktiga lösningar i linje med nationella mål. [15]

En särskilt aktuell fråga där SKR spelat en tydlig vägledande roll är användningen av hyrpersonal i vården. Efter coronapandemin ökade andelen hyrpersonal inom vården, och således även kostnaderna för dessa. 2020 mättes andelen hyrpersonal till 3,6% och en kostnad på 5.64 miljarder kronor, 2023 var motsvarande siffror 5,1% och 9.28 miljarder kronor [16]. I september 2023 kom en rekommendation från SKR som fastställde att användningen av hyrpersonal i regionens verksamheter ska minska kraftigt. Utmaningen med en sådan omställning som syftar till att skapa bättre arbetsmiljö på längre sikt, är att lyckas genomföra den utan att verksamheten och dess patienter blir lidande på kort sikt [17]. Vid tidpunkten för denna rekommendation, hade insatser redan genomförts i många regioner, och tre stycken redovisade redan procentuella minskningar av hyrkostnader jämfört med tidigare år. SKR uttryckte dock i sin rekommendation att det är av största vikt att detta arbete fortsätter och trappas

upp. Beroende på lokala omständigheter har regionerna arbetat med detta i olika takt, där vissa har infört totala hyrstopp, medan andra fortfarande är i behov av hyrpersonal för att hålla verksamheten flytande. En av regionerna som har infört hyrstopp är Region Skåne, som i januari 2024 införde detta gällande sjuksköterskor, och i oktober samma år utökade hyrstoppet även till läkare. Sedan januari 2025 omfattar hyrstoppet samtliga specialiteter inom specialistvården, samt en majoritet av de vårdcentraler som regionen driver [18]. Vid årsskiftet 24/25 införde även Region Dalarna hyrstopp för sjuksköterskor, med undantag för akut- och rättspsykiatri [19]. Utöver dessa två regioner har i april 2024 även sex andra regioner infört hyrstopp gällande minst en yrkesgrupp [20]. I SKR:s rapport kring hyrkostnader för 2024, hade andelen av den totala personalen sjunkit till 3,1%, motsvarande en sänkning av kostnaden till 5.95 miljarder kronor. Denna förändring innebär på nationell nivå en minskning av hyrbemanning med 35,8% - motsvarande 3.3 miljarder kronor i insparade kostnader jämfört med 2023 [21].

Ytterligare ett relevant direktiv är det som infördes av EU år 2007 kring dygnsvila, som fastställde att alla arbetstagare i medlemsländerna har rätt till minst elva timmars sammanhängande vila varje dygn. Dessa regler applicerades dock inte på kommunala och regionala arbetsplatser, då kollektivavtalen inte fullt ut följde direktivet, och således möjliggjorde avvikelser. Efter att EU-kommissionen uppmanat Sverige att införa direktivet även inom kommuner och regioner, arbetade aktuella fackförbund tillsammans med SKR fram ett förtydligande av dessa regler, och sedan 1 oktober 2024 ska alla arbetsplatser inom hälso- och sjukvård följa detta EU-direktiv. En konsekvens blir utökad arbete med en hållbar schemaläggning från arbetsgivarens sida, som både säkerställer att verksamheten upprätthålls, och elva timmars dygnsvila för alla anställda. Detta påverkar särskilt de vårdenheter vars verksamhet fortgår dygnet runt. I nästa led påverkas även kompetensförsörjningen, då de nya lagarna i många fall medför ett behov av fler anställda [22].

2.3 Teoretiskt ramverk

I följande avsnitt kommer det först att redogöras för faktorer som i tidigare forskning och undersökningar visat sig bidra till om personal väljer att lämna arbetsplatser, därefter redovisas teori kopplad till studiens tre underfrågor: psykosocial arbetsmiljö, karriärmöjligheter och teknik och digitala hjälpmedel.

2.3.1 Faktorer som får arbetstagare att välja att lämna eller stanna

Halbesleben och Wheeler introducerade två begrepp som påverkar anställdas intention att lämna sin arbetsplats; arbetsengagemang och arbetsinbäddning [23]. Dessa två begrepp är relaterade, men fortfarande empiriskt distinkta. Arbetsengagemang berör känslomässig och motivationsmässig investering i arbetet, medan arbetsinbäddning fokuserar på strukturella faktorer som håller kvar en anställd på sin arbetsplats. Av de två begreppen är arbetsinbäddning det som påverkar intentionen att lämna starkast. En god arbetsinbäddning innebär starka sociala band och att en uppsägning leder till stora upppoffringar, vilket minskar sannolikheten att lämna. För att minska personalomsättning är det alltså arbetsinbäddning som

arbetsgivaren bör fokusera på. Om målet snarare är att öka prestationsnivån, är det arbetsengagemang som bör stå i centrum [23].

I en studie framkom fyra olika orsaker till att medarbetare väljer att lämna sin arbetsplats; missnöjesfaktorer, attraktionsfaktorer, förutbestämd karriärplan samt negativ chock. [5]. Negativ chock innebär en plötslig och oväntad händelse såsom en konflikt med en kollega eller chef eller en markant organisatorisk förändring. Studier som gäller specifikt hälso- och sjukvården indikerar att missnöjesfaktorer är den främsta orsaken till att lämna. Missnöjesfaktorer kan uppkomma både på arbetsplats- och organisatorisk nivå, och kan röra ämnen som arbetsbelastning, karriärmöjligheter, handlingsutrymme, lön och schemaläggning. Det är viktigt att kartlägga varför anställda väljer att lämna sin arbetsplats, för att veta vilka åtgärder man bör ta som arbetsgivare. Exempelvis är det ineffektivt att locka med attraktionsfaktorer såsom högre lön, om anledningen till att den anställda lämnar beror på missnöjesfaktorer såsom problematisk schemaläggning eller otillräckliga karriärmöjligheter [5].

I Västra Götalandsregionen, VGR, har en enkät sedan januari 2020 skickats ut till samtliga anställda som avslutar sin anställning. Enkäten har skickats både till dem som byter internt och de som lämnar helt för extern anställning. Under drygt två år samlades det in ungefär 6000 svar från 17 yrkesgrupper, vilket motsvarar en svarsfrekvens på cirka 60%, som sedan användes i rapporten "Tack för mig" för att besvara frågan varför medarbetare lämnade [24]. Över samtliga yrkesroller är det ungefär två tredjedelar som väljer att lämna VGR helt och hållet. Av dem som går vidare till en annan arbetsgivare går ungefär 40% till privat verksamhet. För läkare och undersköterskor ligger det på strax under 40% medan andelen som går till privat verksamhet av sjuksköterskorna är kring 30%. Bland de resterande 60% av läkarna går ungefär hälften till en annan region medan det hos sjuksköterskorna är mer vanligt att gå till en kommunal arbetsplats, ca 40% av de resterande. Bland undersköterskor är det betydligt fler, 25%, som när de lämnar sin arbetsplats också helt lämnar professionen. Samma siffra bland läkarna är drygt 3%. Detta är i linje med att många undersköterskor, ca 15%, slutar för att påbörja studier. För sjuksköterska är denna siffra kring 5% medan den är under 1% för läkare. I avgångsenkäten har medarbetarna fått bedöma hur olika faktorer påverkat deras beslut att avsluta sin anställning, från *mycket stor betydelse* till *mycket liten betydelse/ingen betydelse alls*. De sju huvudorsakerna som listades var:

- Den organisatoriska arbetsmiljön - 64%
- VGR som arbetsgivare - 54%
- Det specifika yrket/professionen - 54%
- Personliga/privata omständigheter - 47%
- Tillfälligheter/Yttre omständigheter - 37%
- Den sociala arbetsmiljön - 31%
- Den fysiska arbetsmiljön - 29%

Siffran efter nämnda orsaker är procentandel som rankar faktorn som har haft *ganska stor betydelse* till *mycket stor betydelse* till deras avgång. Resultaten visar att den främsta orsaken till att medarbetare lämnar VGR är den organisatoriska arbetsmiljön. Det är flera problem som lyfts i samband med detta område, men det mest frekventa svaret är bristfälligt ledarskap och uppskattning från ledningen samt arbetsbelastning. Överlag ses faktorer kopplade till ledarskap som det övergripande problemet. Ifrån fritextsvar kan det utläsas att ungefär

600 medarbetare pratar om “destruktivt ledarskap” där brist på struktur, ansvarstagande, kommunikation och särbehandling exemplifieras. Andra missnöjen hos medarbetarna är en frånvarande chef, bristande lyhördhet, bristande kompetens eller att chefen har omöjliga förutsättningar. Inom den organisatoriska arbetsmiljön nämner också flera läkare den höga administrativa belastningen. Då enkäten visar att de främsta orsakerna till att medarbetare lämnar VGR är direkt kopplade till organisationen och arbetsmiljön, ges utrymme för arbetsgivaren att påverka och förbättra dessa faktorer. “VGR som arbetsgivare” och “Det specifika yrket/professionen” har en delad andra plats av avgörande faktorer. Inom detta segment nämns dålig löneutveckling, låga lönenivåer och bristfällig styrning. Även för det specifika yrket nämns lönen, men också att yrket har dåliga karriärmöjligheter. Privata omständigheter kan exempelvis vara flytt från orten eller kortare pendling, men kan också vara relaterade till arbetsbelastning och arbetstid.

Då rapporten består av 17 yrkesgrupper och inte enbart klinisk personal utan även personal inom kök, tvätt, städ, tekniker och handläggare, blir det svårt att dra för mycket slutsatser om de tre utvalda målgrupperna utifrån dessa siffror. Nedanstående ranking är för de berörda yrkesgrupperna för VGR:s rapport, se tabell 2.1.

Tabell 2.1: Egen tabell av *Topp tre huvudorsaker till avgång per yrkesgrupp* [24]. Siffran 1, färgkodad med klargrön färg i tabellen, markerar den högst rankade orsaken till avgång. Siffran 2, i svagt grön färg, är den näst högst rankade orsaken, och siffran 3, i gult, är den faktor med tredje högst ranking.

	Organisation		Arbetsmiljö			Individ	
	Arbetsgivare	Yrket	Fysisk	Organisatorisk	Social	Privat	Tillfällighet
Läkare	3			1		2	
Sjuksköterskor	2	3		1			
Undersköterskor		2		1		3	

“Tack för mig” redogör även för faktorer på individ-, arbetsplats-, organisations- samt samhällsnivå som spelar in när man väljer att stanna på eller lämna sin arbetsplats. Faktorer på individnivå kan vara kön, motivation, ålder och antal år i yrket. Yngre personer är mer benägna att lämna sin arbetsplats, liksom personer med högre utbildning, och män är mer benägna att lämna än kvinnor. Även färre år i yrket talar för att lämna. En hög arbetstillfredsställelse minskar sannolikheten att byta arbetsplats, medan den ökar vid stress. Faktorer gällande arbetsplatsen eller organisationen innefattar ledarskap, utvecklingsmöjligheter och den organisatorisk arbetsmiljön. Dessa kan öka motivationen att lämna genom bristande uppskattning från ledningen, begränsade karriärmöjligheter samt otillräckliga sociala relationer [24].

En studie av Jutegren et al. [25] visar att arbetskrav har en direkt koppling till undersköterskors avsikt att lämna samt att brist på resurser vägde tyngre för sjuksköterskors avsikt att lämna. Studien visar också att vissa resurser kunde lindra effekten av för höga krav, för sjuksköterskor var detta socialt stöd och organisatorisk rättvisa. För undersköterskor däremot var det endast organisatorisk tydlighet och interprofessionellt samarbete som mildrade effekten av höga krav. Gemensamt för yrkesgrupperna var att inga resurser kunde väga upp för för höga kvantitativa krav eller illegitima arbetsuppgifter. För arbetsgivare innebär detta att arbeta för att de anställda inte sätts i dessa situationer från början, alltså behövs det fokus på att sänka kraven, och inte enbart öka resurserna. En annan slutsats från detta arbete är att

instanser bör anpassas till yrkesgrupp, och att en generell strategi inte är lika effektiv [25].

SwAge-modellen, framtagen av K. Nilsson, är utvecklad för att främja ett hållbart arbetsliv i alla åldrar och lyfter fram vilka faktorer som påverkar individers beslut att stanna kvar i arbetslivet. [26]. Det nämns samtidigt att förutsättningarna i arbetslivet är en avgörande faktor för individens åldrande, där en bristande arbetsmiljö leder till fysisk och mental utmattning och därmed påskyndar åldrandet. I modellen delas åldrande in i fyra kategorier; biologiskt, kronologiskt, mentalt samt socialt åldrande. När man talar om åldrande idag är det oftast kronologiskt åldrande man syftar till, men för att skapa en hållbar arbetsplats behövs även resterande tre kategorier tas i beaktning. Tre insatsnivåer identifieras; individ-, organisations- samt samhällsnivå. På individnivå handlar det om hälsa, motivation och ekonomiska förutsättningar för att arbeta längre. På organisationsnivå måste arbetsgivare skapa en arbetsmiljö som stödjer individers arbetsförmåga genom att exempelvis erbjuda flexibla arbetsvillkor, ergonomiska anpassningar och livslångt lärande. På samhällsnivå spelar lagstiftning och arbetsmarknadspolitik en viktig roll, men det är samtidigt nödvändigt att skapa en vilja hos individen att vara kvar i arbetslivet. Det är inte hållbart att enbart använda lagar för att förändra exempelvis pensionsåldern [26]. Baserat på yrke och arbetssituation kan en eller flera av dessa faktorer ha större inflytande över beslutet än de andra. Följande nio faktorer som påverkar arbetsdeltagande beskrivs:

- Självskattad hälsa och diagnoser
- Fysisk arbetsmiljö och förebyggande av skador
- Mental arbetsmiljö och stress
- Arbetstid, arbetstakt och återhämtning
- Privatekonomi
- Socialisering
- Upplevelse av organisationens och ledningens attityd, socialt stöd och diskriminering
- Stimulans och arbetstillfredsställelse
- Kompetens och utvecklingsmöjligheter

2.3.2 Psykosocial arbetsmiljö

Psykosocial arbetsmiljö är ett brett begrepp som kan sammanfattas som de sociala och psykiska faktorer på en arbetsplats som påverkar medarbetarnas välmående och trivsel. Psykosocial arbetsmiljö benämns av Arbetsmiljöverket som organisatorisk och social arbetsmiljö. Organisatorisk arbetsmiljö avser de villkor och förutsättningar som finns på en arbetsplats, exempelvis arbetsorganisation, ledning, fördelning av arbetsuppgifter, kommunikation och delaktighet [27]. Den sociala arbetsmiljön handlar om de förutsättningar som finns för samarbete och socialt stöd mellan kollegor och från chefer på arbetsplatsen. Det är arbetsgivaren som ansvarar för att den organisatoriska och sociala arbetsmiljön är god. Detta arbete innefattar att systematiskt förebygga och hantera risker som kan leda till ohälsa bland de anställda. Arbetsmiljöverket beskriver tre områden som utgör hot mot en välfungerande arbetsmiljö: ohälsosam arbetsbelastning, arbetstidens förläggning samt kränkande särbehandling [28].

Ett starkt kännetecken för en välfungerande arbetsplats är en god teamkänsla där sammanhållningen sträcker sig över yrkesgrupperna på värdenheten, så att alla känner sig hörda och

att det inte finns någon hierarki. Att samtliga professioner lär av varandra leder till en bra gruppdynamik samt en miljö som främjar kunskapsutbyten [5]. Kollegorna är inte bara en del av en gemenskap och ett socialt sammanhang, utan kan också vara viktiga för stöd i arbetsuppgifter. Det kan även göra att arbetsuppgifter utförs bättre, vilket i nästa steg kan förbättra patientsäkerheten. Exempelvis gjordes en studie i USA där 17 intensivvårdsteam skattade samspelet och effektiviteten i teamen; detta jämfördes sedan med dödstalen för varje enhet och hur de ändrades över tid. Mer välfungerande team uppvisade lägre dödlighet på sina mottagningar [29].

Det beskrivs också att ledarskap är en central faktor i teamets gruppdynamik. På en vårdenhets verksamhetschefen ofta ledaren högst i hierarkin, men beroende på teamets sammansättning kan ledarrollen även axlas av andra personer i andra professioner. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är verksamhetschefen den som bär ansvaret för verksamheten och hur vården bedrivs. [14]. I förlängningen innebär det att denne blir ansvarig för att patientsäkerhet och samordning upprätthålls. Ett gott ledarskap är en viktig kugge i det arbete som pågår med kompetensförsörjningen, och en förutsättning för detta är hur många underställda arbetare varje chef förfogar över. Inom vissa kvinnodominerade arbetsområden i vården har varje chef 30–31 underställda i snitt, jämfört med chefer i andra arbetsområden som har 13–20 medarbetare per chef i snitt. Ett lägre antal underställda är framförallt lämpligt när de anställda har stora eller spretiga ansvarsområden, i en föränderlig organisation eller när det finns ett behov av kunskapsöverföring. Detta är faktorer som stämmer bra överens med många delar av hälso- och sjukvården. För stora arbetsgrupper resulterar i överbelastade chefer och därmed sämre ledning, vilket sänker kvaliteten på arbetsmiljön och även engagemanget hos de anställda. SKR har arbetat fram en checklista som beslutsstöd till hur många medarbetare per chef som är rimligt; dessa punkter handlar bland annat om vilken typ av verksamhet det är, medarbetarnas kompetens och chefens erfarenhet. VGR var först med att införa en konkret rekommendation på 10–35 medarbetare per chef. 2021 införde Uppsala kommun ett rekommenderat maxantal på 30 medarbetare per chef. Nationella vårdkompetensrådet har lagt fram ett förslag till insats som säger att regioner och kommuner bör besluta om ett normspann för antal medarbetare som verksamhetschefen har ansvar för. Anledningen till att ett sådant spann bör bestämmas på regional eller kommunal nivå istället för nationell är för att möjliggöra lokal anpassning. Verksamhetens utformning, medarbetares kompetens och andra faktorer kan skilja sig markant åt, och detta tillvägagångssätt är mer flexibelt med detta i åtanke [14].

Värdföretagarna genomförde en undersökning av arbetsmiljön inom privat och offentlig sektor [30]. Undersökningen visade att privat sektor hade ett Arbetsmiljöindex på 68, medan motsvarande siffra för offentlig sektor var 58. Arbetsmiljöindex är ett övergripande värde på arbetsmiljön som använder skala 0–100, där 100 är det bästa värdet. En skillnad på två enheter eller mer motsvarar en statistiskt säkerställd skillnad mellan privat och offentlig sektor, alltså är den uppvisade differensen på tio enheter en markant skillnad. I tabell 2.2 redovisas de kvalitetsområden som studien innefattade samt differenser mellan offentlig och privat sektor. Varje kvalitetsområde utgjordes av ett fåtal frågor kring ämnet, enkäten innehöll totalt 32 frågor. På samtliga frågor uppvisade privat sektor ett högre betyg än offentlig sektor. Som ses i tabell 2.2 är lön och förmåner det område med störst skillnad, följt av ledning och organisation, hållbarhetsarbete och arbetsförhållanden. Lägst skillnad är det gällande kol-

legiala relationer och dagligt arbete. Ser man till enskilda frågor är “Din lön i förhållande till arbetsinsats” med 13 enheter och “Övriga villkor och förmåner i din anställning” med 14 enheter de frågor som uppvisar störst differens [30]. Som redovisas i tabell 2.2 är det flera faktorer kring psykosocial arbetsmiljö som skiljer sig åt mellan vårdsektorerna, och utöver detta redovisas även skillnad i ett annat av fokusområdena för denna rapport, nämligen karriärmöjligheter.

Tabell 2.2: Skillnad i Arbetsmiljöindex per kvalitetsområde [30]. De områden med störst skillnad i index är de områden där privat sektor är tydligt överträffar offentlig sektor.

Kvalitetsområde	Skillnad i index
Lön och förmåner	13
Ledning och organisation	9
Hållbarhetsarbete	8
Arbetsförhållanden	8
Patientvård och kvalitet	6
Närmaste chef	6
Professionell utveckling	6
Fysisk arbetsmiljö	5
Kollegiala relationer	3
Dagligt arbete	2

Motivation och arbetstillfredsställelse är två faktorer inom psykosocial arbetsmiljö som är avgörande för både individens välmående och organisationers framgång. En medarbetare som känner tillfredsställelse och motivation på arbetet upplever inte bara högre arbetsglädje utan bidrar även till ökad effektivitet och produktivitet [27].

Flexibilitet är ett brett begrepp som har olika definitioner i olika organisationer. Flera organisationer pratar idag om flextid, som ger möjligheten att börja och sluta när man vill de första och sista timmarna av sitt pass. Dock är begreppet flexibilitet i sin helhet bredare än så och kan innefatta allt från schemaläggning, arbetstider och arbetsätt. Enligt Arbetshälsoinstitutet kan flexibelt arbete innefatta tre områden, tidsmässig flexibilitet, tekniska redskap och hur man kommunicerar med andra [31]. Dessa tre punkter gör att flexibilitet kommer att påverka samtliga av denna studies valda huvudområden. Genom att erbjuda flexibla arbetstider kan vårdpersonal planera sina arbetsdagar på ett sätt som främjar balans mellan arbete och privatliv. Detta kan innebära möjlighet att välja arbetstidens början och slut, samt att anpassa arbetstidens längd efter personliga behov. Sådan flexibilitet kan öka arbetstillfredsställelsen och effektiviteten, samtidigt som det minskar stress och förbättrar den psykosociala hälsan. Implementering av flexibla arbetsätt, såsom distansarbete eller mobilt arbete, möjliggör för vårdpersonal att utföra sina arbetsuppgifter på olika platser, exempelvis hemmet, olika verksamhetsställen eller hos patienter. Denna flexibilitet kan leda till ökad arbetsro och bättre koncentration. Det som kan påverkas negativt av ett mer flexibelt arbete kan vara att stödet från kollegor och chefer kan kännas mer avlägset om samtliga personer inte går att kontakta samtidigt. Det kan också ske utmaningar gällande ledarskap om organisationen blir för utspridd [31].

I en studie [5] fick anställda möjligheten att påverka sitt schema genom att få önska arbetspass. Initiativet var ett försök att åtgärda de vanligt förekommande missnöjesorsakerna arbetsbelastning och arbetstider. En intervjuad sjuksköterska från studien beskrev metoden som ett effektivt sätt att öka flexibiliteten och kontrollen över sitt arbete för de anställda.

2.3.3 Karriärmöjligheter

För att kunna behålla kompetent personal, måste arbetsplatsen ses som attraktiv på lång sikt. Detta befästs i en studie [32], som belyser att arbetstillfredsställelse och karriärmöjligheter påverkar intentionen att lämna sin arbetsplats. I och med detta blir det också viktigt att definiera vad det innebär att göra karriär, och vilka karriärmöjligheter de anställda ser. Den klassiska, vertikala karriärtrappan innebär att gå från medarbetare till chef, men idag finns det även en mängd horisontella karriärvägar såsom vidareutbildningar, specialisttjänster, en akademisk karriär och särskilda ansvar, exempelvis projektledare [33]. Dessa olika karriärvägar kan medföra större inkludering av yrkesgrupper som inte har så många klassiska karriärmöjligheter, exempelvis undersköterskor. För sjuksköterskor ses vidareutbildning som ett naturligt steg, där en arbetsgivare tydligt kan stötta sina anställda genom exempelvis utbildningsanställningar, som innebär att personen studerar på deltid och arbetar kliniskt på deltid, med bibehållen lön [34]. För undersköterskor finns inte dessa möjligheter till vidareutbildning och specialisering i samma utsträckning, vilket innebär att alternativa karriärvägar kan spela en större roll [5]. Med detta medföljer krav på en ökad tydlighet från organisationen gentemot dess medarbetare; både gällande vilka möjligheter som finns, och hur man ska gå tillväga för att ta nästa steg i sin karriär. Detta blir den centrala ståndpunkten i frågan eftersom aktiviteter och utbildningar på en arbetsplats inte fyller en funktion, om inte personalen uppfattar dessa som givande. Detta diskuteras i en kommunal studie [35] där vissa anställda uppger att de har en negativ inställning till att utbilda sig internt eller externt då detta kan leda till större ansvar och mer arbetsuppgifter i en roll som redan har en hög arbetsbelastning. Vissa upplever också att utökad formell kompetens inte tas vara på; utan att arbetsuppgifterna och lönen förblir detsamma. Den generella bilden är dock att karriärmöjligheter är något positivt, och en starkt bidragande faktor i valet att stanna på eller lämna sin arbetsplats. Det rapporteras att kommunen har en kompetensförsörjningsplan, men att denna i praktiken inte följs på alla punkter. Exempelvis ska alla anställda enligt denna plan ha en individuell plan för utvecklingsmöjligheter - vilket ingen av deltagarna i studien säger sig ha [35]. Det bör noteras att upplägget och resurserna för kompetensförsörjning kan skilja sig på kommunal och regional nivå, men att denna problematik bör tas i beaktning av både kommunala, regionala och privata arbetsgivare.

Kompetensförsörjning kan delas in i tre faser; in, i och ut. In-fasen fokuserar på att rekrytera medarbetare, i-fasen på att behålla, belöna och utveckla de anställda, och ut-fasen rör kompetensutflöden, alltså medarbetare som frivilligt lämnar arbetsplatsen. Med hänvisning till denna rapports syfte, kommer fokus att läggas på i-fasen. För att göra detta på bästa sätt, finns det så kallade behålla-faktorer, som kan ses i tabell 2.3. Av dessa faktorer är det två som är mer frekvent återkommande i intervjuer med vårdpersonal, främst sjuksköterskor, än de andra; arbetskamrater och närmaste chefen. Som ses i tabell 2.3 anses även faktorer som medbestämmande och möjligheter för lärande och kompetensutveckling vara viktiga. En intressant aspekt i detta arbete är att lön och arbetstider rapporteras vara viktiga faktorer, men

inte direkt avgörande för om en anställd stannar eller lämnar sin arbetsplats [5].

Tabell 2.3: Faktorer för att behålla medarbetare och dess förklaringar [36], egen bearbetning.

Faktorer för att behålla	Förklaring
Ledning och ledarskap	Upplevt stöd från högre ledning
Möjliggörande arbetsmiljö	Tillräckligt med resurser för att klara av arbetsuppgifter, flexibla anställningsvillkor (möjlighet till flextid), trivsamt arbetsplats
Socialt stöd	Delaktighet i teamet, kollegor tillgängliga för praktisk hjälp och emotionellt stöd
Utvecklingsmöjligheter	Möjlighet att utveckla sin kompetens, karriärmöjligheter
Autonomi	Inflytande över sitt arbete, möjlighet att påverka arbetsbelastning genom t.ex. schemaläggning
Lön och kompensation	Rättvis lön sett till prestation och ansträngning samt transparenta beslut om lön
Hanterbar arbetsbelastning	Arbetsbörda anpassad till resurserna och individens förmåga, möjlighet att använda sin kompetens och kreativitet i arbetsbelastning
Balans arbete-fritid	Tillräckligt med tid utanför arbetet

Faktorerna i tabell 2.3 kan delas upp i två nivåer: organisatorisk och individnivå. De fyra förstnämnda faktorerna agerar främst på organisatorisk nivå medan resterande kretsar mer kring individen. En studie talar för att faktorerna på organisatorisk nivå har större inflytande kring huruvida en individ stannar på eller lämnar sin arbetsplats [36]. De anställda som upplever relationen med sin närmsta chef som bra lyfter egenskaper såsom lyhörd, närvarande och tillåtande som centrala [5]. Utöver att skapa en tillfredsställande arbetsplats är uttalad uppskattning och belöning även motivationsfaktorer för karriärutveckling [35]. Gällande lärandemöjligheter bör en arbetsplats både uppmuntra sina anställda att delta i kurser och ledarskapsträning, och stödja möjligheter till lärande i det dagliga arbetet. Ett sätt att uppnå det sistnämnda är genom att erbjuda möjligheter att handleda andra, exempelvis studenter. Detta kommer även med fler fördelar för organisationen, då flera anställda angav handledning under studietiden på aktuell avdelning som en orsak till att de valde sin nuvarande arbetsplats. För att möjliggöra dagligt lärande kollegor sinsemellan är det viktigt att hålla nere personalomsättningen i så stor utsträckning som möjligt. Utöver kompetens specifik för arbetsplatsen, kommer detta även att stärka ett gott socialt klimat, med hög tillit [5].

Man kan även vända på analysen av en attraktiv arbetsplats och se till vilka missnöjesfaktorer som ligger bakom att personal frivilligt lämnar sin arbetsplats, vilket som nämnts tidigare är centralt just för vården. De fem mest frekvent nämnda faktorerna från Gustavsson och Nilssons studie [5] är arbetsmiljö, arbetstider/-belastning, chefens ledarskap, lönen samt karriärutveckling. Gällande karriärutveckling handlar problematiken mycket kring att vårdenheten måste gå runt, och att enskilda individers utveckling får stå åt sidan när detta prioriteras. Ett annat problem kring karriärmöjligheter är informationsspridningen; det är en sak att det finns etablerade modeller för karriärutveckling, och en annan att de anställda tydligt blir

informerade om dessa, och vet hur de ska gå tillväga för att ta nästa steg i sin utveckling. När dessa missnöjesfaktorer blir tydliga uppvisas konkreta tankar på att byta jobb [5]. 2018 gjordes en analys för att kartlägga vilka modeller som fanns för kompetens- och karriärutveckling i fem regioner och fem kommuner [33]. Sådana modeller ska stödja exempelvis specialist-/vidareutbildningar med lön, lokala karriärtjänster, mer omfattande handledaruppdrag samt en akademisk karriär. Att upprätta sådana modeller har flera fördelar; de anställda känner sig trygga med att det finns en plan för deras framtid och erbjuds stöttning i detta, samtidigt som den ökade kompetensen kommer ligga till grund för en bättre vård. Ett exempel på detta är tidigare nämnda utbildningstjänster. Även om många studier är överens om att systematiska modeller för karriär- och kompetensutveckling är något som är värt att lägga resurser på, är det inte alltid de goda idéerna går från teori till praktik. Några framgångsfaktorer som nämns gällande implementering av sådana system är uppföljning och målsättning samt god kännedom kring organisationens resurser för att säkerställa att modellen är anpassad till lokala förutsättningar [33].

2.3.4 Teknik och digitala hjälpmedel

Digitalisering är ett brett begrepp som kan definieras på många olika sätt. En möjlig definition är "anpassningen till digitala teknologier och infrastrukturer av individer, organisationer och samhället" [37]. När begreppet används i denna rapport syftar det till denna definition.

Regeringen har tillsammans med SKR tagit fram en vision som säger att Sverige ska vara världsledande på att "använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet" [38]. I denna rapport kommer fokusområdet primärt vara digitala hjälpmedel snarare än digitala vårdmöjligheter och egenmonitorering. Socialstyrelsen definierar *hjälpmedel för det dagliga livet* som "individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning". Det finns också kategorin *hjälpmedel för vård* som beskrivs som "förskriven medicinteknisk produkt som syftar till att kontrollera, bibehålla och förbättra ett medicinskt tillstånd och som är avsedd att kunna användas utan hälso- och sjukvårdsutbildning". Digitala hjälpmedel kan klassas som allt från påminnelsehjälp till hela journalsystem. I en kartläggning kring tillämpning av digital vård, där 18 av 21 regioner besvarat en enkät, visar det sig att tre fjärdedelar av regionerna 2023 använde sig av digitala hjälpmedel. Det mest använda var påminnelsehjälp och på andra plats kom bildstöd på mobil eller surfplatta.

Enligt en enkätstudie gjord av Läkarförbundet 2023 visade det sig att endast 15% av de svarande inom offentlig sektor anser att digitala systemen som finns idag är lätta att använda. Motsvarande siffra inom privat verksamhet är något högre, nämligen 25%. Det är däremot viktigt att poängtera att detta endast är siffror på hur nöjda läkarna är med systemen och dess enkelhet, det säger nödvändigtvis inte något om hur driftsäkra eller effektiva de är. En viktig faktor bakom skillnaden är att läkare inom privat sektor ofta är mer delaktiga i införskaffandet av digitala system, vilket också ger en högre grad av nöjdhet. Totalt över hela landet är det nära hälften, 42%, som upplever att systemen är svåra att använda, vilket skapar en arbetsmiljö med hög digital stress.

Överlag beskriver läkarna att de digitala verktygen inte är anpassade efter deras arbetsflöden, vilket leder till merarbete. Systemen är ofta oflexibla, svåra att integrera med varandra och kräver dubbel- eller trippeldokumentation. I fritextsvaren beskrivs att de digitala verktygen ofta införs med en överdriven tro på tidsbesparingar, men i praktiken leder de snarare till ökad administration och minskad tid för patientarbete. För att förbättra arbetsmiljön och minska stressfaktorerna menar Läkarförbundet att det krävs att digitala system utformas med större hänsyn till vårdens faktiska behov och arbetsflöden. Vidare exempel i de övergripande krav som Läkarförbundet efterfrågar är att lagstiftningen bör anpassas för att bättre stödja den digitala utvecklingen, och en gemensam inloggning till alla system bör införas. Trådlösa och mobila system för flexibilitet är också önskvärda, samt att dokumentation ska endast behöva ske på ett ställe, med automatiserad dataöverföring för exempelvis kvalitetsregister. Slutligen betonas vikten av kontinuerlig kompetensutveckling för att ta tillvara den nya tekniken [39].

Primära förutsättningar för att digitala hjälpmedel överhuvudtaget ska fungera sägs vara samverkan och informationssäkerhet. Andra framgångsfaktorer lyfts fram vid tidigare tillämpningar av digital vård är bland annat välförankrade beslut, tydlig förändringsledning, tjänstedesign som är framtagen med medarbetare, engagemang från chefer, tid och uthållighet. Det är också viktigt att chefer och medarbetare involveras från början och att användarna får kontinuerligt stöd [40]. En annan studie [41] befäster vikten av att involvera medarbetare; detta leder till mer framgångsrika implementationer av digitala hjälpmedel gentemot situationer där ledningen inte förankrat beslut hos medarbetarna. Detta i sin tur medför att systemen används i större utsträckning i det dagliga kliniska arbetet. Studien jämförde ett införande av ett digitalt system på tre privata kliniker med olika beslutsvägar.

2.3.5 Modeller

I detta avsnitt presenteras etablerade modeller kring det aktuella ämnet, som använts under arbetets gång vid exempelvis utformning av enkät- och intervjufrågor samt dataanalys. De två förstnämnda modellerna, JD-R och Karaseks krav-kontroll-stödmodell, beskriver hur arbetsbelastningen och krav påverkar förutsättningarna att göra ett gott arbete och om när de leder till risk för stress och psykosocial ohälsa. Modellen som beskrivs därefter, KASAM, lyfter istället friskfaktorer och möjligheten att hantera stress. Därefter diskuteras tre modeller kopplat till motivation och behov.

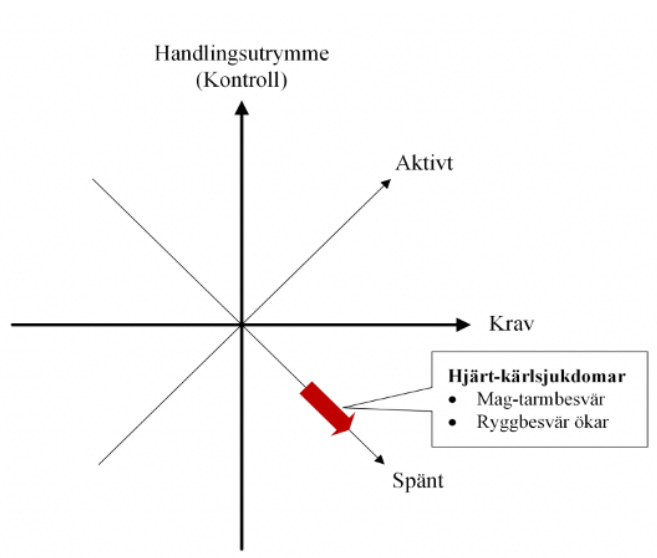
2.3.5.1 JD-R-modellen

Enligt denna modell [42] kan arbetsförhållanden delas in i två kategorier; krav och resurser. Krav syftar till det som belastar medarbetaren, medan resurser är det som stödjer och motiverar i arbetet. För höga krav är den främsta orsaken till utbrändhet, medan brist på resurser är starkast bidragande till bristande arbetsengagemang. Med utbrändhet menas emotionell utmattning, depersonalisering, alltså en känslomässig likgiltighet, samt en känsla av otillräcklighet i arbetet. Arbetskraven innefattar fysiska, sociala och organisatoriska aspekter som kräver markant fysisk eller mental ansträngning, exempelvis tidspress och emotionella krav. Resurser, även kallat friskfaktorer, innefattar fysiska, psykiska, sociala och organisatoriska aspekter som antingen underlättar att uppnå mål i arbetet, minskar arbetskraven eller

stimulerar personlig utveckling. Resurser kan delas upp i interna och externa, där interna resurser syftar till mentala processer och beteendemönster, och externa resurser syftar till organisatoriska och sociala faktorer. Sådana faktorer kan exempelvis vara delaktighet i beslut, kontroll över och variation i arbetsuppgifter samt stöd från kollegor. Denna modell presenterar utbrändhet och bristande arbetsengagemang som två separata processer, kopplade till krav respektive resurser [42].

2.3.5.2 Karaseks krav-kontrollmodell

Karaseks krav-kontrollmodell uppvisar sambandet mellan en dålig psykosocial arbetsmiljö och ohälsa. I modellen presenteras hjärt- och kärlsjukdomar som indikator på ohälsa, eftersom orsaken till andra symptom såsom huvudvärk eller illamående kan vara svårare att bedöma. Enligt modellen är de psykologiska kraven på en individ samt dennes handlingsutrymme de faktorer som spelar störst roll för en god psykosocial arbetsmiljö. Socialt stöd är en tredje aspekt som också är central, och innefattar stöd från både kollegor och ledning. Den sämsta kombinationen är höga krav tillsammans med lågt handlingsutrymme. Däremot är höga krav tillsammans med stort handlingsutrymme den kombination som bäst motiverar till lärande och utveckling [43]. Modellen kan ses i figur 2.1.



Figur 2.1: Egen skiss av Karaseks krav-kontrollmodell [43].

2.3.5.3 KASAM

KASAM står för *Känsla Av Sammanhang*, och är den svenska översättningen av Antonovskys teori *Sense Of Coherence*, SOC. KASAM fokuserar på friskfaktorer istället för att leta orsaker till sjukdom, och utforskar alltså sambandet mellan stressfaktorer, coping och hälsa. Teorin delas in i följande tre komponenter:

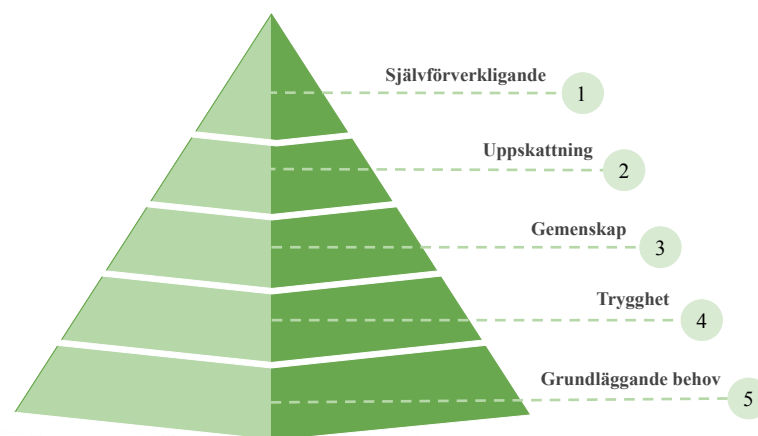
- Begriplighet – en individ kan förutspå och förstå inre och yttre stimuli, och den information som mottas är sammanhängande och tydlig.
- Hanterbarhet – individen känner sig ha både inre och yttre resurser för att klara av utmaningar och krav som ställs på denne.

- Meningsfullhet – de utmaningar individen ställs inför känns värda att engagera sig i, och i förlängningen att livet anses ha en känslomässig innebörd.

En stark känsla av sammanhang ger en person goda förutsättningar för att hantera stress och således bibehålla god hälsa. En hög begriplighet medför att individen kan resonera logiskt även kring händelser som kan kategoriseras som överraskningar eller slumpmässiga. Låg hanterbarhet kan ge känslan av att vara ett offer, eller få oförtjänt hårda krav ställda på sig. Meningsfullhet är den mest avgörande faktorn när det gäller att upprätthålla motivation i svåra situationer [44].

2.3.5.4 Motivation och behov

Det finns flertalet teorier som berör motivation och behov. En som behandlar behov är Herzbergs tvåfaktorteori. Den lyfter att det som krävs för att uppnå en acceptabel arbetstillfredsställelse, alltså att den anställde inte är missnöjd, är att de så kallade hygienfaktorerna är uppnådda. Dessa innefattar fysisk arbetsmiljö, arbetsvillkor, personalpolitik samt lön och andra materiella förmåner. För att öka arbetstillfredsställelsen över en acceptabel nivå behövs även motivationsfaktorer uppfyllas. Dessa faktorer korrelerar till arbetsuppgifter och prestationer, gott ledarskap, samarbete samt möjlighet till ansvar och utveckling. Denna teori går att uttrycka i två steg, hygienfaktorerna berör om den anställde behandlas väl, och motivationsfaktorerna berör om den anställde används väl [27]. Denna modell har likheter med Maslows behovstrappa, där hygienfaktorerna motsvarar behovstrappans tre lägsta nivåer, och motivationsfaktorerna de två översta [45]. En översikt av Maslows behovstrappa syns i figur 2.2.



Figur 2.2: Egen skiss av Maslows behovstrappa [45].

Teorin bakom denna modell är att människor måste tillfredsställa sina grundläggande behov innan man strävar efter mer avancerade mål. Detta blir tydligt i en situation då de grundläggande behoven inte uppfylls, exempelvis är självkänsla inget som prioriteras på ett psykologiskt plan om en människa inte har mat och vatten att tillgå. Det bör dock noteras att det är specifikt i Extremsituationer som de olika nivåerna tydligt skiljs åt, vanligtvis är flera behov aktiva samtidigt. Behovstrappan är relevant för arbetsmiljön då den visar hur olika faktorer, såsom anställningssäkerhet, meningsfullt arbete och karriärutveckling, påverkar anställdas

motivation och trivsel på arbetsplatsen [45].

Självbestämmandeteorin (Self-Determination Theory, SDT) är en teori mer kring motivation. Den skiljer mellan olika typer av motivation beroende på de bakomliggande orsakerna eller målen till en handling. Den mest grundläggande uppdelningen är mellan inre motivation, som innebär att man gör något för att det är intressant eller lustfyllt i sig, och yttre motivation, som handlar om att man gör något för att uppnå ett yttre mål eller belöning. Det har visat sig att kvaliteten på både upplevelsen och prestationen kan skilja sig markant beroende på om en individ agerar utifrån inre eller yttre motivation [46].

SDT betonar även vikten av tre psykologiska behov för att främja inre motivation och utveckling; autonomi, kompetens och samhörighet. Autonomi innebär att individen upplever kontroll över sina egna handlingar och val. Kompetens handlar om känslan av att vara kapabel och att kunna hantera uppgifter och utmaningar. Samhörighet syftar på att känna sig accepterad och ha en meningsfull kontakt med andra. När dessa behov tillgodoses stärks inre motivation, engagemang och långsiktig personlig utveckling. Har människan en känsla av dessa tre nyckelfaktorer är motivationen så hög som möjligt för att utföra vald aktivitet. SDT skiljer sig från andra teorier genom sitt fokus på motivationens kvalitet snarare än kvantitet och erbjuder insikter i hur miljön kan antingen stödja eller hämma människors motivation och psykiska hälsa [47].

Dessa teorier visar att motivation och behov är tätt sammanlänkade och att både yttre och inre faktorer spelar en avgörande roll för individens engagemang och välbefinnande i arbetslivet. Hertzbergs tvåfaktorteori och Maslows behovstrappa ger en strukturerad förståelse för vilka behov som måste tillgodoses för att undvika missnöje respektive främja personlig utveckling. Självbestämmandeteorin kompletterar dessa modeller genom att fördjupa förståelsen för de psykologiska mekanismer som påverkar motivationens kvalitet.

Kapitel 3

Metod

Detta kapitel kommer att behandla uppbygget av den genomförda studien samt vilka metodval som gjorts.

3.1 Studiedesign och samarbete med PwC

Arbetet delades upp i en litteraturstudie, formulering av enkät- och intervjufrågor, kontakt med målgruppen, regionanalys genom dokumentstudie, kvantitativ dataanalys samt tematisk analys. Flertalet av dessa områden överlappade under arbetets gång och har pågått i flera iterationer. De olika metodvalen diskuterades fram med handledare på både Institutionen för designvetenskaper och på PwC under uppstarten av projektet. Även de tre huvudområdena psykosocial arbetsmiljö, karriärmöjligheter samt teknik och innovation bestämdes i samråd. I ett senare skede förändrades det övergripande temat från PwC:s håll, till större fokus på flexibilitet. Detta var en konsekvens av de fynd PwC:s team gjorde under sin litteraturstudie, där beslutet syftade till att smalna av arbetet och möjliggöra en djupare analys. Detta har speglats i arbetet vid exempelvis utformning av enkät- och intervjufrågor. Enligt avtalad arbetsuppdelning fokuserade författarna på datainsamling inom privat vårdsektor som en del av leveransen till PwC. Däremot var även offentlig sektor av intresse för denna studie, och målgruppen för datainsamling utökades därför för att säkerställa tillräckligt stora datamängder inför analys. Denna studie är av explorativ natur, vilket innebär att datainsamlingen syftade till att utforska olika teman, snarare än att bekräfta en förutbestämd tes.

I och med att data har samlats in på olika sätt, har metodtriangulering applicerats. Syftet med detta är att kunna validera resultatet, dock kan komplikationer uppstå då inte alla former av data är kompatibla med varandra och därmed inte går att jämföra på ett korrekt sätt [48].

3.2 Regionanalys genom dokumentstudie

I dokumentstudien genomfördes en analys av samtliga regionernas styrande dokument. Syftet var att kartlägga hur Sveriges regioner arbetar med de valda områdena idag för att jämföra

med resultaten ifrån enkäten. De dokument som studerades var årsrapporter från 2023 och det senast publicerade dokumentet rörande mål och budget, för majoriteten av regionerna var det från 2024 med planår 2025–2027. De övergripande områdena var flexibilitet, kompetensförsörjning och digitalisering. Inom dessa områden har det även undersökts hur frekvent nyckelorden förekom i dessa dokument i korrekt använt sammanhang. Dessa nyckelord diskuterades fram i samråd med PwC. De undersökta nyckelorden var:

- Flexibilitet
 - Flexibilitet inom hälso- och sjukvård
- Schemaläggning
- Arbetstid
- Arbetssätt
- Ersättning utöver lön
 - Friskvård
- Kompetensförsörjning
 - Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård
- Digitala verktyg
- Digitalisering
 - Digitalisering inom hälso- och sjukvård
- Ersättning inom hälso- och sjukvård

Utöver dessa dokument undersöktes huruvida regionerna hade pågående projekt eller strategier relaterade till digitalisering och kompetensförsörjning. Dessa dokument analyserades inte i detalj, utan registrerades enbart utifrån deras förekomst. Publikationerna förväntades vara en rapport, alltså inte endast hemsida, med liknande titel och komma upp som sökresultat vid dessa söktermer där XXX avser berörd region. Rapporten förväntades vara skriven från år 2022 och framåt då det är vanligt att denna typ av strategier är giltiga i en treårsperiod. Detta undersöktes genom att söka på fraserna med hjälp av sökverktyget Google:

- Digitaliseringsstrategi region XXX
- Strategi för kompetensförsörjning region XXX

3.3 Deltagare och kontakt med målgruppen

Det var önskvärt för enkäten att nå ut till en så bred del av målgruppen, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, som möjligt. Respondenter till enkäten önskades tillhöra en av de tre yrkesgrupperna. För att underlätta distribuering av enkäten från enhetschefer till medarbetare tilläts även övriga yrkesroller att svara på enkäten. Enligt avtalad arbetsuppdelning med PwC fokuserade författarna på privat vårdsektor. Därför söktes kontaktuppgifter till verksamhetschefer eller övrig ansvarsroll för privata vårdenheter, främst via mail. Totalt kontaktades cirka 380 privata vårdenheter, antingen via enhetens chef eller via en allmän mail för hela enheten. Datainsamlingen utökades till Facebook-forum specifika för en eller flera av de förvalda yrkesgrupperna för att även nå ut till offentligt anställda. Denna utvidgning gjordes för att få tillgång till en större datamängd och även möjliggöra jämförelse av resultaten mellan offentlig och privat sektor.

För intervjuer söktes främst personer från en av de tre yrkesgrupperna som arbetat inom både offentlig och privat sektor. För att säkerställa tillräcklig datamängd utökades urvalet något, och ytterligare två personer intervjuades. En av dessa tillhörde en annan yrkesgrupp inom vården än de tre i fokus i denna studie, medan den andra tillhörde rätt yrkesgrupp men hade inte arbetat inom privat sektor. För att få olika infallsvinklar kring de tre fokusområdena valdes intervjupersoner från olika organisationsnivåer, exempelvis fackligt engagerad vårdpersonal, en VD, en biträdande verksamhetschef och anställda utan utökat ansvar. I den information som förmedlades till privata vårdsektorer per mail, gavs möjligheten till respondenter som svarat på enkäten att fylla i intresse för att även genomföra en intervju. Utöver dessa individer som självmant anmält intresse i samband med enkäten, kontaktade PwC ytterligare personer å författarnas vägnar, och intervjuer genomfördes med frivilliga.

3.4 Utformning av enkätfrågor

Syftet med den kvantitativa datainsamlingen, i form av en enkät, var att undersöka faktorer som framkommit under litteraturstudien och samtidigt möjliggöra att nya teman kunde framkomma i datan, för att säkerställa en explorativ undersökning. Baserat på den inledande litteraturstudien började enkätfrågor att formuleras. Detta arbete inleddes med en brainstorming-session där båda författarna individuellt formulerade potentiella enkätfrågor utifrån teman identifierade i litteraturstudien. Detta arbetssätt innebär utredartrianglering, då författarnas olika perspektiv påverkar resultatet. Detta minskar medveten eller undermedveten bias, och ökar validiteten [48]. Denna första iteration resulterade i 119 frågor. Nästa steg i processen var att gemensamt bearbeta dessa frågor genom att revidera samt slå ihop frågor som ansågs överlappa för mycket med utgångspunkt i utvalda kategorier. Efter denna bearbetning kvarstod 21 frågor. Efter återkoppling från handledare påbörjades nästa iteration med syfte att ytterligare skära ner på antalet frågor och säkerställa att de kvarstående kunde ge den information som söktes samt ha stöd av relevant litteratur. Efter denna iteration kvarstod 18 frågor. För att kunna jämföra denna kvantitativa data med motsvarande från PwC, var det essentiellt att exakt samma frågor som användes i PwC:s arbete inkluderades även i denna enkät. Nästa steg innebar således att kombinera parternas frågor, vilket utökade antalet till 25 frågor. Då författarnas arbete med enkätfrågor förlöpte parallellt med PwC:s process, kombinerades de två uppsättningarna av frågor i ett relativt sent skede av denna del av arbetet. Detta resulterade i att arbetsmetodiken kring avsmalnande av frågor inte blev helt linjär. Den slutgiltiga versionen av enkäten kan ses i Appendix A, och innehöll de frågor som utformats av PwC tillsammans med de som formulerats av författarna. För att få respons från externa parter och därmed nå nya insikter om enkätfrågornas lämplighet gjordes en pilotstudie. Studien gjordes med fem deltagare av olika åldrar och ockupation. Deltagare i piloten kan inte medverka i den faktiska studien eftersom de får insyn i materialet på förhand, vilket kan påverka deras svar och därmed resultaten [48]. På grund av detta valdes deltagare utanför målgruppen för att kunna maximera antalet respondenter i den huvudsakliga undersökningen. Dock hade de valda deltagarna relevanta yrken för slutgiltig målgrupp. Pilotstudien genomfördes inför den sista iterationen av frågorna, för att kunna ta denna respons i beaktning. Pilotstudien visade att frågorna hade en god grund, där mindre språkliga ändringar gjordes för att underlätta förståelsen.

Frågorna valdes att formuleras som slutna, för att underlätta analysen av den insamlade datan. Risken med slutna frågor är att de förvalda svarsalternativen inte täcker in samtliga relevanta områden och resultaten då blir missvisande. För att förebygga detta gavs respondenterna möjligheten att själva formulera ett svarsalternativ med fritext på de slutna frågorna. Även inkluderingen av en fritextfråga sist i enkäten ökade möjligheten att lyfta teman som inte berörts i de slutna frågorna. Det finns flera fördelar med att samla in kvalitativa data via en enkät gentemot andra metodval såsom intervjuer. Det är lättare att nå en bredare del av målgruppen, och faktumet att enkäten var anonym kan underlätta för respondenterna att exempelvis uttrycka kritik mot sin nuvarande arbetsgivare. För att säkerställa hög kvalitet på den insamlade datan bör frågorna vara ställda i en logisk ordning så att respondenten lätt förstår sammanhanget, samt samla in demografisk information för att kunna koppla denna till identifierade teman i efterföljande dataanalys [49].

Det innebär en stor avvägning mellan tillräckligt få frågor för att individer från målgruppen ska ta sig tid att svara på enkäten på ett korrekt sätt, och att samla in tillräckligt med data för att kunna göra en övergripande dataanalys och dra slutsatser utifrån denna. Således lades stort fokus under denna del av projektet på verbala formuleringar och i vilket format datan samlades in. Då syftet med enkäten var kvantitativ data, formulerades slutligen 25 flervalsfrågor och en fritextfråga, där data från denna senare ingick i den tematiska analysen. Mycket eftertanke lades även på antalet svarsalternativ på varje flervalsfråga, där avvägningen blir att ha alternativ som tillsammans ger en komplett bild av alla potentiella faktorer som rör frågan, samtidigt som fler alternativ kan innebära minskad datamängd för varje faktor, vilket minskar validiteten vid analys och slutsatser.

3.5 Utformning av intervjufrågor

Syftet med intervjuerna var att samla in kvalitativ data från individer ur målgruppen. För att tillåta individuell anpassning efter yrkesroll och individens erfarenheter, valdes semistrukturerade intervjuer som tillvägagångssätt. Intervjufrågorna formulerades med målet att utforska samma ämnen som i den kvantitativa datainsamlingen. Således användes enkätens olika fokusområden som teman även till intervjufrågorna. För att möjliggöra ett fritt samtal som inbjuder till längre utläggningar bestämdes det att en eller ett fåtal frågor kring varje område, i kombination med eventuella följdfrågor, var det optimala upplägget. Semistrukturerade intervjuer är ett vanligt förekommande upplägg för att föra intervjun framåt genom utifrån situationen lämpliga följdfrågor, utan att introducera bias [48]. För att kunna analysera även den kvalitativa datan utefter demografiska faktorer samlades även grundläggande information såsom yrkesgrupp och vilken region personen är verksam inom in, likt i enkäten. Intervjufrågorna bearbetades i flera iterationer och det skapades även frågor som var mer riktade till intervjupersoner i chefspositioner. De slutgiltiga versionerna redovisas i Appendix B och Appendix C. För att säkerställa att den estimerade tiden för intervju som kommunicerats till intervjupersonerna var korrekt samt att frågorna var ställda på ett logiskt sätt som var lätt att tolka gjordes en pilotintervju med en person verksam inom den medicinska fakulteten vid Lunds Universitet. Med hänvisning till pilotstudien av enkäten, tillhörde inte denna person målgruppen för projektet, men ansågs ha tillräckligt god insikt i området för att ge respons

kring huruvida frågorna var bra formulerade. Pilotstudien visade frågorna var lämpliga med hänsyn till målgruppens kunskaper och den satta tidsramen för intervjuerna.

3.6 Kvantitativ dataanalys

Syftet med dataanalysen var att identifiera intressanta mönster i den kvantitativa datan. För att kunna utforska så fritt som möjligt sattes inga definitiva förhållningsregler utifrån demografiska faktorer. Innan den kvantitativa analysen kunde påbörjas var det nödvändigt att bearbeta de inkomna svar som låg utanför de givna alternativen på de slutna frågorna. De förändringar som detta steg innebar redovisas i Appendix D. För att visualisera datan användes Google Sheets och Excel som verktyg. Som nämnts sattes inga begränsningar på förhand kring vilka demografiska faktorer datan skulle delas upp enligt, och mönster letades kring allt från vårdsektor och yrkesgrupper, till vilken tid på dygnet den anställdes jobbpas är förlagda på. Om inget tydligt mönster eller intressanta avvikelser hittades utforskades inte den aktuella uppdelningen vidare. Vid kombination av flera demografiska faktorer, exempelvis att dela upp datan både efter yrkesgrupp och vilken typ av vårdenhets individen arbetar på, resulterade i väldigt små datamängder för respektive grupp. Dessa urval ansågs vara för små för att ligga till grund för pålitliga slutsatser, därför uteslöts det att kombinera flera demografiska faktorer för att hitta mönster. Även en regional uppdelning uteslöts baserat på för få svar från majoriteten av regionerna. Slutligen valdes det att dela upp datan utifrån vårdsektor samt yrkesgrupp, då dessa datamängder ansågs vara tillräckligt stora för att analysera rättvist.

För visualisering av demografiska faktorer användes cirkeldiagram och för visualisering av data från övriga frågor uppdelad efter vårdsektor eller yrkesgrupp användes staplade stapeldiagram. För att kunna se över datan på nära sammankopplade frågor simultant användes pivottabeller. Samtliga relevanta visualiseringar redovisas under 4 Resultat.

3.6.1 Statistisk analys och tolkning av resultat

För att analysera sambandet mellan yrkestillhörighet eller sektor och de olika frågorna användes Chi²-tester i statistikprogrammet IBM SPSS Statistics. Ett grundläggande krav för att ett Chi²-test ska ge tillförlitliga resultat är att samtliga celler i den aktuella kontingenstabellen har ett förväntat värde över fem. I det här fallet representerade cellvärdena antal svarande per svarsalternativ, och flera celler innehöll färre än fem observationer. Med detta i åtanke rekommenderade en universitetslektor inom matematisk statistik att istället använda Fisher–Freeman–Halton-testet, som är mer säkert vid små urval eller snedfördelad data. Testet är en utvidgning av Fisher's exakta test och är särskilt anpassat för tabeller där både rader och kolumner innehåller fler än två kategorier.[50] Vissa tester genomfördes med hjälp av Monte Carlo-metoder istället för exakta då SPSS inte fungerade för för stora tabeller. Då skapas ett simulerat p-värde baserat på 10 000 simuleringar och ett lägsta och ett högsta möjligt värde men där det sanna p-värdet med exempelvis 99% sannolikhet, vid användning av ett 99%-igt konfidensintervall, är inom spannet. För en fråga används även Linear-by-linear Association, då svarsalternativen utformats i skala. För att ytterligare fördjupa analysen och tolka variabelernas inbördes samband användes även standardiserade residualer, vilka tydliggör om specifika celler avviker signifikant från det som hade förväntats under antagandet att

ingen association föreligger mellan variablerna [51].

För att avgöra om ett samband mellan två variabler är statistiskt signifikant används ett så kallat p-värde. Ett p-värde mindre än 0,05 tolkas som att det finns en mindre än fem procents sannolikhet att det observerade resultatet beror på slumpen. Det innebär att man kan anta att det finns ett verkligt samband mellan variablerna. Till exempel om sambandet mellan sektorstillhörighet och ett svarsalternativ ger ett p-värde på 0,02, talar det för att fördelningen av svar skiljer sig signifikant mellan sektorerna. För de analyser som inte gick att genomföra med ett exakt test användes som nämnt ett tvåsidigt Monte Carlo-test med ett konfidensintervall på 99% vilket ger ett högsta och lägsta uppskattat p-värde. Exempelvis om det finns ett lägsta värde på 0.083 och ett högsta på 0.098 betyder det med detta konfidensintervall att det sanna p-värdet ligger någonstans mellan 0.083 och 0.098 med 99% säkerhet. Detta är senare nämnt som "Simulerat p-värde:" och "L:" för lägsta gränsen (Lower) och "U:" för den övre gränsen (Upper).

För att undersöka vilka svar som bidrar mest till detta samband används ofta standardiserade residualer. Residualen anger hur mycket värdet i en cell skiljer sig från det värde som hade förväntats om det inte fanns något samband. En residual nära 0 tyder på att det faktiska antalet svar ligger nära det förväntade, vilket innebär att just den cellen inte bidrar särskilt till sambandet. Däremot betraktas residualer större än 1,96 eller mindre än -1,96 som statistiskt signifikanta på 5%-nivån. Exempelvis kan en residual på 2,4 indikera att fler personer än väntat i en viss yrkesgrupp valt ett specifikt svar, medan en residual på -2,1 visar att färre än förväntat gjort det. Dessa avvikelser hjälper till att identifiera vilka grupper och svar som särskilt driver de statistiska skillnaderna.

Dock var det inte möjligt att använda dessa statistiska metoder för samtliga enkätfrågor då enkäten hade frågor som möjliggjorde val av flera svarsalternativ, upp till tre stycken. statistiskt hade det endast varit möjligt då att se om varje individuellt svarsalternativ var signifikant eller ej. skulle detta göras för varje test skulle det vara väldigt tidskrävande så det prioriterades bort och dessa frågor jämfördes endast med procentuella mängder. De frågor som gick att ta fram p-värde för var alltså dem där svarande endast kunde välja ett svarsalternativ. Tillhörande p-värde redovisas i samband med varje enskild fråga. Uteblivet p-värde betyder att det inte gick att genomföra.

Det var inte möjligt att använda statistiska tester för samtliga enkätfrågor, eftersom vissa frågor tillät upp till tre svarsalternativ per respondent. I dessa fall hade det endast varit möjligt att analysera p-värdet för varje enskilt svarsalternativ, vilket skulle ha krävt ett stort antal separata tester. Eftersom detta hade varit mycket tidskrävande, prioriterades det bort. Resultaten från dessa frågor med flervalssvar redovisas därför endast i form av procentuella fördelningar. P-värden och residualer presenteras för de frågor där endast ett svarsalternativ kunde väljas. Om inget p-värde anges i anslutning till en fråga innebär det att statistisk analys inte har genomförts.

3.7 Kvalitativ analys

Syftet med detta steg var att analysera den kvalitativa datan från fritextfrågan i enkäten samt intervjuerna, för att identifiera mönster som antingen bekräftar eller motsäger resultaten från den kvantitativa dataanalysen. Datan bearbetades genom en tematisk analys. Tematisk analys är en flexibel metod som är lätt att applicera, för att identifiera mönster i kvalitativa datamängder. Riskerna med detta metodval är att avsaknaden av tydliga riktlinjer kan leda till en inkonsekvent analys samt att författarnas egna åsikter påverkar analysen i för stor utsträckning. För att säkerställa ett korrekt tillvägagångssätt följdes följande sex steg, från Braun och Clarke:

- Bekanta sig med datan
- Generera initiala koder
- Söka efter teman
- Granska teman
- Definiera och namnge teman
- Rapportera analysen

Att generera initiala koder kan göras både induktivt och deduktivt, alltså antingen att datan styr vilka koder som används alternativt att man använder sig av ett förutbestämt ramverk av koder. Då detta arbete är av explorativ natur, valdes ett induktivt tillvägagångssätt [52]. En underkategori till denna metod är reflexiv tematisk analys. Skillnaden gentemot andra typer av tematisk analys är att här eftersöks inte objektivitet; teman i datan är inte något som hittas, utan något som författarna i detta fall måste skapa genom noggranna tolkningar av datan. Detta är fördelaktigt dels då sann objektivitet är svår att uppnå, och dels för att metoden faktiskt använder författarnas kompetens som en resurs. I och med att en reflexiv tematisk analys valdes, krävdes det genom hela processen att författarna reflekterade kring sina förutfattade meningar och deras påverkan på analysen av data [53].

För analysen av fritextsvaren från enkäten användes det digitala verktyget Miro. De 99 insamlade svaren på frågan sattes ut på post-it-lappar som sedan kategoriserades efter innehåll. Som nämnts gjordes detta induktivt, och kategorierna uppkom efter hand som datan analyserades. Då svaren var relativt korta av sin natur, gjordes bedömningen att kodning inte behövdes, alltså uppkom teman direkt från svaren i sig. Vissa av svaren innehöll flera skilda faktorer; dessa svar delades då upp på flera post-it-lappar för att korrekt kunna placera alla nämnda orsaker. Totalt resulterade detta i 137 faktorer, uppdelade på 13 kategorier.

För att författarna skulle bekanta sig med datan från de 10 intervjuer som genomförts användes det digitala verktyget Taguette. Utifrån de transkriberade intervjuerna markerades citat som delades in i totalt 42 olika koder, där varje kod innehöll 1-10 st citat. Koderna flyttades därefter över till Miro, och samma tillvägagångssätt med post-it-lappar användes här som för fritextsvaren. Koderna bearbetades vidare, där vissa koder gavs nya namn och de innehållande fler än tio citat delades upp i nya, smalare koder. Utifrån koderna skapades 11 st teman, och samtliga koder kategoriserades utefter dessa. Den tematiska analysen för både fritextfrågan och intervjuerna ses i sin helhet i Appendix E.

3.8 Etiska överväganden

För att studien skulle genomföras på ett etiskt hållbart sätt, lades stor vikt vid att utforma enkät- och intervjufrågor på sådant sätt att känslig information kring deltagarnas mående och psykiska hälsa inte samlades in. Vidare informerades deltagarna både vid ifyllnad av enkäten och inför intervjuerna på vilket sätt deras data skulle förvaras och användas, samt att deltagandet var helt frivilligt. För att behålla deltagarnas integritet och ge dem möjligheten att svara så fritt som möjligt har all data som presenteras i denna rapport anonymiserats, och enskilda deltagare kan inte identifieras utifrån denna.

Kapitel 4

Resultat

I följande kapitel kommer samtliga resultat från dokumentstudie, enkät och intervju att presenteras. Först jämförs skillnader mellan sektorer för samtliga enkätfrågor och sedan jämförs samma frågor mellan yrkesgrupper.

4.1 Demografiska aspekter

Tabell 4.1: Demografiska faktorer uppdelat efter olika kategorier

Demografiska faktorer	Antal
Totalt antal svarande	156
Sektorer	
Offentlig sektor	64
Privat sektor	90
Bortplockade	2
Yrkesgrupper	
Läkare	26
Sjuksköterskor	100
Undersköterskor	16
Övriga yrkesroller	16
Könsuppdelning	
Kvinnor	121
Män	34
Vill ej uppge	1
Anställningsgrad	
Heltid	108
Deltid	48
Ålder	
Under 30 år	11
30–39 år	57
40–49 år	40
50–59 år	27
60–69 år	19
Över 70 år	2
Antal år på arbetsplatsen	
0–2 år	53
3–5 år	38
6–10 år	31
11–15 år	14
16–20 år	9
21–25 år	6
26–30 år	4
35+ år	1

Demografiska faktorer kan ses i 4.1. Den procentuella uppdelningen mellan sektorerna var 41.6% för offentlig sektor och 58.4% för privat. Antalen för yrkesgrupper innebar procentuellt 16.7% läkare, 64.1% sjuksköterskor, 10.3% undersköterskor samt 8.9% i övriga yrkesroller. Uppdelningen mellan regionerna ses i sin helhet i Appendix F, men Västra Götalandsregionen var flest med 27% av de svarande, Region Stockholm var näst flest med 19% och Skåne kom på tredje plats med 12%.

4.2 Regionanalys genom dokumentstudie

Nedan presenteras andel av regioner som berört nyckelorden i de utvalda dokumenten. Samtliga regioner presenteras i Appendix G.

4.2.1 Sammanfattning av årsrapporter 2023

- Endast 2 av 21 nämnde flexibilitet i ett relevant sammanhang, utöver det 1 av 21 i relation till hälso- och sjukvård
 - Schemaläggning: 11 av 21
 - Arbetstid: 9 av 21
 - Arbetssätt: samtliga regioner
 - Ersättning utanför lön: 0 av 21 men 7 av 21 nämner friskvård
 - * Extra ersättning inom hälso- och sjukvård: 9 av 21
- Samtliga regioner nämner kompetensförsörjning i regionen som helhet, varav 16 diskuterar det utförligt.
 - 17 av 21 regioner nämner begreppet specifikt för hälso- och sjukvården, varav 14 diskuterar det utförligt.
- Digitala verktyg: 7 av 21
- Digitalisering: 19 av 21
 - Digitalisering specifikt inom hälso- och sjukvård: 16 av 21

4.2.2 Sammanfattning av mål- och budgetdokument

- Endast 2 av 21 nämnde flexibilitet i ett relevant sammanhang, utöver det 1 av 21 i relation till hälso- och sjukvård
 - Schemaläggning: 4 av 21
 - Arbetstid: 6 av 21
 - Arbetssätt: 17 av 21 regioner
 - Ersättning utanför lön: 0 av 21 men 5 av 21 nämner friskvård
 - * Extra ersättning inom hälso- och sjukvård: 4 av 21
- Samtliga regioner nämner kompetensförsörjning i regionen som helhet, varav 16 diskuterar det utförligt.
 - 17 av 21 regioner nämner begreppet specifikt för hälso- och sjukvården, varav 8 diskuterar det utförligt.
- Digitala verktyg: 5 av 21
- Digitalisering: 20 av 21
 - Digitalisering specifikt inom hälso- och sjukvård: 16 av 21

4.2.3 Sammanfattning av strategier

Utöver nämnda dokument har det undersökts huruvida regionerna hade pågående projekt eller strategier relaterade till digitalisering och kompetensförsörjning. Dessa dokument analyserades inte i detalj, utan registrerades enbart utifrån deras förekomst.

Digitaliseringsstrategi: 10 av 21 regioner har en uttalad strategi för digitalisering. Ytterligare 2 regioner hade specifika strategier för endast hälso- och sjukvården.

Kompetensförsörjningsstrategi: 15 av 21 regioner har en tydligt definierad strategi eller handlingsplan för kompetensförsörjning.

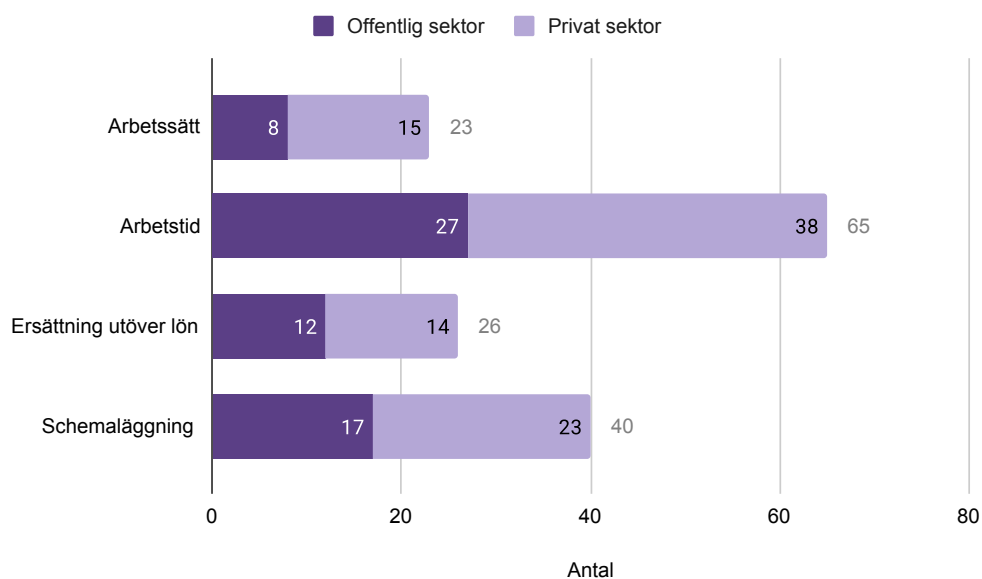
4.3 Kvantitativ analys av vårdsektorer

I följande stycke kommer diagram med jämförelse mellan vårdsektorer att presenteras. Här jämförs endast de som tillhör offentlig och privat sektor, totalt antal svarande är därför 154 personer. Åldersfördelningen mellan sektorer presenteras nedan, se tabell 4.2.

Ålder	Offentlig sektor	Privat sektor
Under 30 år	7	4
30–39 år	31	25
40–49 år	11	28
50–59 år	10	17
60–69 år	5	14
Över 70 år	0	2

Tabell 4.2: Åldersfördelning per sektor

4.3.1 Flexibilitetsfaktorer



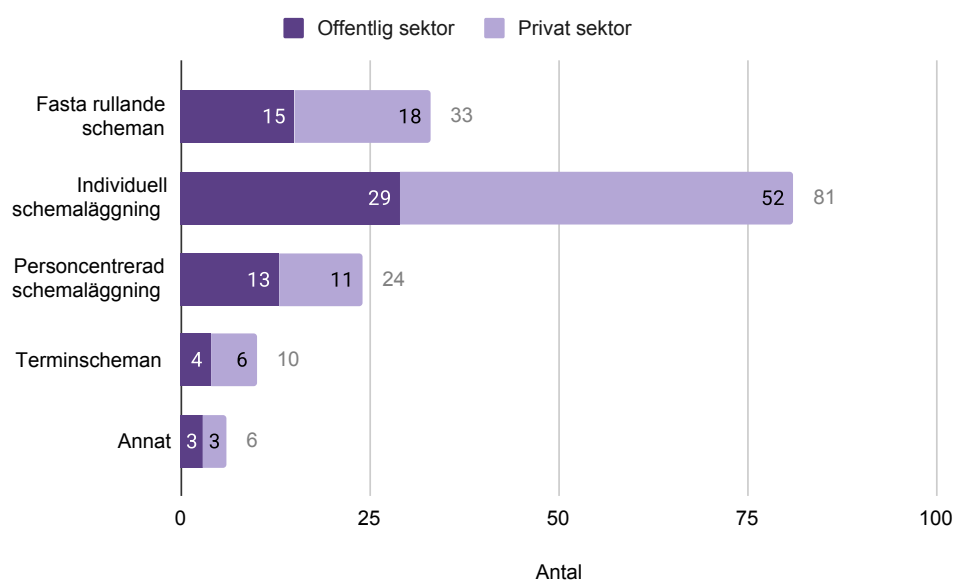
Figur 4.1: Resultat på frågan "Vilket av följande områden är viktigast för dig för att möjliggöra en ökad flexibilitet på ditt arbete?" uppdelat efter vårdsektor.

Som ses i figur 4.1 är arbetstid den mest åtråvärda aspekten av flexibilitet för både offentlig och privat sektor. Fördelningen mellan vårdsektorer för de två mest frekvent valda alternativen, arbetstid och schemaläggning, är proportionerlig gentemot fördelningen i urvalet. För ersättning utöver lön är offentlig sektor något överrepresenterad med omkring 5 procentenheter. För arbetssätt är istället privat sektor överrepresenterad med cirka 7 procentenheter. Detta innebär således att motsatta sektor är underrepresenterad med samma mängd.

p-värde: 0.882

P-värdet är inte signifikant vid uppdelning efter vårdsektor. Vid jämförelse mellan vårdsektorerna är det ingen residual som sticker ut för varken offentlig eller privat för något av de fyra svarsalternativen. Detta betyder att fördelningen kan bero på slumpen.

4.3.1.1 Schemaläggning



Figur 4.2: Resultat på frågan "Vilken av följande faktorer inom området schemaläggning är viktigast för dig? Välj det viktigaste." uppdelat efter vårdsektor.

Individuell schemaläggning är den faktor flest respondenter har valt, oavsett sektor, se figur 4.2. Privat sektor är överrepresenterad med cirka 6 procentenheter för detta alternativ. För personcentrerad schemaläggning är det större andel offentlig sektor än väntat, ungefär 13 procentenheter mer. Fördelningen för resterande svarsalternativ är i stora drag proportionerlig mot urvalet.

p-värde: 0.522

Svaralternativet schemaläggning uppvisar inte ett signifikant p-värde för vårdsektorer. Inga signifikanta residualer uppvisas, däremot finns det en indikation på att offentlig sektor väljer personcentrerad schemaläggning oftare än väntat, då residualen för denna grupp är 1.0.

4.3.1.2 Arbetstid



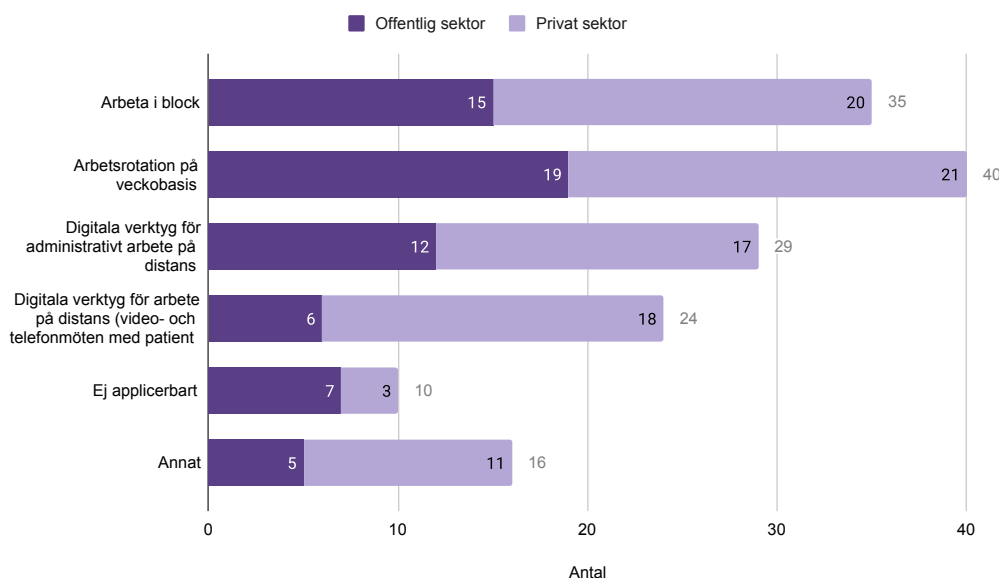
Figur 4.3: Resultat på frågan "Vilken av följande faktorer inom området arbetstid är viktigast för dig? Välj det viktigaste." uppdelat efter vårdsektor.

Som ses i figur 4.3 är det tydligt att respondenterna föredrar förkortad arbetstid före resterande alternativ, oavsett vilken sektor de tillhör. Det är även tydligt att flextid nästan uteslutande väljs av privat sektor. Längre arbetspass är något mer önskat från offentlig sektor, en överrepresentation på ungefär 7 procentenheter.

p-värde: 0.006

Gällande arbetstid är p-värdet signifikant vid uppdelning efter vårdsektor. För alternativet flextid är residualen negativt signifikant för offentlig sektor, med ett värde på -2.2. För samma alternativ finns det en indikation på att privat sektor väljer alternativet oftare än förväntat, med en residual på 1.8. Flextid väljs alltså i lägre grad av offentlig sektor och i högre grad än väntat av privat sektor.

4.3.1.3 Arbetsätt



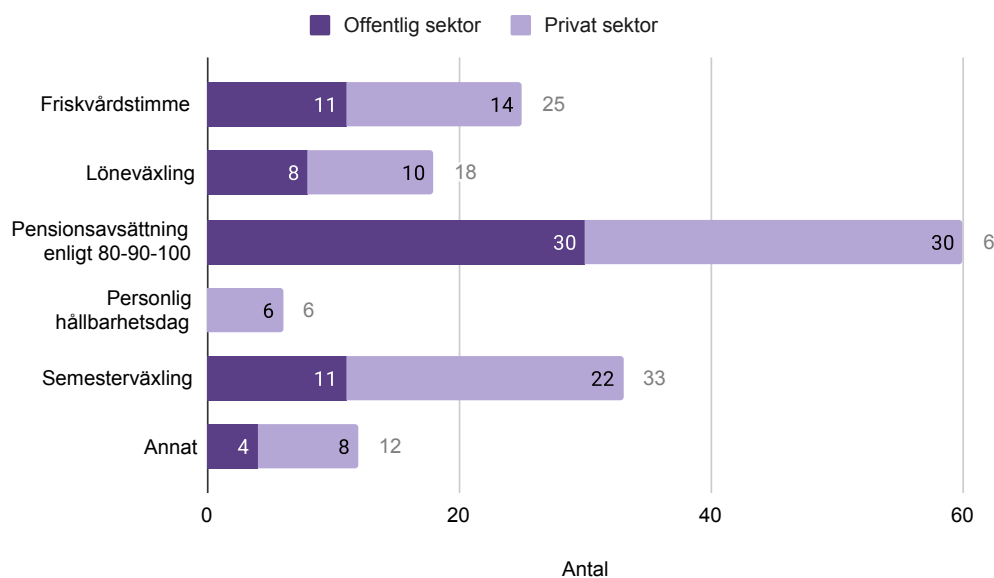
Figur 4.4: Resultat på frågan "Vilken av följande faktorer inom området arbetsätt är viktigast för dig? Välj det viktigaste." uppdelat efter vårdsektor.

Fördelningen mellan svarsalternativen är någorlunda jämn gällande arbetsätt, se figur 4.4. Arbetsrotation och arbeta i block är dock de mest frekvent valda alternativen för både offentlig och privat sektor. Offentlig sektor är överrepresenterad med cirka 6 procentenheter för arbetsrotation. Det är markant fler av de som valt digitala verktyg för arbete på distans som tillhör privat sektor, en överrepresentation på cirka 17 procentenheter. Fördelningen bland de som valt digitala verktyg specifikt för administrativt arbete på distans är däremot proportionerlig mot urvalet. Ungefär 17% av respondenterna har angett att frågan ej är applicerbar på deras yrke, alternativt att de önskar ett annat svarsalternativ. För det förstnämnda är offentlig sektor överrepresenterad, och för det sistnämnda är privat sektor överrepresenterad.

p-värde: 0.206

Uppdelning efter vårdsektor resulterar inte i ett signifikant p-värde, och ingen av residualerna är heller signifikanta. De starkaste indikationerna gäller digitala verktyg för arbete på distans, där offentlig sektor uppvisar en residual på -1.3, och privat sektor uppvisar en residual på 1.1. Detta innebär att privat sektor önskar digitala verktyg för arbete på distans i högre grad än förväntat, medan det är tvärtom för offentlig sektor.

4.3.1.4 Ersättning utöver lön



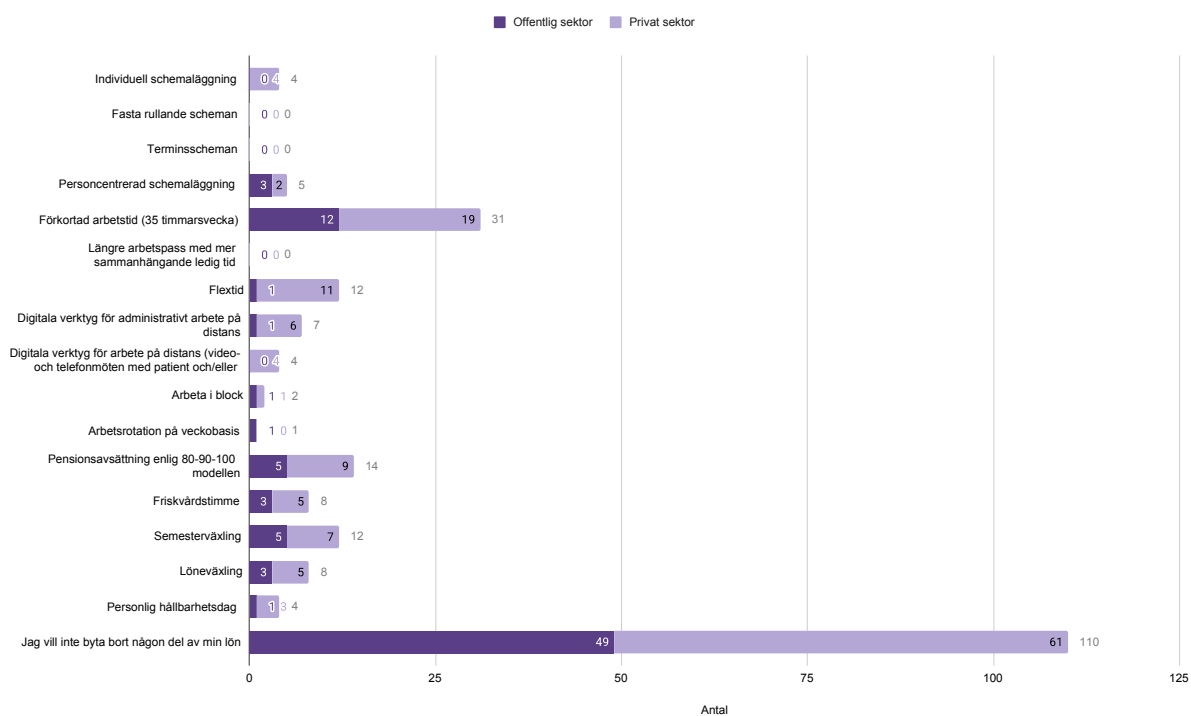
Figur 4.5: Resultat på frågan "Vilken av följande faktorer inom området ersättning utöver lön är viktigast för dig? Välj det viktigaste." uppdelat efter vårdsektor.

Som ses i figur 4.5 prioriterar båda vårdsektorerna pensionsavsättning enligt 80-90-100-modellen högst av de angivna svarsalternativen. Offentlig sektor är överrepresenterad med omkring 9 procentenheter. Fördelningen för friskvårdstimme och löneväxling är proportionerlig mot urvalet. För semesterväxling är privat sektor överrepresenterad med ungefär 9 procentenheter. Det är också enbart privat sektor som valt personlig hållbarhetsdag, dock är datamängden för detta alternativ liten och utgör mindre än 4% av det totala antalet respondenter.

p-värde: 0.189

För detta svarsalternativ är p-värdet inte signifikant för vårdsektorer. Ingen av residualerna är heller signifikanta, men det finns indikationer. Alternativet personlig hållbarhetsdag sticker ut för både offentlig och privat sektor, med residualer på -1.6 respektive 1.3. Detta innebär att offentlig sektor väljer alternativet i lägre utsträckning än förväntat, medan det är tvärtom för privat sektor. Offentlig sektor sticker även ut för pensionsavsättning enligt 80-90-100 modellen, med en residual på 1.0.

4.3.1.5 Byta bort del av lön

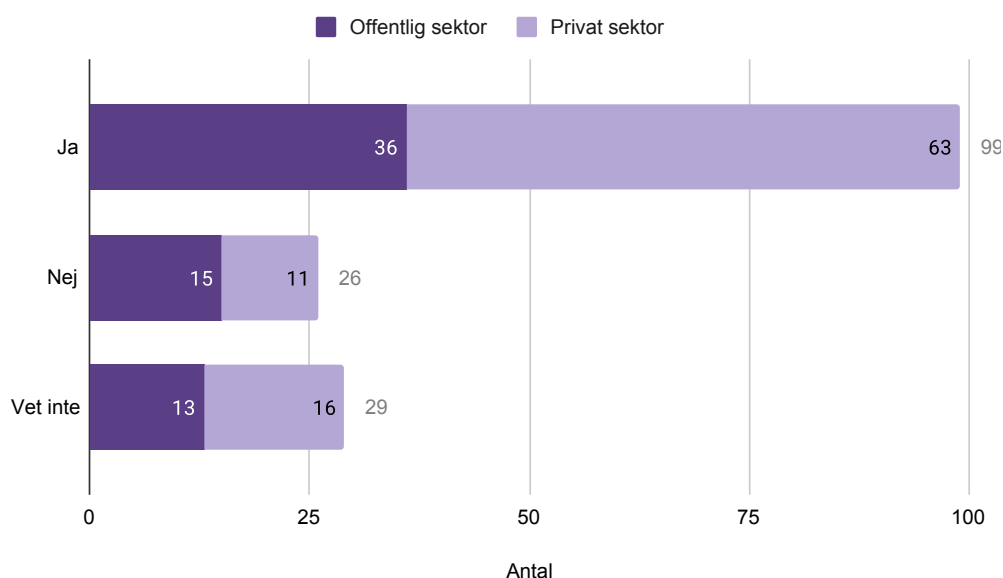


Figur 4.6: Resultat på frågan "I syfte att öka flexibiliteten i mitt arbete skulle jag kunna tänka mig att byta bort en del av min lön mot följande (flera val möjliga)" uppdelat efter vårdsektor.

Som ses i figur 4.6 är majoriteten av respondenterna inte beredda att byta bort en del av sin lön mot någon av de angivna faktorerna, oavsett vilken sektor de tillhör. 77% av de som tillhör offentlig sektor och 68% av de från privat har valt detta alternativ. Av de som kan tänka sig att byta bort en del av sin lön är förkortad arbetstid mest önskvärt för både offentlig och privat sektor. Flexitid är nästan uteslutande av intresse för privat sektor, som står för 92% av respondenterna för detta alternativ. Offentlig sektor är överrepresenterad bland de som valt personcentrerad schemaläggning, medan privat sektor är överrepresenterad för individuell schemaläggning, det bör dock noteras att detta är små datamängder.

4.3.2 Byte av arbetsplats

4.3.2.1 Vara kvar hos nuvarande arbetsgivare om ett år



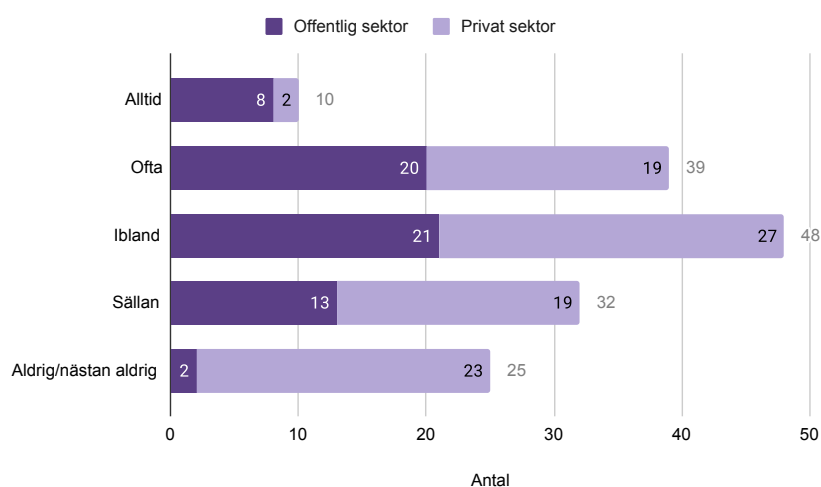
Figur 4.7: Resultat på frågan "Jag planerar att arbeta kvar hos min nuvarande arbetsgivare om ett år:" uppdelat efter vårdsektor.

Majoriteten av respondenterna planerar att vara kvar hos sin nuvarande arbetsgivare om ett år, oavsett sektortillhörighet. Privat sektor är något överrepresenterad bland de som uppgett detta, ungefär 5 procentenheter. Bland de som svarat att de inte planerar att vara kvar är offentlig sektor överrepresenterad med ungefär 16 procentenheter. Fördelningen bland de som svarat att de inte vet om de kommer vara kvar är proportionerlig mot urvalet. Fördelningen ses i figur 4.7.

p-värde: 0.141

Uppdelning efter vårdsektor resulterar inte i ett signifikant p-värde i denna fråga. Inga av residualerna för vårdsektorer är signifikanta. Det som sticker ut är de respondenter som svarat nej; residualen för offentlig sektor är 1.3, medan den för privat sektor är -1.1. Som nämnt ovan är alltså offentlig sektor överrepresenterade bland de som inte planerar att vara kvar hos sin nuvarande arbetsgivare om ett år, medan privat sektor är underrepresenterade i denna fråga.

4.3.2.2 Övervägande av att söka nytt jobb



Figur 4.8: Resultat på frågan "Hur ofta överväger du att söka ett nytt jobb?" uppdelat efter vårdsektor.

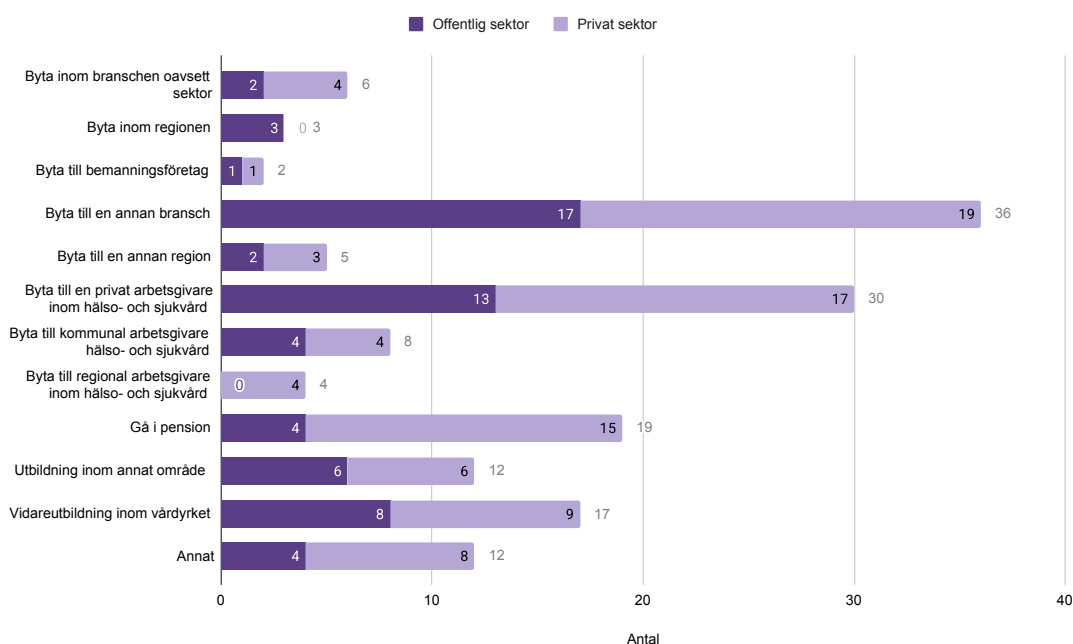
Bland de som alltid funderar på att byta jobb är en majoritet från offentlig sektor, en överrepresentation på nästan 40 procentenheter. Även bland de som ofta överväger att byta jobb är offentlig sektor överrepresenterad, med cirka 10 procentenheter. Fördelningen bland de respondenter som uppger att de ibland respektive sällan tänker på att byta arbetsplats är proportionerlig mot urvalets fördelning. Bland de som aldrig eller nästan aldrig tänker på att byta arbetsplats är en klar majoritet tillhörande privat sektor. Detta motsvarar en överrepresentation på cirka 34 procentenheter. Resultatet visas i figur 4.8.

p-värde: < 0.001

Uppdelning efter vårdsektor resulterar i ett signifikant p-värde. Signifikanta residualer påträffas för både offentlig och privat sektor för de respondenter som aldrig/nästan aldrig tänker på att byta arbetsplats. Offentlig sektor uppvisar en residual på -2.6 och privat sektor en residual på 2.2. Detta innebär att privat sektor är överrepresenterad bland de som aldrig tänker på att byta arbetsplats, medan offentlig sektor är underrepresenterad för detta alternativ. Även för den grupp respondenter som svarat att de alltid tänker på att byta arbetsplats påträffas markanta residualer, dock inte signifikanta. Offentlig sektor har en residual på 1.9, och privat sektor på -1.6. Detta betyder att offentlig sektor är överrepresenterade bland de som alltid tänker på att byta arbetsplats, och privat sektor är underrepresenterad för detta alternativ.

Linear-by-Linear Association används endast för denna fråga för att analysera samband mellan två ordnade variabler. Ordnade variabler syftar här till att alternativen var en skala från aldrig till alltid. Det är särskilt användbart när man vill undersöka om det finns ett riktat mönster, i detta fall om personer i offentlig sektor oftare rapporterar tankar på att byta arbetsplats än de i privat sektor. Testet visade ett signifikant resultat (p-värde = < 0.001), vilket tyder på att det finns ett linjärt samband mellan sektorstillhörighet och frekvensen av sådana tankar.

4.3.2.3 Fördelning av avsikt att lämna arbetsgivare



Figur 4.9: Resultat på frågan "Om du överväger att lämna din nuvarande arbetsgivare, vilket av följande alternativ passar bäst in för dig?" uppdelat efter vårdsektor.

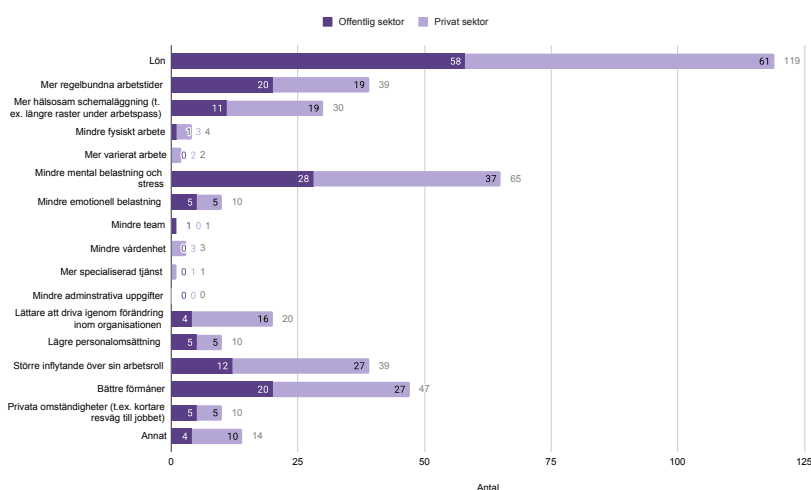
För båda sektorerna är byte till en annan bransch den populäraste typen av byte om respondenterna skulle lämna sin nuvarande arbetsplats, som visas i figur 4.9. Efter att byta bransch är byte till en privat arbetsgivare inom hälso- och sjukvård mest frekvent förekommande, både för offentlig och privat sektor. För respondenter från privat sektor bör detta tolkas som att de hade bytt till en annan privat arbetsgivare, om de skulle lämna sin nuvarande. Offentlig sektor är överrepresenterad bland de som uppgett att de skulle byta till en kommunal arbetsgivare inom vården. Byte till en regional arbetsgivare har enbart valts av privat sektor, vilket är rimligt då de respondenter som redan arbetar inom offentlig sektor istället valt byte inom regionen alternativt byte till en annan region, i de fall de skulle lämna för en annan regional arbetsgivare. Offentlig sektor är överrepresenterad för både vidareutbildning inom vårddyrket och utbildning inom annat område, med cirka 6 respektive 9 procentenheter. Privat sektor är överrepresenterad bland de som uppgett att de skulle gå i pension med omkring 20 procentenheter.

p-värde: 0.348

Uppdelning efter vårdsektor ger inget signifikant p-värde, inga residualer är heller signifikanta. Ett av de svarsalternativ som uppvisar störst residualer är de som kommer gå i pension om de lämnar sin arbetsplats. Offentlig sektor är underrepresenterade i denna grupp, med en residual på -1.4, medan privat sektor är överrepresenterade med en residual på 1.2. De respondenter som angett att de skulle byta inom regionen kommer oftare än förväntat från offentlig sektor, vilket ses på residualens värde på 1.6. Motsvarande residual för privat sektor är -1.3, alltså en underrepresentation. Privat sektor är däremot överrepresenterade bland de

respondenter som uppgett att de skulle byta till en regional arbetsgivare inom vården, med en residual på 1.1. Offentlig sektor valde detta alternativ i lägre utsträckning än vanligt, vilket syns på residualen som har ett värde på -1.3. Samma resonemang som ovan är applicerbart här; att formuleringen av vissa svaralternativ är bättre lämpad för en av sektorerna, vilket speglas i residualerna.

4.3.3 Anledning att byta från offentlig till privat sektor

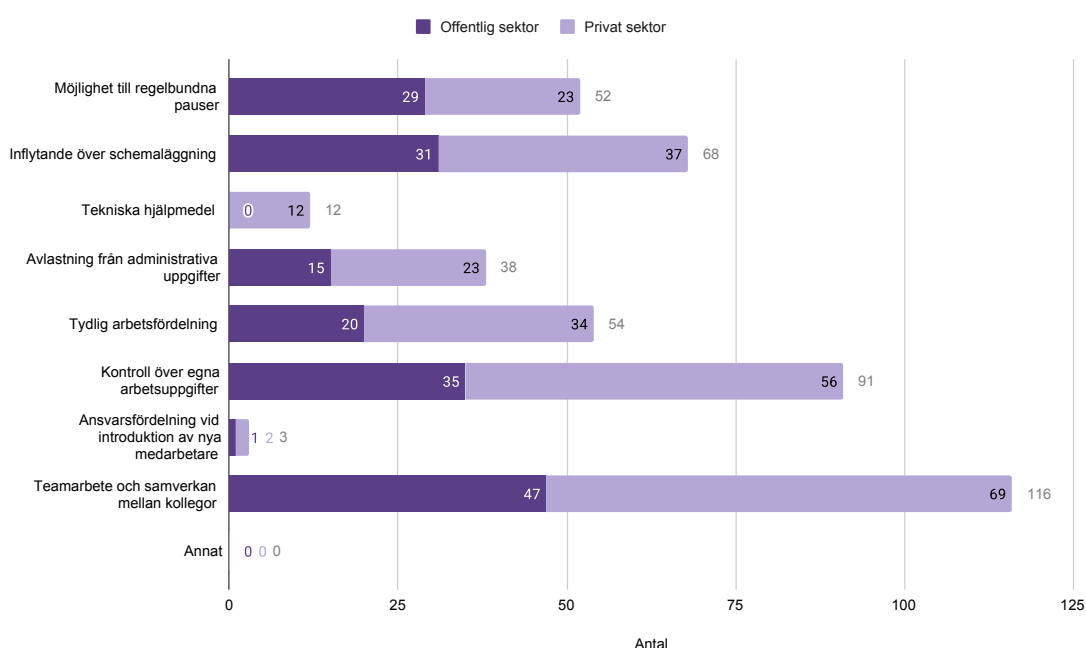


Figur 4.10: Resultat på frågan "Av de sjuksköterskor som tog examen under 2019 lämnade ungefär en femtedel regionen för jobb inom privat eller kommunal sektor inom tre år enligt Socialstyrelsen. Vad tror du det beror på? Vänligen välj upp till tre faktorer." uppdelat efter vårdsektor.

Både offentlig och privat sektor tror att lön är den främsta faktorn till att sjuksköterskor lämnar den offentliga sektorn för den privata, se figur 4.10. Offentlig sektor är något överrepresenterade bland de som angett lön som främsta faktor. Efter lön är mindre mental belastning och stress det som flest respondenter har valt, fördelningen här är proportionerlig mot urvalet. Offentlig sektor är överrepresenterad bland de som angett mer regelbundna arbets-tider som främsta anledning, medan privat sektor är något överrepresenterad bland de som valt mer hälsosam schemaläggning. För de som tror att bytet beror på att det är lättare att driva igenom förändring inom det privata är det fler respondenter än förväntat från privat sektor, de står för 75% av den gruppen. Privat sektor är även överrepresenterad bland de som angett större inflytande över sin arbetsroll som den primära orsaken.

4.3.4 Psykosocial arbetsmiljö

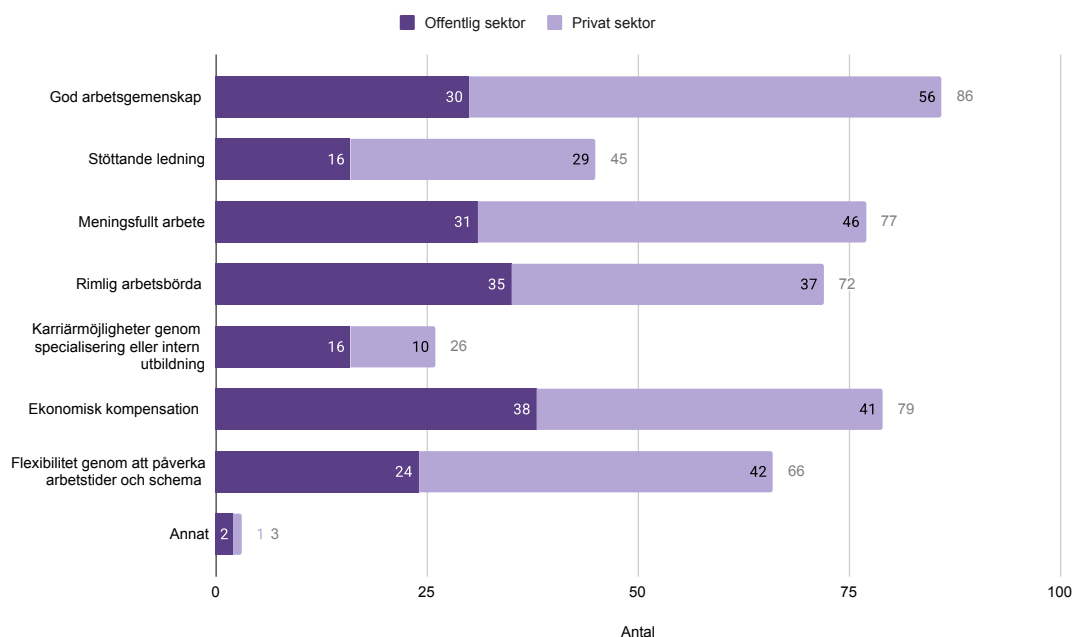
4.3.4.1 Hög arbetsbelastning



Figur 4.11: Resultat på frågan "Vilka alternativ har du eller önskar du att du hade tillgång till för att hantera en hög arbetsbelastning bättre? Vänligen välj upp till tre faktorer." uppdelat efter vårdsektor.

I figur 4.11 redovisas rangordningen av verktyg vid hög arbetsbelastning för privat och offentlig sektor. Gällande de flesta faktorerna värderar vårdanställda inom privat respektive offentlig sektor dessa lika högt, alltså i proportion mot storleken på urvalet från varje grupp. Ett alternativ som sticker ut är tekniska hjälpmedel, som drygt 13% av respondenterna från privat sektor valt som en av de viktigaste faktorerna, medan ingen från offentlig sektor valt detta. Alternativet möjlighet till regelbundna pauser är mer populärt bland offentliga medarbetare, en överrepresentation på ungefär 15 procentenheter gentemot det totala urvalet.

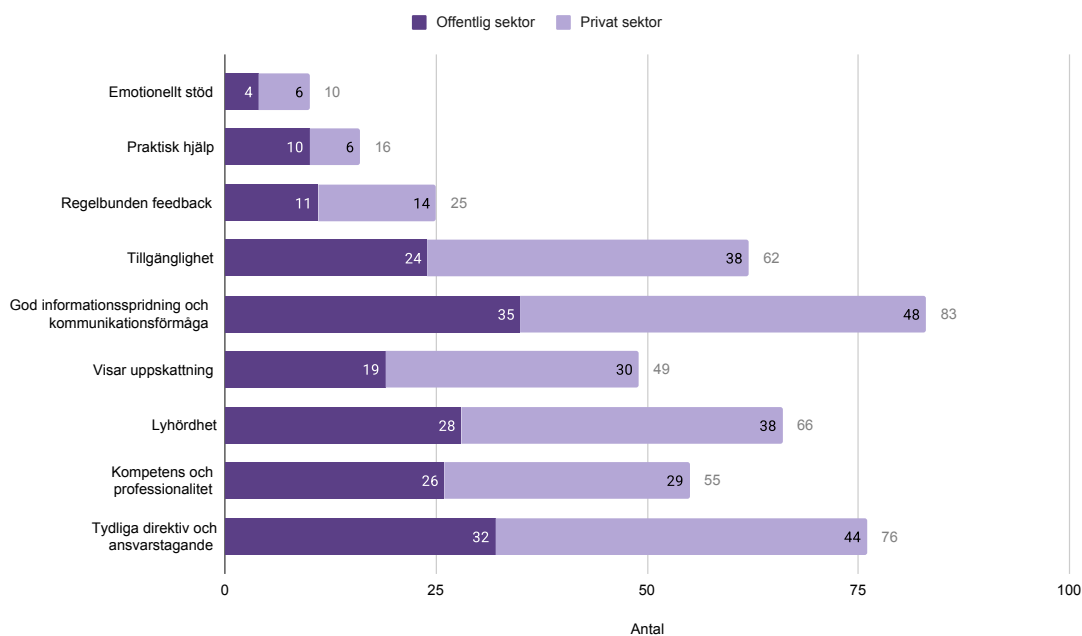
4.3.4.2 Arbetstillfredsställelse och motivation



Figur 4.12: Resultat på frågan "Vilka faktorer driver arbetstillfredsställelse och motivation i ditt arbete? Vänligen välj upp till tre faktorer." uppdelat efter vårdsektor.

I figur 4.12 redovisas vilka faktorer vårdpersonal från privat respektive offentlig sektor tycker främst bidrar till arbetstillfredsställelse och motivation. God arbetsgemenskap är den mest frekvent förekommande faktorn i privat sektor och motsvarar en överrepresentation på cirka 7 procentenheter. Fler än förväntat från offentlig sektor har valt rimlig arbetsbörda som en av de tre främsta faktorerna, en överrepresentation på ungefär 7 procentenheter sett till urvalets storlek. Även karriärmöjligheter är betydligt högre prioriterat inom offentlig sektor som står för en överrepresentation på cirka 20 procentenheter. Även ekonomisk kompensation har något större andel från offentlig sektor gentemot urvalet. Gällande flexibilitet kring arbetstider och schema är det tvärtom; privat sektor svarar för en större andel än i urvalet, omkring 5 procentenheter mer än väntat.

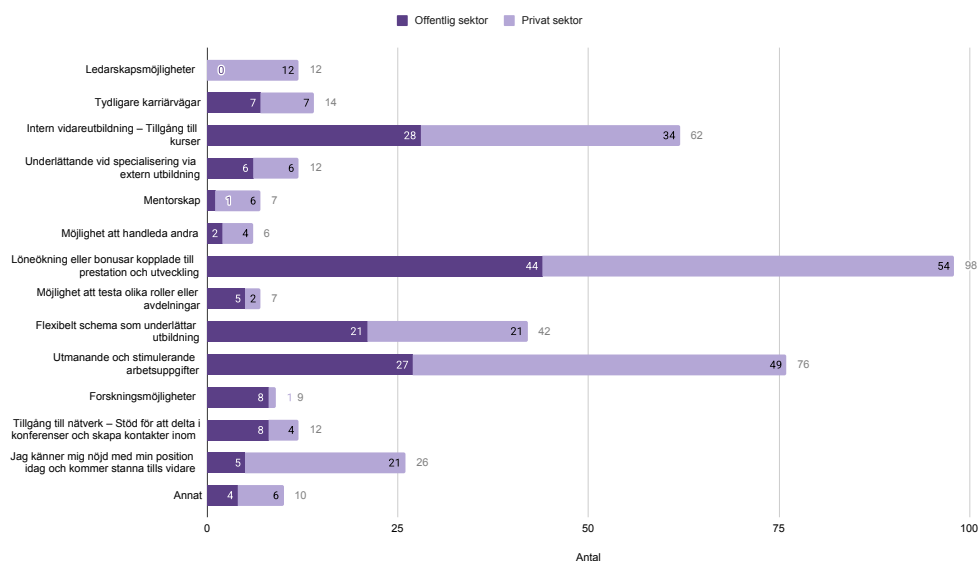
4.3.4.3 Stöd från ledningen



Figur 4.13: Resultat på frågan "Vilka egenskaper från ledningen värderar du högst? Vänligen välj upp till tre faktorer." uppdelat efter vårdsektor.

I figur 4.13 kan det ses vilken typ av stöd från ledningen vårdpersonal önskar utifrån vårdsektor. 62,5% av de som önskar praktisk hjälp från sin chef tillhör offentlig sektor, en överrepresentation på mer än 20 procentenheter. Det bör dock noteras att andelen som valt detta alternativ är markant mindre än de andra alternativen. Även kompetens och professionalitet hos en chef värderas något högre hos personal inom offentlig sektor, en överrepresentation på cirka 5 procentenheter.

4.3.5 Karriärmöjligheter

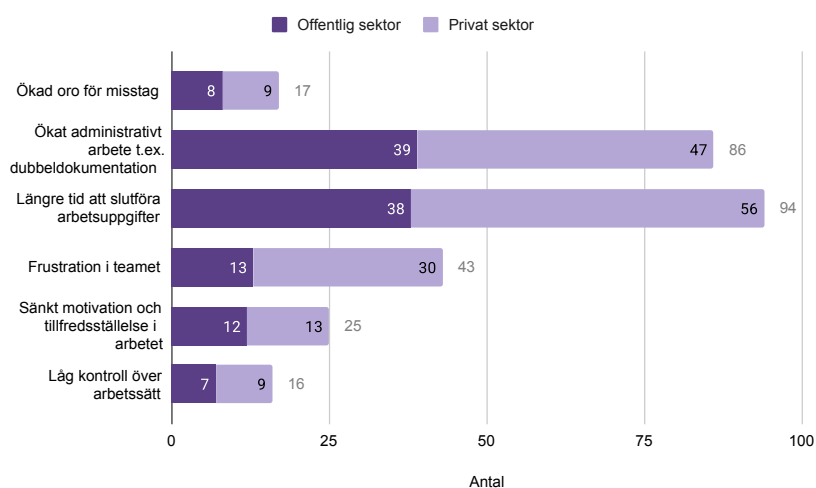


Figur 4.14: Resultat på frågan "Vilka av följande karriärfaktorer skulle få dig att överväga att stanna längre på din arbetsplats? Vänligen välj upp till tre faktorer." uppdelat efter vårdsektor.

I figur 4.30 kan utläsas att löneökning eller bonusar är det populäraste alternativet för både offentlig och privat sektor, och fördelningen mellan de två är proportionerlig. Lika många respondenter från offentlig och privat har valt tydligare karriärvägar som en viktig faktor, vilket innebär en överrepresentation för offentlig sektor med urvalets fördelning i åtanke. Detta gäller även för underlättande vid extern utbildning, som också har lika många svar från offentlig och privat. För faktorerna ledarskapsmöjligheter, mentorskap samt möjlighet att handleda andra har privat sektor en tydlig majoritet, även med hur det totala urvalet är fördelat i åtanke. Ett flexibelt schema som underlättar utbildning är däremot prioriterat i större utsträckning av medarbetare i offentlig sektor. Med reservation för att dessa datamängder är små, så är möjlighet att testa på olika roller eller avdelningar, forskningsmöjligheter samt tillgång till nätverk högre prioriterat av offentlig sektor än privat. Av de som känner sig nöjda med sin position idag, kommer över 80% från privat sektor.

4.3.6 Teknik och digitala hjälpmedel

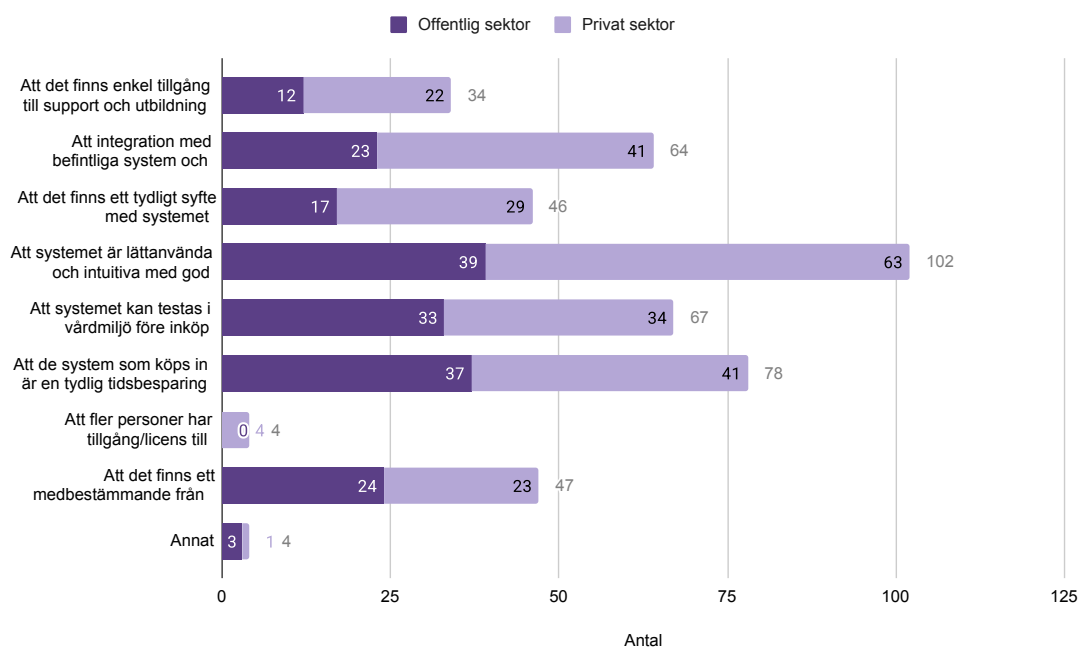
4.3.6.1 Konsekvenser av dåligt fungerande digitala hjälpmedel



Figur 4.15: Resultat på frågan "Vilka konsekvenser av dåligt fungerande digitala hjälpmedel påverkar dig mest i ditt arbete? Anta att patientsäkerheten fortfarande upprätthålls. Vänligen välj upp till två faktorer." uppdelat efter vårdsektor.

För offentlig sektor är den konsekvens som påverkar mest i arbetet ökat administrativt arbete, se figur 4.15. För privat sektor är den primära konsekvensen istället att det tar längre tid att slutföra arbetsuppgifter. Frustration i teamet ses som en större risk av privat sektor än offentlig; privat sektor är överrepresenterad med omkring 11 procentenheter. Offentlig sektor är överrepresenterad med ungefär 7 procentenheter bland de som valt sänkt motivation och tillfredsställelse i arbetet som den främsta konsekvensen av dåligt fungerande hjälpmedel.

4.3.6.2 Framgångsrika införanden av digitala hjälpmedel

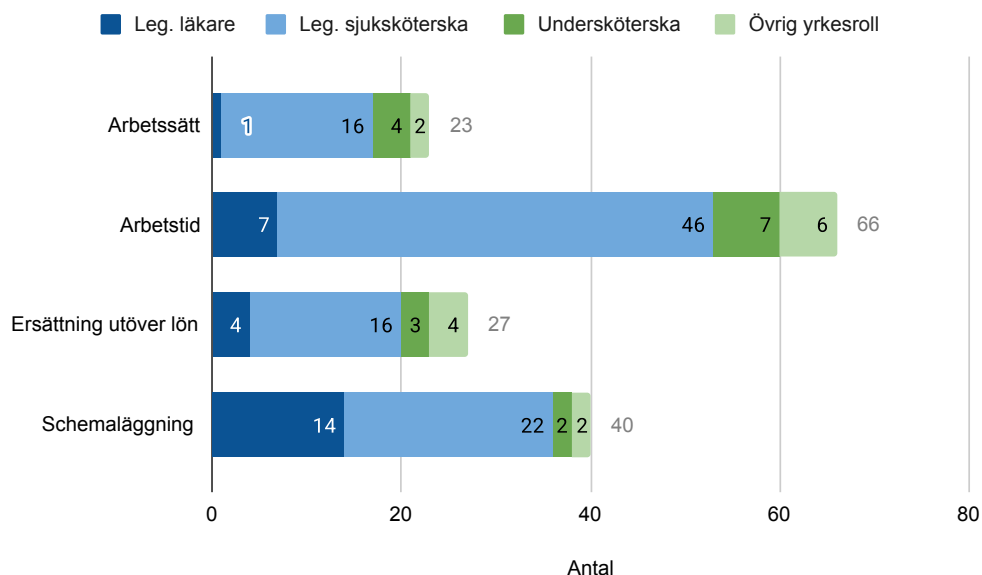


Figur 4.16: Resultat på frågan "Vad är avgörande för dig för framgångsrika införanden av dessa hjälpmedel? Vänligen välj upp till tre faktorer." uppdelat efter vårdsektor.

Privat sektor är något överrepresenterade bland de som valt tillgång till support och utbildning, integration med befintliga system samt tydligt syfte, ca 5 procentenheter var. Som kan utläsas i figur 4.16 är lättanvända system med god användbarhet det viktigaste för båda sektorerna, och fördelningen är proportionerlig mot urvalet. Offentlig sektor prioriterar i högre grad än väntat att systemet testas i vårdmiljö och att det är en tydlig tidsbesparing, cirka 8 respektive 7 procentenheter. Medbestämmande från personalen prioriteras högre än väntat av offentlig sektor, cirka 10 procentenheter. Att fler personer har tillgång/licens till programmet har enbart valts av personer inom privat sektor, alltså en överrepresentation, men då datamängden är relativt liten går det inte att dra alltför stora slutsatser baserat på detta.

4.4 Kvantitativ analys av yrkesgrupper

4.4.1 Flexibilitetsfaktorer



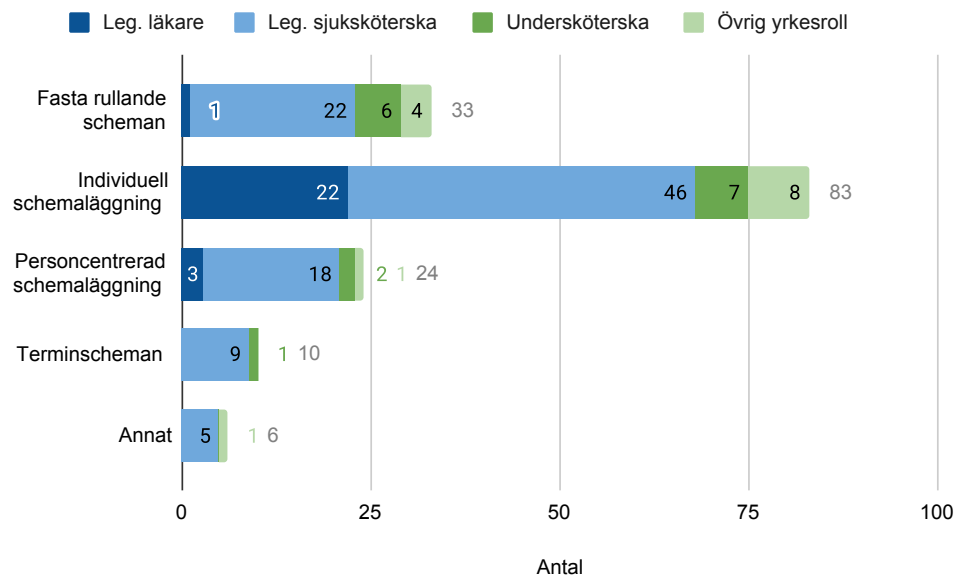
Figur 4.17: Resultat på frågan "Vilket av följande områden är viktigast för dig för att möjliggöra en ökad flexibilitet på ditt arbete?" uppdelat efter yrkesgrupp.

För sjuksköterskor och undersköterskor är arbetstid den viktigaste aspekten av flexibilitet, medan läkare prioriterar schemaläggning högre, se figur 4.17. Sjuksköterskor är underrepresenterade med cirka 10 procentenheter bland de som valt schemaläggning, samtidigt som de är något underrepresenterade i gruppen som valt ersättning utöver lön. Läkarna är tydligt underrepresenterade bland de som valt arbetssätt, och utgör endast 4% av den gruppen. Undersköterskor är däremot överrepresenterade gällande arbetssätt, med omkring 7 procentenheter.

p-värde: 0.066

P-värdet är inte signifikant vid uppdelning efter yrkesgrupp, dock är det nära signifikans med ett värde på 0.066. Läkarna uppvisar en signifikant residual på 2.8 för schemaläggning, alltså finns det en trend att läkare väljer schemaläggning oftare än resterande yrkesgrupper. Läkare har även utstickande, men ej signifikanta, residualer för arbetssätt och arbetstid, med -1.5 respektive -1.2. Detta indikerar att läkare prioriterar dessa flexibilitetsfaktorer i lägre utsträckning än väntat. Undersköterskor uppvisar en residual på 1.0 för arbetssätt och -1.1 för schemaläggning. Detta indikerar att undersköterskor prioriterar arbetssätt högre i större utsträckning än väntat, och schemaläggning i lägre utsträckning än väntat.

4.4.1.1 Schemaläggning



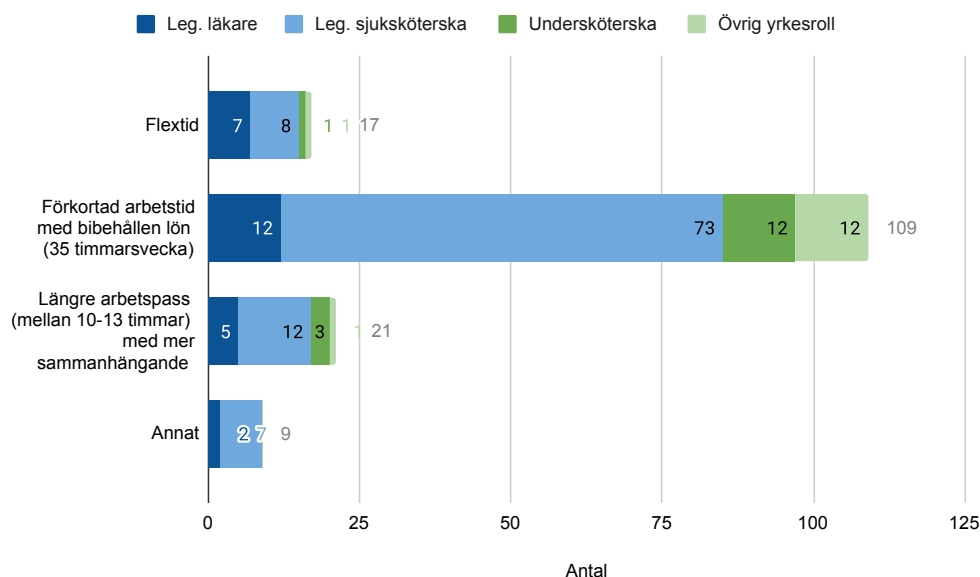
Figur 4.18: Resultat på frågan "Vilken av följande faktorer inom området schemaläggning är viktigast för dig? Välj det viktigaste." uppdelat efter yrkesgrupp.

För samtliga yrkesgrupper är individuell schemaläggning den faktor som önskas mest. Läkarna är överrepresenterade med omkring 10 procentenheter, medan sjuksköterskorna är underrepresenterade med lika mycket. Läkarna är nästan uteslutande intresserade av detta alternativ, då 85% av läkarna valt individuell schemaläggning. Undersköterskor är överrepresenterade med ungefär 8 procentenheter för fasta rullande scheman. Resultatet från denna fråga visas i figur 4.18.

p-värde: 0.057

Aspekten schemaläggning uppvisar inte ett signifikant p-värde dock är det nära signifikans med 0.057. Bland residualerna finns det ett mönster att läkare prioriterar individuell schemaläggning högre än förväntat, då denna yrkesgrupp har en signifikant residual på 2.3. Andra residualer bland läkarna som uppvisar en tydlig skillnad utan att vara signifikanta är fasta rullande scheman och terminscheman, med residualer på -1.9 respektive -1.3. Läkarna är alltså underrepresenterade för dessa två alternativ. Sjuksköterskor väljer terminscheman i högre utsträckning än väntat med en residual på 1.0, samtidigt som de väljer individuell schemaläggning i lägre utsträckning än väntat, med en residual på -1.1. Undersköterskor prioriterar fasta rullande scheman i högre grad än väntat då gruppens residual för detta alternativ är 1.4.

4.4.1.2 Arbetstid



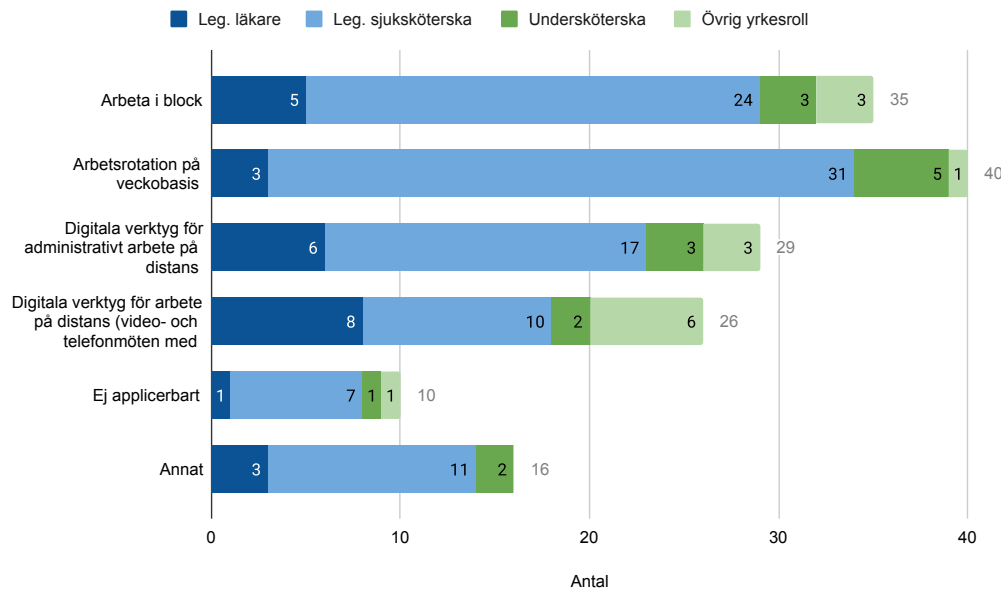
Figur 4.19: Resultat på frågan "Vilken av följande faktorer inom området arbetstid är viktigast för dig? Välj det viktigaste." uppdelat efter yrkesgrupp.

Samtliga yrkesgrupper är eniga om att förkortad arbetstid är den viktigaste faktorn inom arbetstid, se figur 4.19. 75% av undersköterskorna och 73% av sjuksköterskorna valde detta alternativ. Läkarnas svar är mer tudelade, där 46% valt förkortad arbetstid och 27% valt flexitid. Läkarna är överrepresenterade även för längre arbetspass med mer sammanhängande vila, medan sjuksköterskorna är underrepresenterade i denna faktor.

p-värde: 0.135

Gällande arbetstid är p-värdet inte signifikant för uppdelning efter yrkesgrupper. Residualen är positivt signifikant för läkare och flexitid, med ett värde på 2.6. Detta innebär att läkare prioriterar flexitid högre än väntat. Läkarna har även en relativt stor residual, men ej signifikant, för förkortad arbetstid, med ett värde på -1.5. Detta innebär att läkare väljer förkortad arbetstid i lägre utsträckning än väntat. Sjuksköterskor har en residual på -1.0 för flexitid, vilket indikerar att yrkesgruppen är underrepresenterad för detta svarsalternativ.

4.4.1.3 Arbetssätt



Figur 4.20: Resultat på frågan "Vilken av följande faktorer inom området arbets-sätt är viktigast för dig? Välj det viktigaste." uppdelat efter yrkesgrupp.

Som ses i figur 4.20 värderar sjuksköterskor och undersköterskor arbetsrotation som den viktigaste faktorn, medan läkare föredrar digitala verktyg för arbete på distans. Läkarnas näst främsta faktor är likartad, i form av digitala verktyg för administrativt arbete på distans. Andelen sjuksköterskor som önskar digitala verktyg för administrativt arbete på distans är proportionerlig mot fördelningen av urvalet, däremot är yrkesgruppen underrepresenterad för alternativet digitala verktyg för arbete på distans. Omkring 10% av respondenterna har svarat annat, alltså att de värderar en ej angiven faktor högre än de givna svarsalternativen.

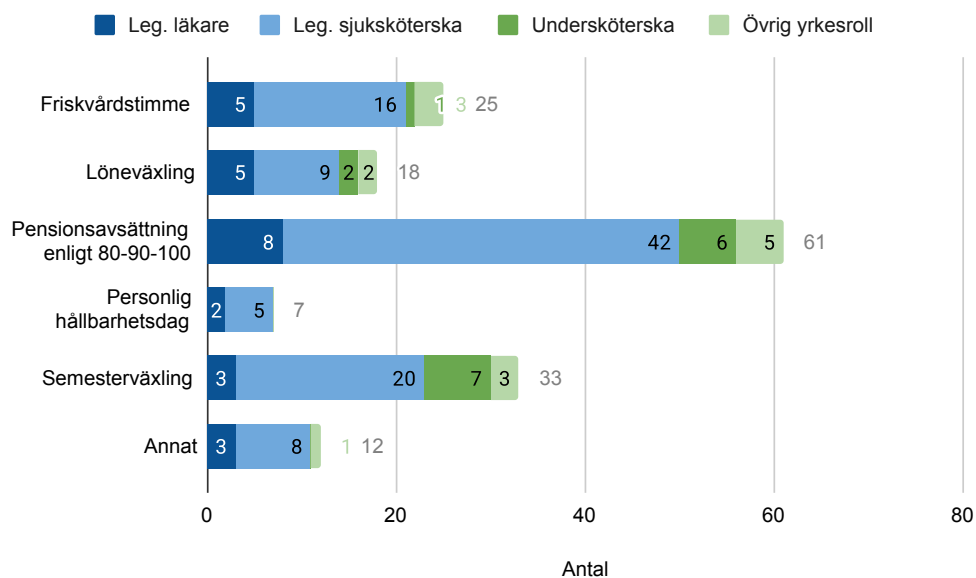
Simulerat p-värde: 0.091

L: 0.083

U: 0.098

Det simulerade p-värdet når inte signifikans, men är nära med ett värde på 0.091. Vid analys av residualerna är det digitala verktyg för arbete på distans som sticker ut, där läkare har en signifikant residual på 2.0. Residualen för sjuksköterskor gällande detta svarsalternativ är -1.9, det vill säga tydlig men ej signifikant. Alltså önskar läkare digitala verktyg för arbete på distans i större utsträckning än väntat, medan sjuksköterskor prioriterar denna faktor mindre än väntat. Även arbetsrotation på veckobasis uppvisar residualer som sticker ut för läkare och sjuksköterskor. Sjuksköterskor värdesätter arbetsrotation högre än förväntat, med en residual på 1.1, medan läkare prioriterar detta i lägre grad än väntat, med en residual på -1.4.

4.4.1.4 Ersättning utöver lön



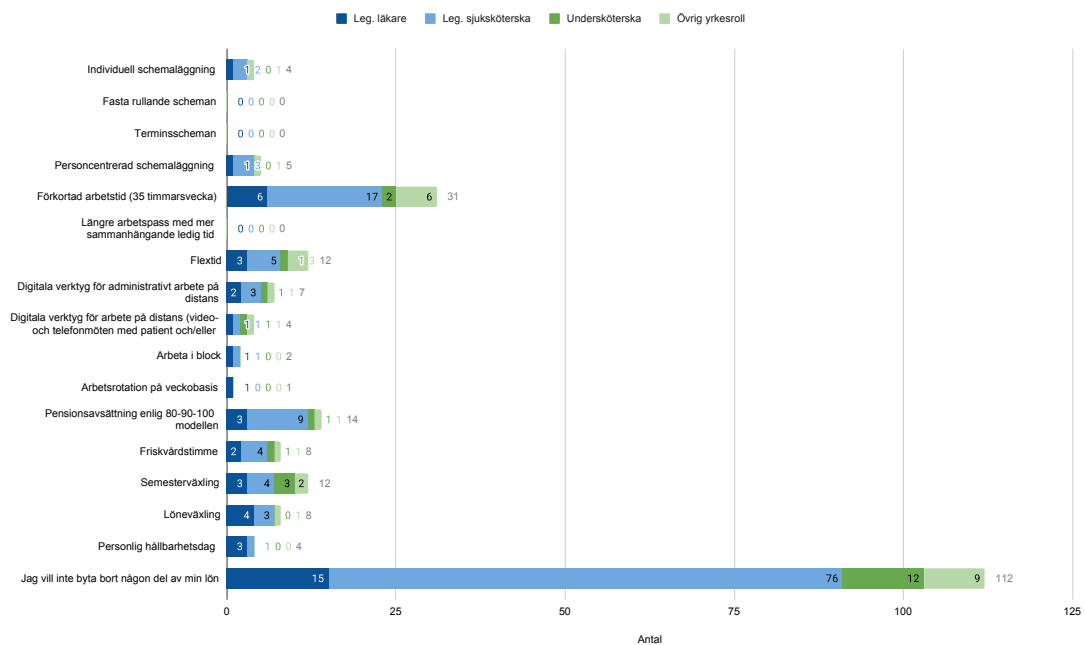
Figur 4.21: Resultat på frågan "Vilken av följande faktorer inom området ersättning är viktigast för dig? Välj det viktigaste." uppdelat efter yrkesgrupp.

Sjuksköterskor och läkare anser att pensionsavsättning enligt 80-90-100-modellen är den viktigaste aspekten, medan undersköterskor föredrar semesterväxling. Undersköterskor prioriterar dock pensionsavsättning nästan lika högt. Läkarna har spritt ut sina svar relativt jämnt över samtliga svarsalternativ. Detta har sjuksköterskorna också gjort till viss del; 78% har uppgett ett av alternativen friskvårdstimme, pensionsavsättning eller semesterväxling som den viktigaste faktorn. Resultatet från denna fråga visas i figur 4.21.

p-värde: 0.662

För detta svarsalternativ är p-värdet inte signifikant för yrke. Ser man till residualerna finns det flera indikatorer för läkarna. Residualerna pekar på att de prioriterar löneväxling och personlig hållbarhetsdag högre än förväntat, med värden på 1.1 respektive 1.0. Läkarna väljer dock semesterväxling i lägre utsträckning än väntat, med en residual på -1.1. Undersköterskorna är nära en signifikant residual på 1.9 för semesterväxling; alltså ett populärare alternativ än väntat. Undersköterskor är däremot underrepresenterade för alternativet friskvårdstimme med en residual på -1.0.

4.4.1.5 Byta bort del av lön

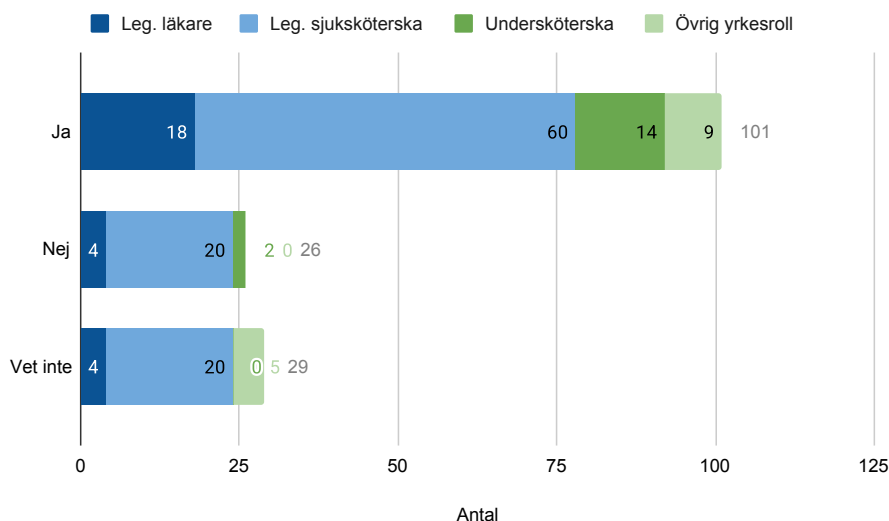


Figur 4.22: Resultat på frågan "I syfte att öka flexibiliteten i mitt arbete skulle jag kunna tänka mig att byta bort en del av min lön mot följande (flera val möjliga):" uppdelat efter yrkesgrupp.

Som visas i figur 4.22 är en markant majoritet inte beredda att byta bort sin lön, oavsett yrkesgrupp. Bland de som kan tänka sig att byta bort en del av sin lön är förkortad arbetstid det mest frekvent förekommande för läkare och sjuksköterskor, medan undersköterskor hellre vill ha semesterväxling. Läkare är överrepresenterade bland de som valt löneväxling, dock är det en liten datamängd.

4.4.2 Byte av arbetsplats

4.4.2.1 Vara kvar hos nuvarande arbetsgivare om ett år



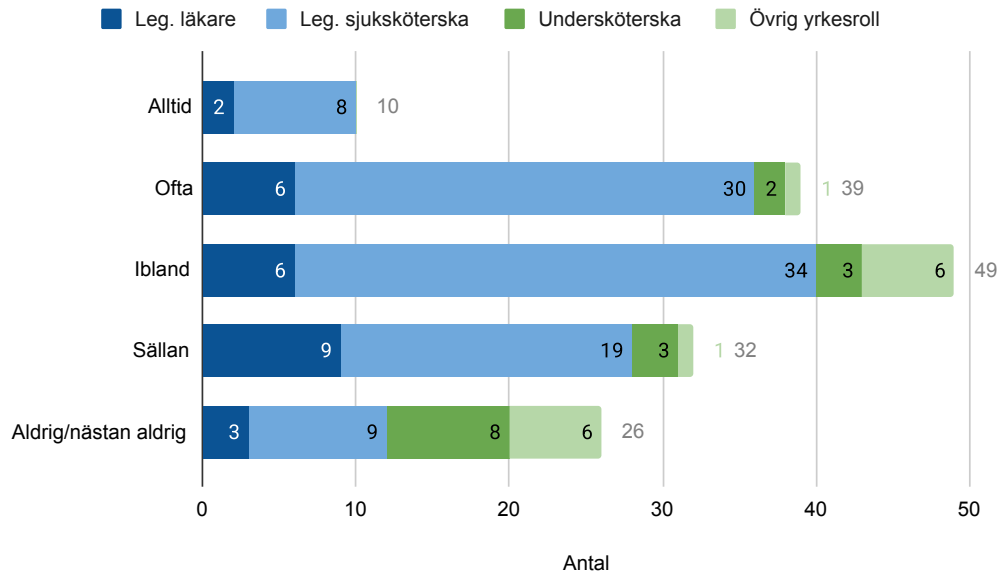
Figur 4.23: Resultat på frågan "Jag planerar att arbeta kvar hos min nuvarande arbetsgivare om ett år" uppdelat efter yrkesgrupp.

För samtliga yrkesgrupper planerar en majoritet att vara kvar på sin nuvarande arbetsplats om ett år, vilket ses i figur 4.23. Fördelningen bland dessa respondenter är proportionerlig mot urvalet. Sjuksköterskor är överrepresenterade bland de som svarat nej med ungefär 18 procentenheter. Inga undersköterskor har svarat att de inte vet om de kommer att vara kvar eller inte.

p-värde: 0.084

P-värdet är inte signifikant, dock är det nära med ett värde på 0.084. Vid analys av residualerna för yrkesgrupperna går det inte heller att utläsa några signifikanta resultat. Ett mönster som går att se är att undersköterskor svarade ja i större utsträckning än väntat, med en residual på 1.2, och andelen som inte vet om de ska vara kvar hos sin nuvarande arbetsgivare är mindre än förväntat, med en residual på -1.7.

4.4.2.2 Övervägande av att söka nytt jobb



Figur 4.24: Resultat på frågan "Hur ofta överväger du att söka ett nytt jobb?" uppdelat efter yrkesgrupp.

Majoriteten av undersköterskorna har uppgett att de aldrig eller nästan aldrig överväger att byta jobb, och de är tydligt överrepresenterade för detta alternativ som ses i figur 4.24. Majoriteten av läkare har svarat att de sällan tänker på att byta jobb, och är överrepresenterade för detta alternativ. Av de som uppgett att de ofta eller alltid tänker på att byta är cirka 78% sjuksköterskor, vilket innebär en klar överrepresentation.

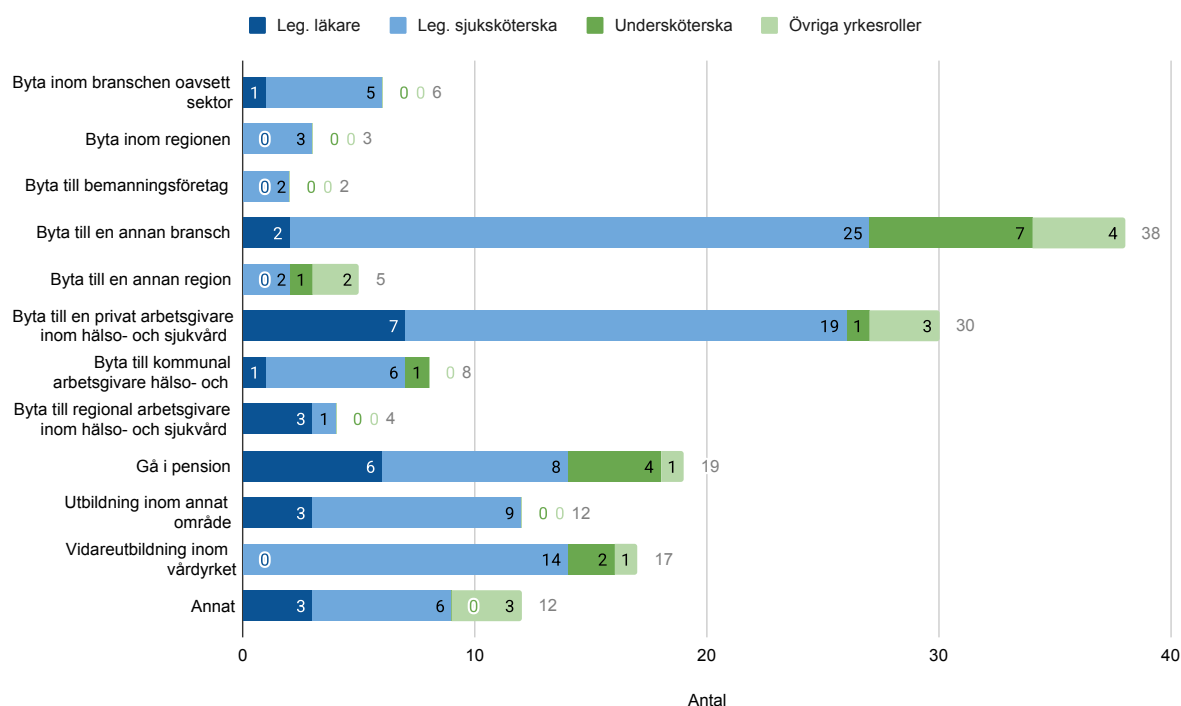
Simulerat p-värde: 0.003

L: 0.002

U: 0.005

Det simulerade p-värdet är signifikant, med ett värde på 0.003. Bland residualerna påträffas flera signifikanser kring den grupp som aldrig/nästan aldrig vill byta arbetsplats. Undersköterskor är överrepresenterade med en residual på 3.4, medan sjuksköterskor är underrepresenterade med en residual på -2.0. Bland de som sällan vill byta sticker läkare ut med en residual på 1.5. Detta indikerar att läkare uppger att de sällan tänker på att byta arbetsplats i större utsträckning än väntat. Bland de som uppgett att de ofta tänker på att byta arbetsplats är sjuksköterskor överrepresenterade med en residual på 1.0, medan undersköterskor och övriga yrkesroller är underrepresenterade med residualer på -1.0 respektive -1.4. Bland de respondenter som uppgett att de alltid tänker på att byta arbetsplats sticker residualen för undersköterskor ut med ett värde på -1.0. Detta innebär att yrkesgruppen uppgett att de alltid tänker på att byta arbetsplats i lägre grad än väntat.

4.4.2.3 Fördelning av avsikt att lämna arbetsgivare



Figur 4.25: Resultat på frågan "Om du överväger att lämna din nuvarande arbetsgivare, vilket av följande alternativ passar bäst in för dig?" uppdelat på vårdsektor.

Både sjuksköterskor och undersköterskor har angett att byta till en annan bransch är det alternativ som bäst passar in om de skulle lämna sin nuvarande arbetsgivare, se figur 4.25. Det mest frekventa svaret bland läkarna är att byta till en privat arbetsgivare inom hälso- och sjukvård. Både läkare och undersköterskor är överrepresenterade bland de som uppgett att de skulle gå i pension om de skulle lämna sin nuvarande arbetsgivare, ett alternativ där sjuksköterskor är underrepresenterade. Vidareutbildning inom vårddyrket är populärast bland sjuksköterskor, och ingen läkare har valt detta alternativ.

Simulerat p-värde: 0.042

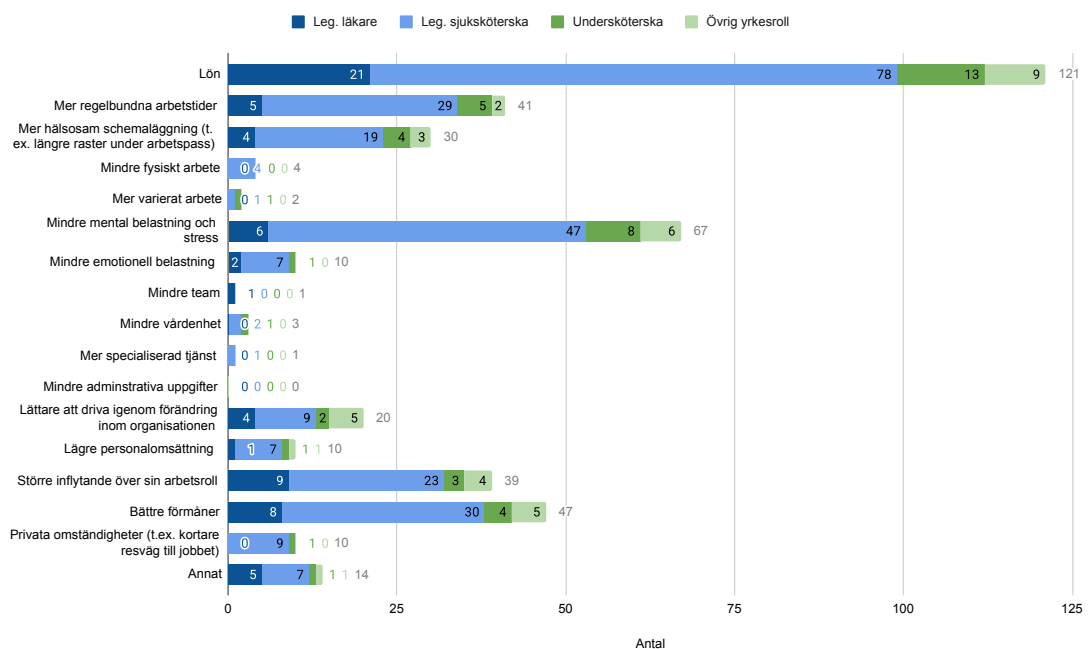
L: 0.037

U: 0.047

Det simulerade p-värdet är signifikant, med ett värde på 0.042. Bland residualerna påträffas en signifikans. Den gäller läkare, som är överrepresenterade bland de som angett att de skulle byta till en regional arbetsgivare, med en residual på 2.8. Utöver denna finns det flertalet residualer som sticker ut, utan att vara signifikanta. Bland de som uppgett att de skulle byta bransch är undersköterskor överrepresenterade med en residual på 1.7, medan läkare är underrepresenterade med en residual på -1.7. Det är däremot färre undersköterskor än förväntat som uppgett att de skulle byta till en privat arbetsgivare, vilket indikeras av residualen på -1.2. Bland de som uppgett att de skulle byta till en regional arbetsgivare inom vården är det färre sjuksköterskor än förväntat; residualen här har ett värde på -1.0. Bland de som uppgett att de

skulle gå i pension är läkare och undersköterskor överrepresenterade med residualer på 1.6 respektive 1.4, medan sjuksköterskor är underrepresenterade med en residual på -1.2. Bland de som svarat att vidareutbildning inom vården är den troligaste anledningen att lämna är läkare underrepresenterade och sjuksköterskor överrepresenterade, vilket syns på residualernas värde på -1.7 respektive 1.0. Bland de som uppgett att de skulle valt utbildning inom annat område är det istället undersköterskor som sticker ut, med en residual på -1.1. Detta innebär att respondenter från denna yrkesgrupp valt detta svarsalternativ i lägre utsträckning än förväntat.

4.4.3 Anledning att byta från offentlig till privat sektor

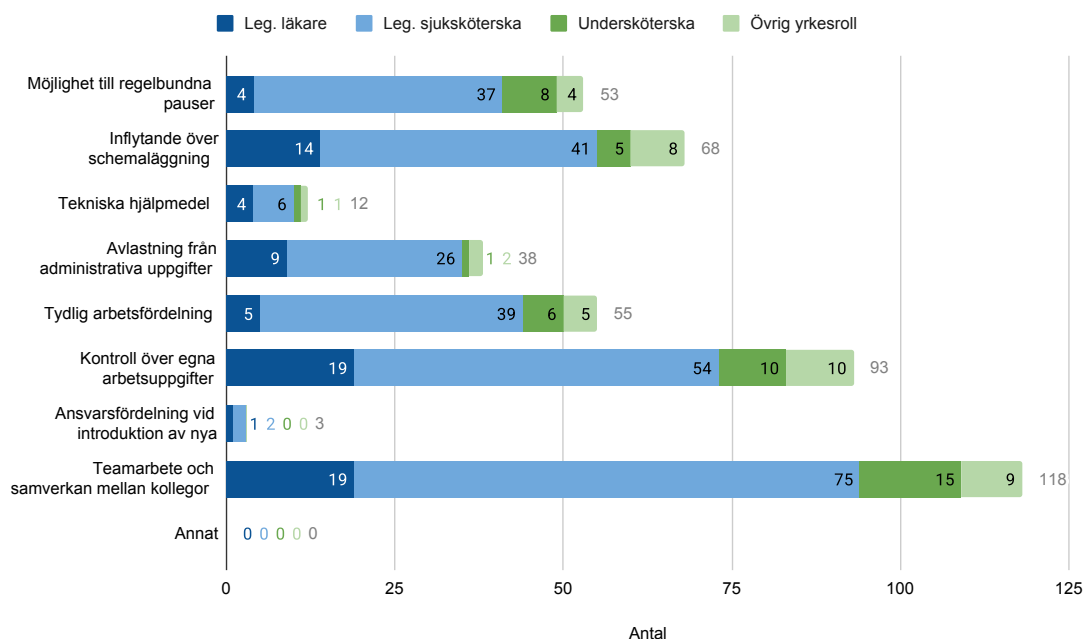


Figur 4.26: Resultat på frågan "Av de sjuksköterskor som tog examen under 2019 lämnade ungefär en femtedel regionen för jobb inom privat eller kommunal sektor inom tre år enligt Socialstyrelsen. Vad tror du det beror på? Vänligen välj upp till tre faktorer." uppdelat på yrkesgrupp.

Som ses i figur 4.26 tror samtliga yrkesgrupper att lön är den främsta anledningen att sjuksköterskor går från offentlig till privat sektor, där fördelningen mellan yrkesgrupperna är proportionerlig mot urvalet. Sjuksköterskor är något överrepresenterade, omkring 5 procentenheter, bland de som valt mindre mental belastning och stress. Läkarna är underrepresenterade för samma alternativ. Sjuksköterskor är även överrepresenterade för mer regelbundna arbetstider. Sjuksköterskorna är underrepresenterade bland de som valt bättre förmåner samt större inflytande över sin yrkesroll, medan läkarna är överrepresenterade för det sistnämnda.

4.4.4 Psykosocial arbetsmiljö

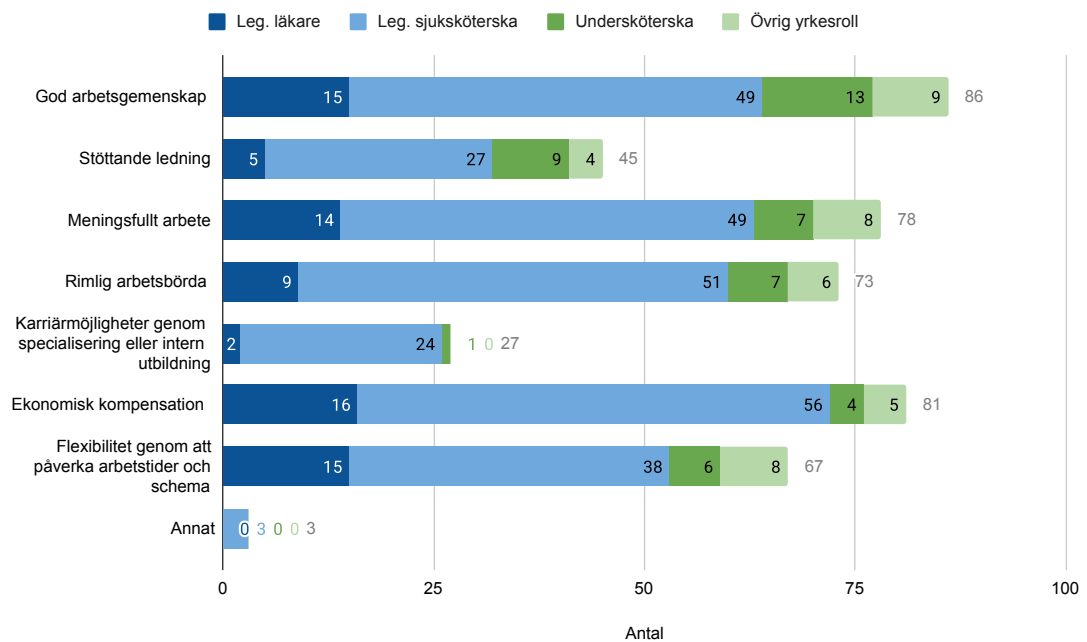
4.4.4.1 Hög arbetsbelastning



Figur 4.27: Resultat på frågan "Vilka alternativ har du eller önskar du att du hade tillgång till för att hantera en hög arbetsbelastning bättre? Vänligen välj upp till tre faktorer." uppdelat efter yrkesgrupp.

I figur 4.27 ses att samtliga yrkesgrupper anser att teamarbete och samverkan mellan kollegor är den viktigaste faktorn för att hantera en hög arbetsbelastning. Fördelningen mellan yrkesgrupperna för detta alternativ är proportionerlig mot urvalet. Läkarna är underrepresenterade bland de som valt möjlighet till regelbundna pauser och tydlig arbetsfördelning med ungefär 9 respektive 7 procentenheter. Läkarna är överrepresenterade för tekniska hjälpmedel, dock är datamängden liten. Sjuksköterskor är något överrepresenterade bland de som valt inflytande över egna arbetsuppgifter eller tydlig arbetsfördelning som en av de tre viktigaste faktorerna. Samtidigt är de underrepresenterade bland de som valt kontroll över egna arbetsuppgifter. Undersköterskor är något överrepresenterade för alternativet möjligheter till regelbundna pauser med omkring 5 procentenheter.

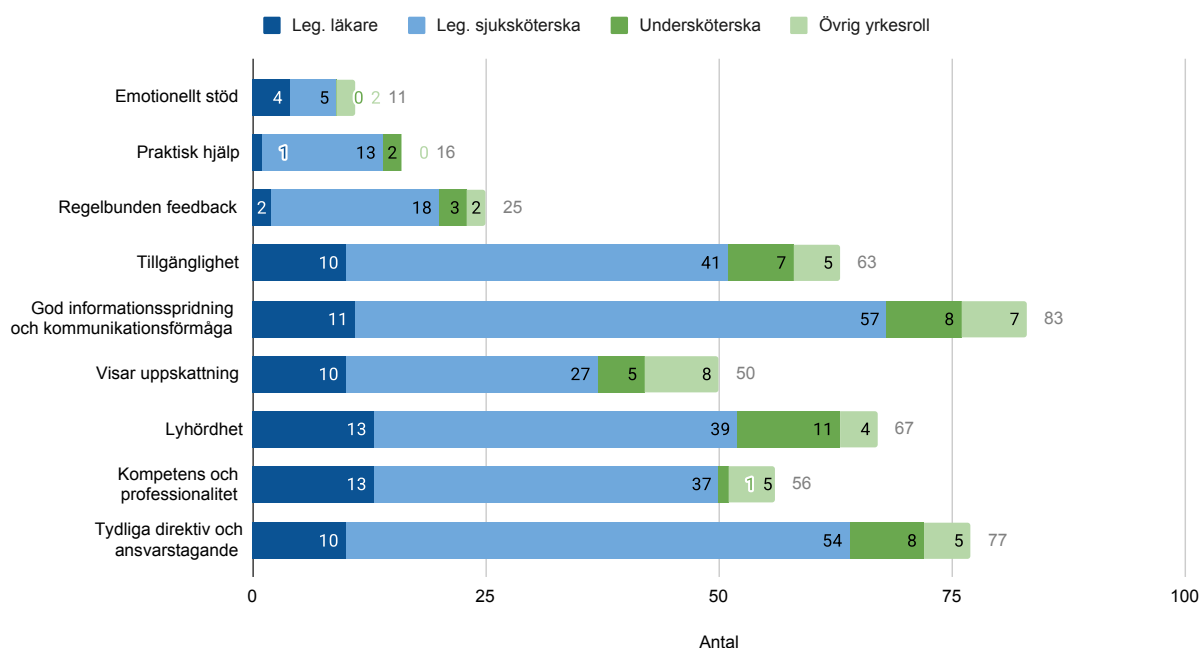
4.4.4.2 Arbetstillfredsställelse och motivation



Figur 4.28: Resultat på frågan "Vilka faktorer driver arbetstillfredsställelse och motivation i ditt arbete? Vänligen välj upp till tre faktorer." uppdelat efter yrkesgrupp.

Läkare upplever ekonomisk kompensation som den drivande faktorn till tillfredsställelse och motivation i arbetet, vilket ses i figur 4.28. Sjuksköterskor prioriterar också ekonomisk kompensation högst, medan undersköterskor värderar god arbetsgemenskap högst. Undersköterskor är överrepresenterade med omkring 10 procentenheter bland de som valt stöttande ledning, och underrepresenterade med ungefär 5 procentenheter bland de som valt ekonomisk kompensation. Läkare är överrepresenterade för flexibilitet genom att påverka arbetstider och något underrepresenterade bland de som valt stöttande ledning. De är även tydligt underrepresenterade bland de som uppgett karriärmöjligheter genom specialisering eller intern utbildning som en drivande faktor. Sjuksköterskor är tydligt överrepresenterade för samma alternativ och utgör cirka 89% av de som valt detta som en av tre faktorer.

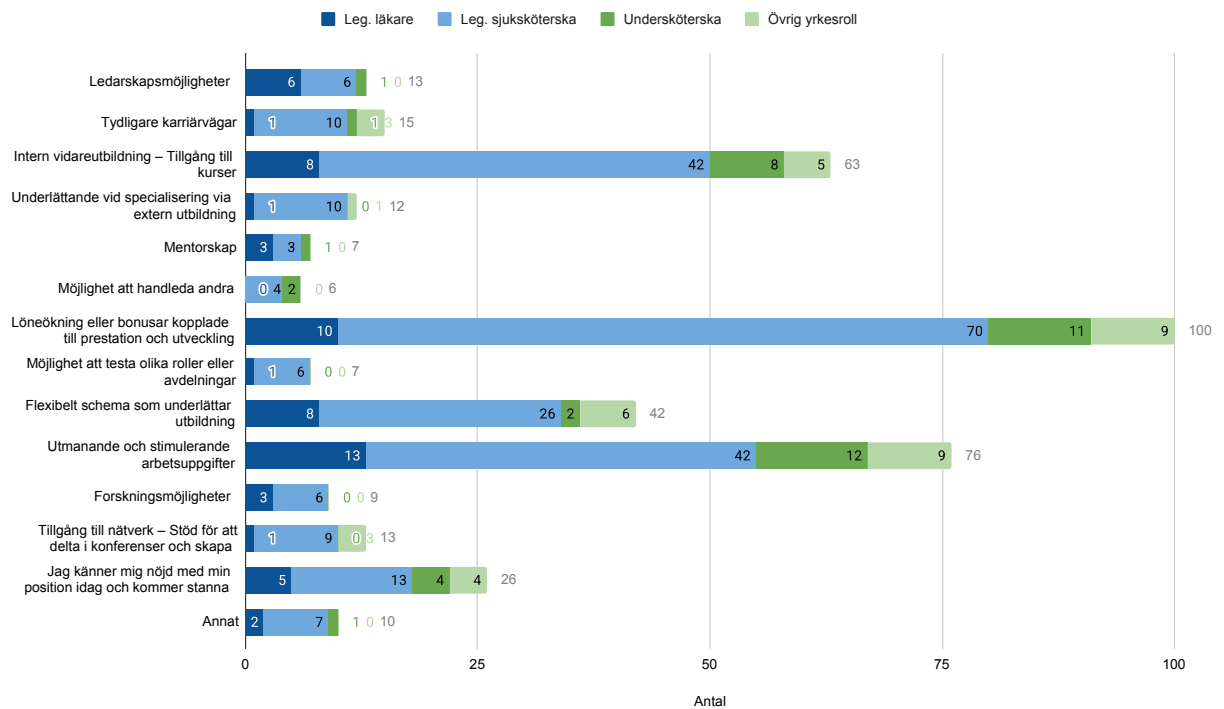
4.4.4.3 Stöd från ledningen



Figur 4.29: Resultat på frågan "Vilka egenskaper från ledningen värderar du högst? Vänligen välj upp till tre faktorer." uppdelat efter yrkesgrupp.

Sjuksköterskorna uppger att god informationsspridning och kommunikationsförmåga är den viktigaste egenskapen hos ledningen, tätt följt av tydliga direktiv och ansvarstagande. Även undersköterskor prioriterar dessa två alternativ högt, men allra främst lyhördhet. Läkarnas svar är utspridda relativt jämnt över många svarsalternativ, där lyhördhet samt kompetens och professionalitet är de mest frekvent valda. Läkarna är överrepresenterade för det sistnämnda alternativet med omkring 7 procentenheter, medan de är tydligt underrepresenterade för både praktisk hjälp och regelbunden feedback med 10 respektive 8 procentenheter. För samma alternativ är sjuksköterskor däremot överrepresenterade med 17 respektive 8 procentenheter. Undersköterskor är underrepresenterade för kompetens och professionalitet med cirka 9 procentenheter. Sjuksköterskor är underrepresenterade bland de som önskar att ledningen visar uppskattning med ungefär 10 procentenheter. Resultatet för denna fråga ses i figur 4.29.

4.4.5 Karriärmöjligheter

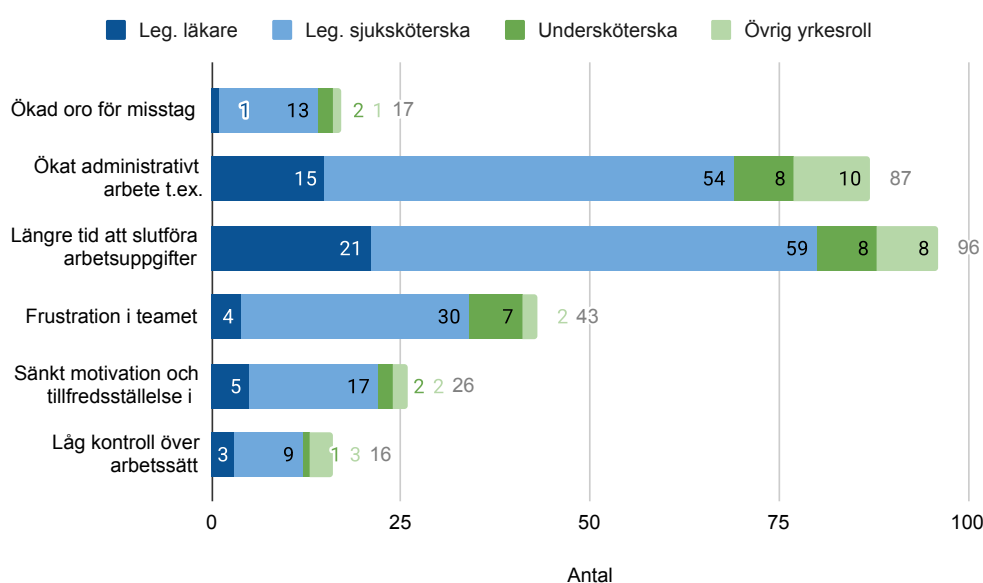


Figur 4.30: Resultat på frågan "Vilka av följande karriärfaktorer skulle få dig att överväga att stanna längre på din arbetsplats? Vänligen välj upp till tre faktorer." uppdelat efter yrkesgrupp.

I figur 4.30 ses att sjuksköterskor önskar löneökning eller bonusar kopplat till prestation och utveckling medan läkare och undersköterskor prioriterar utmanande och stimulerande arbetsuppgifter främst. Undersköterskor är överrepresenterade här med ungefär 5 procentenheter medan sjuksköterskor är underrepresenterade med 9 procentenheter. För löneökning eller bonusar är sjuksköterskor däremot överrepresenterade med ungefär 6 procentenheter, medan läkare är underrepresenterade med 7 procentenheter. För ledarskapsmöjligheter och mentorskap är läkare tydligt överrepresenterade medan sjuksköterskor är tydligt underrepresenterade. Det bör dock noteras att dessa alternativ utgörs av relativt små datamängder. Undersköterskor är underrepresenterade bland de som uppgett flexibelt schema som underlättar utbildning som en önskvärd karriärfaktor. Bland de som svarat att de är nöjda med sin position idag är färre sjuksköterskor än väntat och fler undersköterskor än väntat.

4.4.6 Teknik och digitala hjälpmedel

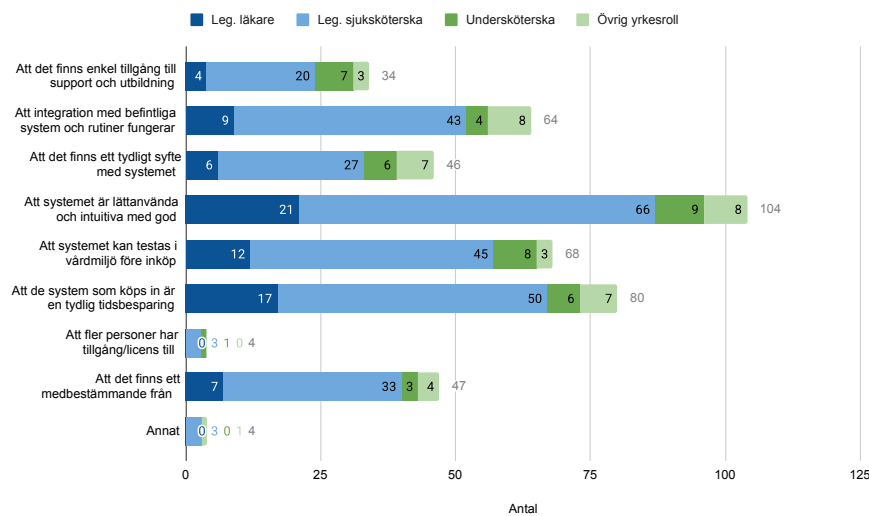
4.4.6.1 Konsekvenser av dåligt fungerande digitala hjälpmedel



Figur 4.31: Resultat på "Vilka konsekvenser av dåligt fungerande digitala hjälpmedel påverkar dig mest i ditt arbete? Anta att patientsäkerheten fortfarande upprätthålls. Vänligen välj upp till två faktorer." uppdelat efter yrkesgrupp.

För läkare och sjuksköterskor är längre tid att slutföra arbetsuppgiften den mest framträdande konsekvensen av dåligt fungerande digitala hjälpmedel, se figur 4.31. Undersköterskor väljer detta alternativ lika frekvent som de väljer ökat administrativt arbete. Undersköterskor väljer i nästan lika stor utsträckning frustration i teamet, vilket motsvarar en överrepresentation på ungefär 6 procentenheter. Andelen läkare som valt längre tid att slutföra arbetsuppgifter motsvarar en överrepresentation på omkring 5 procentenheter. Sjuksköterskor är tydligt överrepresenterade bland de som valt ökad oro för misstag med cirka 12 procentenheter, samtidigt som de är underrepresenterade bland de som valt låg kontroll över arbetssätt med 8 procentenheter.

4.4.6.2 Framgångsrika införanden av digitala hjälpmedel



Figur 4.32: Resultat på frågan "Vad är avgörande för dig för framgångsrika införanden av dessa hjälpmedel? Vänligen välj upp till tre faktorer." uppdelat efter yrkesgrupp.

För samtliga yrkesgrupper är faktumet att systemet är lättanvänt och intuitivt med god användbarhet den mest avgörande faktorn för framgångsrika införanden av digitala hjälpmedel. Den faktorn som prioriteras näst högst av både läkare och sjuksköterskor är att de system som köps in är en tydlig tidsbesparing, där läkarna är något överrepresenterade. Undersköterskor värderar att systemet kan testas i vårdmiljö innan inköp högre. Undersköterskor är överrepresenterade för att det finns enkel tillgång till support och utbildning med cirka 10 procentenheter, medan läkare och sjuksköterskor är underrepresenterade med ungefär 5 procentenheter vardera för samma alternativ. Sjuksköterskorna är även underrepresenterade med ungefär 5 procentenheter bland de som önskar att det finns ett tydligt syfte med systemet. Sjuksköterskor är däremot överrepresenterade med cirka 6 procentenheter bland de som önskar att det ska finnas ett medbestämmande från personalen. Resultatet ses i figur 4.32.

4.5 Kvalitativ analys

Totalt genomfördes 10 intervjuer med personer i olika positioner inom vården. Deras yrken och andra eventuella ansvarsområden ses i Appendix E. Det genomfördes två tematiska analyser, en av fritextsvaren och en av intervjusvaren. Dessa presenteras nedan.

4.5.1 Fritextfråga

Nedan presenteras 13 teman från den tematiska analysen av fritextfrågan i formuläret. Frågan var frivillig och 99 personer valde att besvara. Fler personer skrev flera saker på varje svar så efter uppdelning fanns 137 fristående faktorer. Fritextfrågan löd "Om du har jobbat på en

annan arbetsplats inom vården tidigare, varför valde du att byta jobb?”

Lön/ekonomiska faktorer – 27 svar

Ekonomiska skäl, främst i form av otillräcklig lön i relation till arbetsbördan, lyfts ofta som anledning till byte av arbetsplats. Flera uttrycker att de fått bättre löneerbjudanden från andra arbetsgivare vilket blev avgörande i valet att byta jobb.

”Man måste byta arbetsplats regelbundet för att ha en löneutveckling. De nyexaminerade som man skolar in tjänar stora summor mer än den erfarna om man inte byter jobb.”

Arbetsbelastning – 26 svar

En hög arbetsbelastning är ett genomgående tema i svaren, där många beskriver att de kände sig konstant överbelastade och otillräckliga. Flera valde att byta arbete då resurserna inte alltid stod i proportion till arbetsmängden, vilket ledde till mycket höga stressnivåer.

Privata orsaker – 17 svar

Under privata orsaker nämnde majoriteten av respondenterna att det berodde på flytt till annan ort eller att man vill arbeta närmare hemmet. De andra svaren som uppkom var personliga skäl att vilja byta från en del av vården till en annan. Detta är faktorer som i regel ligger utanför arbetsgivarens kontroll.

Personlig utveckling – 14 svar

Många respondenter beskriver att de bytte arbetsplats för att kunna utvecklas personligt eller professionellt. Att vilja pröva något nytt, få nya erfarenheter eller behov av variation var återkommande.

Ledningen – 12 svar

Främst lyfts missnöje med ledarskap som det som gjort att respondenter lämnat sina tidigare arbetsplatser. Det handlar om upplevelser av nya chefer med nya ordrar, en ledning som fokuserar bara på statistik och frånvarande chefer.

Inflytande på arbetsplatsen – 9 svar

Brister i möjligheten att påverka sin arbetssituation framhålls som en betydande anledning till att man bytte arbete. Samtliga respondenter nämnde att de bytte till en arbetsplats där man fick större inflytande och mer möjlighet att påverka.

Arbetstider – 7 svar

Obekväma och oförutsägbara arbetstider, såsom kvälls- och helgpas, framhålls som en betydande orsak till att byta arbetsplats. Respondenterna uttrycker att dessa tider påverkade deras privatliv och återhämtning negativt. En person nämnde att denne lämnade sin arbetsplats och blev konsult för att helt kunna styra sina arbetstider.

Arbetsuppgifter – 6 svar

Samtliga respondenter utom en uttrycker att de saknade variation eller utvecklingsmöjligheter i sina tidigare arbetsuppgifter. Den sista respondenten uttryckte att denne testat en chefsposition men saknade patientkontakten och valde därför att byta tillbaka.

Schemaläggning – 6 svar

Schemaläggningen lyfts i flera fall som problematisk, där missnöje över brist på återhämtning eller att deras önskemål inte togs i beaktande. Flertalet bytte för att få mer inflytande över schemaläggningen, få fasta scheman och för att slippa arbeta helger.

Generell arbetsmiljö – 5 svar

En negativ arbetsmiljö nämns av samtliga fem respondenter. Deras svar är allmänna och kortfattade men pekar på att arbetsmiljön var för tung.

Karriärmöjligheter – 5 svar

Här framkommer de som bytt på grund av karriärmässiga faktorer. Det vanligast förekommande svaret är att personen bytt tjänst då de vidareutbildat sig inom en specialistutbildning. Det nämndes även att en bytte för att få betald vidareutbildning.

Arbetsätt – 2 svar

Respondenterna pekar på arbetsätt och en organisation som gav dåliga förutsättningar för att genomföra den vård som krävs. Exempel på för mycket administration och för lite patientkontakt nämns.

Sociala faktorer – 2 svar

Här lyftes goda kollegor och sociala relationer inom arbetsgruppen som något man aspirerar att byta till. Dålig uppskattning och en allmänt dålig stämning lyftes som drivkrafter till att byta jobb.

4.5.2 Intervjuer

Nedan presenteras de 11 teman och deras innehåll som skapats under processen. Analysen i sin helhet redovisas i Appendix E.

Involvera klinisk personal i beslutsfattande processer

Detta tema utgörs av följande koder:

- Beslut om digitala hjälpmedel - involvera golvet
- Beslutsfattande nationell nivå
- Toppstyrning
- Involvera medarbetare
- Beslut om digitala hjälpmedel
- Beslutsvägar privata vårdgivare

Som kan utläsas av koderna har involvering av klinisk personal i beslutsfattande diskuterats från nationella beslutande organ, ner till varje vårdgivare. En återkommande uppfattning i intervjuerna var att klinisk personal bör vara involverad i större utsträckning, då det är de som kommer beröras av konsekvenserna samt är de som har bäst inblick i verksamhetens dagliga verksamhet. Däremot lyftes även nackdelar såsom längre beslutsprocesser när fler är involverade, och att det tar tid från det kliniska arbetet. En fackligt aktiv överläkare uttryckte sig så här kring beslut om digitala hjälpmedel:

”Jag tror att det är väldiga fördelar att man har med de som ska jobba med det. Det är A och O och det sker i alldeles för liten utsträckning. Men man måste få

vara med på riktigt. Det finns otroligt mycket projekt över landet där man har fått vara med. Men mer som gisslan, man får inte nämna något utanför rummet Ingenting som sägs. Alltså de hör vad man säger, men det leder inte till någonting, och då leder det till en trötthet.”

Även skillnader i beslutsprocessen mellan offentlig och privat sektor lyftes i flera intervjuer av personer som idag jobbar privat, men som tidigare i sitt yrkesliv arbetat inom offentlig sektor. En sjuksköterska med teamansvar belyste följande skillnad mellan vårdsektorerna:

”Beslutsfattande går väldigt mycket snabbare inom det privata. Kommer jag på en bra idé och förankrar det med alla berörda så kan jag genomföra det innan kvällen. I regionsjukvård har du väldigt tydliga förändringar som bör ske. Det tar 20 år.”

Minskad eller ökad motivation i arbetet

Detta tema inkluderar följande koder:

- Meningsfullt arbete
- Kollegor
- Ekonomiska faktorer
- Minskad motivation
- Handleda andra

Handledning av andra benämndes som en faktor som ökar stimulans och arbetsglädje i arbetet, och ekonomisk compensation som något som tillfälligt kan släcka bränder. Kollegor och meningsfullt arbete är dock de mest frekvent förekommande faktorerna som bidrar till motivation. En VD för en privat vårdklinik svarade så här kring vad som motiverar arbetet:

”Att känna att de har förtroende för mig och att vi kan förändra livet för människor varje dag. Alltså det är en fantastisk verksamhet vi håller på med.”

Kollegor beskrivs bidra med glädje och underlätta arbetet. En sjuksköterska formulerade sig så här:

”Det är ju mycket kontakten med kollegorna, att man känner att man har en arbetsgrupp man trivs med. Och ett öppet arbetsklimat där man både kan ha bra dagar och dåliga dagar. Man spenderar ju ändå så pass mycket tid på sina arbetsplatser. Man måste ju vara omgiven av personer som man känner att man har någon typ av utbyte med. Det blir väldigt svårt att gå till en arbetsplats kontinuerligt där man känner att man inte blir lyssnad på eller sedd eller hörd.”

De faktorer som minskar motivationen var bland annat för tung administrativ börda och bristande ledarskap. En läkare uppgav att arbetet utgörs av komplexa, tunga patienter, där mottagningstiden inte räcker till för att ge kvalitativ vård. I bristande ledarskap nämndes både detaljstyrning och beslut uppifrån organisation eller myndighet som inte är ordentligt förankrade i verksamheten som problematiskt. En sjuksköterska med teamansvar formulerade sig så här:

”Det är väl ledarskapet ibland jag tycker fallerar för de som är fastanställda. Nu har inte jag den anställningsformen, men jag ser ju att det inte alltid är ge och ta, utan ta och ta. Och det är lite sorgligt ibland.”

Karriärvägar och byte av arbetsplats

Detta tema utgörs av följande koder:

- Byta arbetsplats
- Karriärvägar
- Bristande karriärvägar
- Utbildning/fortbildning

Flertalet av intervjupersonerna talade om karriärmöjligheter i samband med byte av arbetsplats; både att det krävs ett byte för att nå längre i sin karriär, och att det är en avgörande faktor vid val av arbetsplats. En sjuksköterska formulerade sig så här:

”Jag har ju intresse av att vidareutbilda mig till barnsjuksköterska senare i min karriär. Och det innebär ju att jag, när jag tänker på att byta arbetsplats, funderar på att söka mig till vårdcentraler eller liknande som har ett intresse av att vidareutbilda sin personal inom just den specifika vidareutbildningen. Och jag tror att det är många sjuksköterskor som tänker så. Jag har ju fler kompisar som jag pluggade med som har valt arbetsplats just för att de betalar för en vidareutbildning. Så det gör stor skillnad”

Som möjliga karriärvägar nämndes att bli chef, fackligt engagemang samt forskning. Även vidareutbildning, både internt och externt, lyftes i samband med karriärfrågor. En brist som belystes var begränsade karriärmöjligheter inom små vårdenheter. VD:n för en privat vårdklinik diskuterade detta på följande sätt:

”Det är faktiskt svårt i vår verksamhet. Det är så tydliga roller liksom. Man har en anställning som är sjuksköterska och det är så självklart vad en sjuksköterska ska göra då i vården...Men annars är det ju svårt eftersom det är så små organisationer, med en chef per klinik, det är så definierade uppgifter. Så tror jag ofta det är inom vården faktiskt, i alla fall hos mindre vårdgivare.”

En annan aspekt som lyftes var vilken form av stöttning som önskades av arbetsgivaren vid fortbildning. Här uttrycktes både ekonomiskt stöd och avsatt arbetstid som önskvärt.

Fackligt arbete

Detta tema inkluderar nedanstående koder:

- Samarbete fack/myndigheter
- Fackliga fokusområden

Samarbetet mellan de fackliga förbunden och relevanta myndigheter beskrevs av en fackligt aktiv överläkare som bristfälligt, med låg samarbetsvilja från instanser av myndigheter. Bland de fackliga fokusområdena lyftes hur de fackliga förbunden arbetar med fortbildning, men också vikten av att personer i beslutsfattande positioner bibehåller sin anslutning till den kliniska verksamheten. En fackligt verksam överläkare formulerade sig enligt följande:

”På chefsnivå i [en facklig läkarorganisation] så försöker vi driva att man ska ha en fot kvar i den kliniska verksamheten för att då får man också ta konsekvenserna av de beslut man fattar och liksom ser helheten.”

Teamarbete och gott ledarskap

Detta tema innehåller följande koder:

- Gruppdynamik
- Arbeta i grupp
- Kollegialt stöd
- Chefens ledarskap

Vid diskussion om teamarbete och dess vikt, framkom flera önskvärda faktorer. En läkare lyfter att praktisk hjälp från undersköterskor och sjuksköterskor med exempelvis att mäta EKG innan läkaren själv möter patienten effektiviserar arbetet. Även öppen kommunikation och ett klimat som tillåter kunskapsutbyte och att ställa frågor uppskattas. Vidare belyste flera intervjupersoner chefens roll i att skapa ett välfungerande team. En biträdande verksamhetschef förklarade att en framgångsfaktor till vårdenhetens goda gemenskap var att frågan aktivt lyftes av enhetschefen. Andra egenskaper som en chef bör ha enligt intervjupersonerna är både fysisk och mental närvaro, lyhördhet samt goda kunskaper om den dagliga verksamheten. En sjuksköterska beskrev chefens roll så här:

”Det är klart att en lyssnande och empatisk chef gör jättestor skillnad. Och speciellt att ha en chef som också är ute på golvet tycker jag är jättejätte viktigt. Speciellt inom vården. För att annars, om man har en chef som sitter på sitt kontor och inte är involverad i verksamheten så finns det inte heller någon förståelse när man kommer med saker om arbetsplatsen som kanske är jobbiga eller försvårar dagliga rutiner”

För att skapa ett gott systematiskt ledarskap behövs detta lyftas på en organisatorisk nivå. VD:n på en privat vårdklinik beskrev deras arbete enligt följande:

”Vi försöker ha närvarande chefer och prata mycket om teamwork och hur viktigt teamet är. Vi har en konferens en gång per år där vi träffas alla från alla regioner och kliniker, och det är jätteuppskattat. Och vi har ett gemensamt ledningssystem där alla jobbar igenom och vi utvecklar det tillsammans löpande med rutiner och processer och allt sånt där. Det tror jag också gör att alla känner sig ändå inkluderade och att vi jobbar efter samma rutiner och mål.”

Digitala system och implementering av nya

Detta tema utgörs av koderna nedan:

- Ändrad arbetsroll
- Utformning digitala system
- Svårigheter vid införanden av nya digitala system
- Implementering digitala system

Rörande digitala system uttryckte en läkare att det är viktigt att nya system minskar den administrativa bördan. Flera sjuksköterskor belyste även att behöva använda flera olika system i det dagliga arbetet sänker effektiviteten. Att använda samma system nationellt är också en faktor som förelögs för att underlätta arbetet. Det blev även tydligt att utbildning vid implementation av nya system är vital, för att undvika frustration i arbetsgruppen och säkerställa att det nya hjälpmedlet faktiskt fyller den tänkta funktionen. I samband med utbildning togs det även upp att det behöver avsättas arbetstid för att de anställda ska kunna genomföra denna. En sjuksköterska berättade följande:

”Oftast ligger det lite grann på en själv. Här får du en länk. Här ska du läsa. Så kör vi igång på onsdag. Liksom så. Och det är ju inte ofta att man kan läsa detta...Och då blir det ju alltid lite såhär kaosartat. Men sen är det ju verkligen trial and error, liksom. Det är ju bara att kasta sig in i det där och försöka lösa när problemen kommer.”

Arbetsplatsbyten

Detta tema inkluderar nedanstående koder:

- Valt privat framför offentlig arbetsplats
- Kompetensflykt
- Byta till gentemot byta från
- Prioritering av faktorer

Frågan om att byta till gentemot byta från, syftar till om intervjupersonen valde att byta arbetsplats i syfte främst att lämna den dåvarande arbetsplatsen, eller på grund av lockande faktorer på den nuvarande. Både dessa anledningar redovisades av olika intervjupersoner. Vid analys av det specifika bytet från en offentlig till en privat arbetsgivare lyfte en biträdande verksamhetschef schemaläggning och en mindre vårdenhet som för en närmre kollegorna som anledningar att valet föll på en privat arbetsgivare, alltså faktorer som lockade. En läkare däremot belyste missnöjesfaktorer på den dåvarande arbetsplatsen, som beskrevs så här:

”Jag ville bara prova för att jag har tröttnat på så många chefsbyte och hela tiden strategi. Precis innan jag skulle byta så var det oro bland sköterskor. Hur ska vi bemanna telefonen när vi ska ha 100% närvaro i telefonen samtidigt som det kommer akutpatient som jag måste lägga in?”

För en individ kan olika faktorer vara avgörande i valet om att stanna eller byta arbetsplats. En sjuksköterska med teamansvar uttryckte att schemaläggning väger tyngre än ekonomiska faktorer och möjligheter till ledarskap eller forskning. En annan sjuksköterska uttryckte att högre lön kan vara motivation till att byta arbetsplats, men att stimulerande arbetsuppgifter och en god relation till kollegor är viktigare.

I samband med frågan om byte från offentlig till privat arbetsgivare, diskuterades även följderna av detta ur ett större perspektiv. Som berörts i denna rapportens litteraturstudie, är kompetensflykten från den offentliga sektorn ett allvarligt problem. En fackligt engagerad överläkare sa följande om situationen:

”Och sen är det ju också en kunskapsflykt för att det är ju inte de yngsta som är AT-läkare eller ST-läkare som går över...det blir en dränering. Och det är inte bara av läkare, det kan vara av sköterskor också. De äldsta sköterskorna som är mest erfarna är ju de som drar va? Det är ju inte de som börjar för två veckor sedan. Då blir de som började för två veckor sedan ensamma och då har de inga att fråga längre.”

Vidare lyfte samma intervjuperson att detta medför en flytt av patienter, som alltså går dit där högst kompetens finns.

Individuell anpassning av arbetsplats och privatliv

Detta tema innehåller följande koder:

- Variation under arbetsvecka
- Balans med privatliv
- Individuell anpassning av flexibilitet

En aspekt av flexibilitet är schemaläggning. Flera intervjupersoner beskrev att det finns krav på att alla anställda ska vara lika, alltså exempelvis att alla ska jobba lika många måndagskvällar. Detta försvårar balans med privatliv i och med att regelbundna aktiviteter såsom gruppträning inte går att genomföra om alla anställda är tvungna att fördela varje veckodags arbetspass jämnt. Det beskrevs av en fackligt aktiv överläkare att sådana krav kommer från organisationens ledning, även om kollegor inte ställer sådana krav på varandra. En sjuksköterska med teamansvar lyfte följande kring ämnet:

”Så är det svårt idag för då har man rättvist att tänka att alla ska ha lika många tisdagar. På kvällar då. Som måndag kväll, som onsdag kväll som torsdag kväll. Vilket gör att vårdpersonal har väldigt svårt att göra privata aktiviteter som man kan betala ganska mycket för.”

En annan aspekt av individualisering på arbetsplatsen gäller karriärmöjligheter. Även om det är viktigt att erbjuda sina anställda karriärmöjligheter, är det inte nödvändigtvis en effektiv strategi att applicera samma strategi för alla medarbetare. En sjuksköterska med teamansvar resonerade så här:

”Jag tror att hade man gett en flexibilitet idag att se att en i personalen vill ha högre lön, en i personalen vill forska, en i personalen vill sluta tidigt för den ska hämta på förskolan, en i personalen har lång resväg och vill hellre jobba en heltid på fyra dagar istället för fem, en i personalen vill göra karriär. Hade man sett olika bitar så hade man behållit folk också men man tänker likriktigt på alla. Alla ska få samma lön, alla ska få sluta lika tidigt eller lika sent medan jag tror att man är inte en homogen grupp. Och man är på olika ställen i livet också.”

En tredje aspekt att applicera individualisering på är flexibilitet gällande arbetssätt. En sjuksköterska delade att det fanns flexibilitet genom varierande arbetsuppgifter såsom arbete på mottagning, labb samt vid telefon. Denna sjuksköterska klargjorde vidare att stimulans genom just varierande arbetsuppgifter är något som bör prioriteras. En sjuksköterska med teamansvar presenterade följande kring varierande arbetsuppgifter:

”Mitt tänk och min tro att stanna i yrket och stanna i vården är att man, på operation speciellt, ska ha en dag i veckan där man gör annat, sen kan annat vara olika från person till person men säg då om jag fyra dar i veckan står sterilvättad och en dag i veckan gör antingen då mottagningsarbete med stygnsättning, eller operationsplanering eller handleder studenter eller gör någonting annat en dag i veckan..Ja, 20 procent, en dag i veckan, borde man göra något annat, tycker jag. Jag tror det är lösningen att behålla folk i vården.”

Dagens vårdorganisation

Detta tema utgörs av nedanstående koder:

- Ej flexibelt vårdsystem
- Kontroll

Ämnet kontroll syftar till både arbetsuppgifter och arbetstid. En överläkare med fackligt ansvar beskrev att denne har inflytande gällande vilka patienter som ska tas emot samt över utvecklingsmöjligheter. En sjuksköterska uppgav däremot mindre möjligheter till inflytande, enligt följande:

”Nej, alltså, med tanke på hur mycket av vården som kretsar kring läkare så är det jättesvårt för en sjuksköterska eller undersköterska att påverka sin arbetsplats på samma sätt. För att vi har ju inte egna patienter. Eller så följer jag en läkarens schema.”

I samband med kontroll och flexibilitet diskuterades det i vilken grad en arbetsgivare faktiskt har möjlighet att erbjuda dessa faktorer. Flera intervjupersoner beskrev en arbetsmiljö som styrs till stor del av lagar, regelverk och nationella bestämmelser, som därmed låser en organisations frihet till exempelvis flextid. Intervjupersoner utan eller med mindre patientkontakt såsom chefer eller medicinska sekreterare uppgav att deras yrke skulle tillåta en viss flexibilitet gällande arbetstider, om arbetsgivare är villig att erbjuda detta.

Övergripande faktorer inom flexibilitet

Detta tema inkluderar koderna nedan:

- Arbetstid
- Schemaläggning
- Flextid
- Flexibilitet

Det finns flera infallsvinklar på begreppet flexibilitet. Dels att den anställde ska vara flexibel gentemot sin arbetsplats i frågor såsom arbetstid och schemaläggning, men också att organisationen ska vara flexibel mot arbetstagaren. En sjuksköterska definierade flexibilitet så här:

”Det är både ett begrepp som används mycket av arbetsgivaren gentemot oss som jobbar inom vården. Det är ett krav i princip, att en sjuksköterska och annan vårdprofession ska kunna vara flexibla gentemot sin arbetsplats. Ofta då i relation till schemaläggning, arbetsuppgifter, men även faktumet att även om du är ledig så är du i princip aldrig ledig på riktigt. inom den regionala vården, för det finns alltid ett krav att du ska kunna rycka in vid behov. Men som arbetstagare så innebär väl flexibilitet för mig att man ska kunna ha en öppen kommunikation med sin arbetsgivare om vilka arbetsuppgifter man är tilldelad, vilket typ av schema man vill arbeta ut efter. Men också en förståelse mot det privata livet utanför arbetsplatsen.”

Gällande schemaläggning redovisade intervjupersonerna för olika tillvägagångssätt. På en mindre klinik, med fem anställda totalt, får medarbetarna själva lägga sitt schema. En medicinsk sekreterare rapporterade att vårdenhetens biträdande verksamhetschef var ansvarig för schemaläggning för att tillgodose anställdas önskemål. En sjuksköterska uttryckte följande kring schemaläggning:

”Jag letade efter en plats där jag kunde ha ett fast schema. Jag tycker inte om rullande scheman, för att det innebär att jag inte kan planera framåt överhuvudtaget. På min föregående arbetsplats hade vi ett 10-veckorsschema där vi fick

lov att önska hur vi ville arbeta. Men det innebar ju ändå att man fick göra en del uppoffringar. Och sen så ville jag inte jobba helg, för att jag ville kunna vara ledig samma två dagar varje vecka.”

Attraktiv arbetsgivare

Detta tema inkluderar följande koder:

- Behålla medarbetare
- Attrahera nya medarbetare
- Löneutveckling

Som nämnt under Byta arbetsplats, resonerade flera intervjupersoner om kortare beslutsprocesser och större inflytande i organisationen som en anledning att byta från en offentlig till en privat arbetsgivare. Detta lyftes även som en del av en strategi för att behålla och attrahera nya medarbetare. VD:n för en privat vårdklinik beskrev organisations strategi enligt följande:

”En grej som vi ofta tänker på är att vi vill vara det här familjära företaget. Att vi som högsta ledning, vi ska vara nära medarbetarna, vi ska vara prestigelösa liksom och inte hierarkiskt eller så, det ska vara en trevlig arbetsplats och alla ska känna att de kan påverka och att det är mening att påpeka saker. Det är väl vår strategi faktiskt, om man skulle försöka sammanfatta den och skriva ner den.”

Andra faktorer som beskrevs som avgörande var arbetstider och löneutveckling. Flera intervjupersoner uttryckte att byte av arbetsplats var nödvändigt för en god löneutveckling. En sjuksköterska resonerade så här:

”Det går inte att få bra löneutveckling om man stannar mer än tre-fyra år på samma arbetsplats. Då stagnerar man i sin lönesättning. Och speciellt när man som jag då som är relativt ung och har ett långt arbetsliv framför en så tänker man ju mycket på det här gentemot att jag vill ju kunna avsluta min karriär på en plats där jag har en lön som är konkurrerbar med mina jämnåriga i andra sektorer och en pensionsparning privat som räcker ut över den tjänstepension jag sedan kommer ha.”

Kapitel 5

Diskussion

I nedanstående del kommer trender i resultatet att analyseras. Trenderna kommer att analyseras utifrån de fyra forskningsfrågor som formulerats i introduktionen. Alltså de tre fokusområdena samt arbetsgivarens roll i betydelsen av att behålla och utveckla medarbetare. Avslutningsvis kommer begränsningar med studien att belysas.

Utöver de tre fokusområdena har ekonomiska aspekter lyfts i flera sammanhang. I den kvalitativa analysen av fritextfrågan var ekonomiska faktorer den mest frekvent förekommande orsaken till att respondenterna lämnat sin tidigare arbetsplats. Vidare stärks detta i analysen av intervjuerna, där det nämns att byte av arbetsplats är nödvändigt för att få en bra löneutveckling som sjuksköterska. Vikten av ekonomisk kompensation markeras ytterligare i frågan om respondenten är villig att byta bort en del av sin lön för att öka flexibiliteten; en majoritet i samtliga yrkesgrupper är inte villig att göra detta. Även frågan om varför sjuksköterskor byter från offentlig till privat sektor stärker detta, då samtliga yrkesgrupper tror att lön är den främsta anledningen till detta byte. Ser man till lönestatistiken för sjuksköterskor, [12], ses också att det är en väsentlig löneskillnad mellan privat och offentlig sektor. I jämförelsen av Arbetsmiljöindex visade frågan om "Din lön i förhållande till arbetsinsats" störst differens mellan privat och offentlig sektor, till fördel för privat [30]. Dessa resultat talar för att lön är en ofrånkomlig aspekt för arbetsgivare i frågan om hur de ska behålla sina anställda. Detta stöds av Hertzbergs tvåfaktorteori; en rättvis lön är en av hygienfaktorerna som måste uppfyllas för att den anställde inte ska vara missnöjd [27]. Andra hygienfaktorer, och motivationsfaktorer, kommer att diskuteras vidare genom de tre fokusområdena nedan. Att hygienfaktorerna inte uppfylls och medarbetare är missnöjda är inom vården den främsta anledningen till att lämna sin arbetsplats [5].

5.1 Psykosocial arbetsmiljö

Resultaten visar på en tydlig trend där medarbetare inom offentlig sektor oftare uttrycker en vilja att byta arbetsplats, jämfört med de som arbetar inom privat sektor. Denna skillnad framkommer både i hur ofta man överväger att lämna sin nuvarande arbetsplats och i om man

planerar att göra det inom det närmaste året. Det är signifikanta svar för det förstnämnda och tydliga trender i residualerna för det sistnämnda, se avsnitt *Byte av arbetsplats*. Ytterligare en fråga som påvisar detta är att över 80% av de som svarade med att de var nöjda med sin position idag i frågan kring karriärmöjligheter var anställda inom privat sektor. Ser man till yrkena är det en tydlig trend att sjuksköterskor är överrepresenterade i att tänka på att byta inom ett år och tänker oftare på att byta jobb. Detta är i linje med sjuksköterskornas arbetsmarknadsrörelser, som påvisar att var femte nyexaminerad sjuksköterska byter från regionen till en privat arbetsgivare inom tre år [11]. Ser man till undersköterskor och läkare är de enligt resultaten inte lika rörliga som sjuksköterskorna. Det bör dock noteras att dessa två yrkesgrupper nästan uteslutande utgörs av deltagare som arbetar privat, som enligt resonemanget ovan är mindre benägna att lämna än de som arbetar offentligt. Med detta sagt tyder resultatet på att insatser bör riktas på att öka resurserna för att hantera de krav som ställs i arbetet för sjuksköterskor, då detta påverkar deras avsikt att lämna i större utsträckning än nivån på arbetskraven. De resurser som enligt studier bevisats mest effektiva för denna yrkesgrupp är socialt stöd och organisatorisk rättvisa. För att motverka trenden att offentligt anställda lämnar sin arbetsplats måste det för samtliga yrkesgrupper även säkerställas att de anställda inte utsätts för illegitima arbetsuppgifter eller för höga kvantitativa krav, då inga resurser kan väga upp för detta [25]. Enligt JD-R-modellen kommer för höga krav leda till utbrändhet, samtidigt som tillräckliga resurser förebygger brister i den anställdes arbetsengagemang. Att erbjuda sjuksköterskor ökat socialt stöd och organisatorisk rättvisa är exempel på externa resurser som kommer resultera i engagerade medarbetare, och alltså i förlängningen förebygga intentionen att lämna [42]. Ett ökat socialt stöd kommer även att öka arbetsinbäddningen, som har en tydlig koppling till intentionen att lämna [23].

Socialt stöd är vidare nämnt i Karaseks krav-kontrollmodell som en viktig faktor för att säkerställa en god psykosocial arbetsmiljö [43], det blir därmed viktigt att definiera vilken typ av stöd de anställda önskar. Arbetsuppgifterna skiljer sig mycket mellan de tre yrkesgrupperna, vilket speglas i den typ av stöd de behöver från ledningen samt vad som skapar arbetstillfredsställelse och motivation. Sjuksköterskorna önskar god informationsspridning och kommunikationsförmåga samt tydliga direktiv och ansvarstagande från ledningens sida. Detta relaterar till två av komponenterna i KASAM; begriplighet och hanterbarhet [44]. I frågan om arbetstillfredsställelse och motivation har undersköterskorna valt god arbetsgemenskap som den främsta faktorn, medan både läkare och sjuksköterskor har valt ekonomisk kompensation. Det faktum att undersköterskor valt arbetsgemenskap framför lön när det framkommit i andra enkätfrågor, fritextsvaren samt intervjuer att ekonomisk kompensation är en central faktor, understryker att teamkänsla är enormt viktig för undersköterskor. Detta stöttas även av självbestämmandeteorin, där samhörighet är en av tre komponenter som främjar motivation och utveckling [47]. Avsaknad av hierarki på en arbetsplats främjar en god gruppdynamik och därmed socialt stöd [5], vilket även understrykes i intervjuerna. Även om undersköterska numera är en skyddad titel [54], är det den enda av de tre yrkesgrupperna utan legitimation. Att undersköterskor värderar lyhördhet som den viktigaste egenskapen hos ledningen talar för att de värnar om en inkluderande miljö utan hierarki, där samtliga yrkesgrupper får komma till tals. Detta stöds av att interprofessionellt samarbete är en av de viktigaste resurserna för undersköterskor för att hantera höga krav [25]. Sjuksköterskor önskar alltså tydliga ramar, och undersköterskor en inkluderande miljö. Läkare skiljer sig från dessa två gruppers teamorienterade fokus. I frågan om motivation och tillfredsställelse

är läkarna underrepresenterade bland de som valt stöttande ledning som en drivande faktor, och i frågan om ledningens viktigaste egenskaper är de underrepresenterade på både praktisk hjälp och regelbunden feedback. Detta indikerar att läkare upplever att de behöver en annan typ av stöttning från ledningen; de vill ha möjligheten att påverka sina arbetstider, och en lyhörd och kompetent chef. Denna trend är inte oväntad, då läkare i större utsträckning kan styra exempelvis tider för patientmottagning, medan sjuksköterskor och undersköterskors upplägg är mer anpassat till arbetslag eller läkares scheman. Med sådant teamfokus blir det också naturligt att praktisk hjälp i form av handledning eller avlastning förekommer, och det blir mer av ett ömsesidigt utbyte.

Karaseks krav-kontrollmodell uttrycker även att för höga krav kan innebära en bristande psykosocial arbetsmiljö [43]. Hög arbetsbelastning är ett exempel på höga krav, och kan alltså vara en starkt bidragande faktor till att anställda lämnar. Exempelvis har 39% av läkare övervägt att lämna sin arbetsplats till följd av arbetsbelastningen [13]. I fritextfrågan är arbetsbelastning den näst vanligaste orsaken till att deltagarna har bytt arbetsplats, och det uppgavs att resurser som är oproportionerliga gentemot kraven leder till höga stressnivåer. De kvantitativa resultaten tyder på att vissa resurser såsom teamarbete och samverkan mellan kollegor är centrala för att hantera belastningen, för både offentlig och privat sektor, liksom för alla yrkesgrupper. Däremot finns det en tydlig skillnad mellan sektorerna som visar att offentlig sektor önskar möjlighet till regelbundna pauser i större utsträckning än vad privat gör, för att hantera en hög arbetsbelastning. Ytterligare en intressant indikation gäller vilka faktorer som driver arbetstillfredsställelse och motivation, där offentlig sektor är överrepresenterad bland de som valt en rimlig arbetsbörda. I frågan om vilken typ av stöd från ledningen som respondenterna önskar är offentlig sektor tydligt överrepresenterad bland de som önskar praktisk hjälp. Dessa resultat kan tillsammans påvisa att offentlig sektor är tungt belastad, och att de anställda behöver avlastning för att verksamheten ska gå runt. Den höga arbetsbelastningen kan innebära en dålig psykosocial arbetsmiljö om de anställda inte har tillräckligt med handlingsutrymme, och i förlängningen leda till ohälsa [43]. Att åtgärda en hög arbetsbelastning kan som nämnts tidigare göras ur två aspekter som kompletterar varandra; öka resurserna och minska kraven. För höga kvantitativa krav är dock ett problem som inga resurser kan åtgärda [25], och därför bör insatser riktas på att minska denna kravbild.

Ledarskap spelar som bekant en central roll i frågan kring gruppdynamik [5]. Som nämnt ovan är detta vitalt för undersköterskor, vilket resulterar i att ledarskap väger tungt. I rapporten "Tack för mig" framkom den organisatoriska arbetsmiljön och destruktivt ledarskap som drivande faktorer till att lämna sin arbetsplats [24], vilket är i enlighet med resultaten från den kvalitativa analysen. I fritextfrågan var ledningen ett frekvent återkommande tema, där destruktivt ledarskap exemplifieras i form av frånvarande chefer och en ledning som inte ser sina anställda. Tesen att en närvarande chef är viktig bekräftas ytterligare i intervjuerna, där en chef som är involverad i det kliniska arbetet beskrevs som önskvärd. I intervjuerna framkom även att för att skapa ett systematiskt gott ledarskap behöver frågan behandlas på en organisatorisk nivå. Detta befäster vikten av den organisatoriska arbetsmiljön, och att insatser krävs på denna nivå - det räcker inte att ett fåtal individer utgör bra ledare. Som nämnt tidigare varierar det utifrån yrkesgrupperna, men god informationsspridning och kommunikationsförmåga, tydliga direktiv och ansvarstagande samt lyhördhet är de tre viktigaste faktorerna för samtliga yrkesgrupper, med olika inbördes ordning. Det är tydligt att olika yr-

kesgrupper värderar olika typer av stöd, både från ledningen och från kollegor. För att kunna ha denna dialog hade ett möjligt förslag varit att skapa gemensamma återkommande möten där personal får uttrycka vilket stöd de behöver kan bidra till ökad förståelse och bättre resursfördelning. Det behöver vara ett öppet klimat där alla yrkesgrupper får komma till tals och blir respekterade. Då stödet från ledningen varierade gäller det för cheferna att kunna anpassa sitt ledarskap efter gruppens sammansättning.

5.1.1 Flexibilitet

En genomgående skillnad mellan privat och offentlig sektor i denna studie är graden av upplevd och efterfrågad flexibilitet i yrkeslivet. I resultaten framkommer att medarbetare inom privat sektor i större utsträckning prioriterar flexibilitet kring bland annat arbetstider och schemaläggning. Som beskrivet kan flexibilitet innefatta många definitioner men berör oftast främst schemaläggning, arbetstider och arbetssätt [31]. Ett tydligt exempel gäller flexitid, som lyfts som en avgörande faktor bland dem som arbetar inom privat sektor. I kontrast syns ett mönster där medarbetare inom offentlig sektor mer sällan nämner flexitid som en viktig aspekt. Denna skillnad är statistiskt signifikant och tyder på att förväntningarna på vad som är möjligt inom organisationen påverkar vad som efterfrågas. I intervjuer beskrivs exempelvis hur fasta patientbokningar och bestämda gruppmöten i regionens vårdverksamheter upplevs omöjliga flexitid, vilket kan leda till att flexibilitet inte ens upplevs som ett alternativ.

Vidare finns det också en skillnad mellan yrkesgrupperna när det gäller frågan om flexitid. Läkare prioriterar flexitid i högre utsträckning än de andra yrkesgrupperna. Sjuksköterskor är underrepresenterade i samma svarsalternativ. I intervjuerna, under temat *Dagens vårdorganisation*, beskrivs att sjuksköterskor och undersköterskor mer är tvingade att följa läkarens schema då de inte har några egna patienter. Detta kan kopplas ihop dels med flexitid, och dels med att läkare prioriterar schemaläggning som främsta flexibilitetsfaktor medan undersköterskor och sjuksköterskor valde arbetstid. Ser man till alternativen för schemaläggning, är det tydligt att läkare prioriterar individuell schemaläggning då 85% av svarande läkare väljer detta alternativ. Undersköterskor tenderar att prioritera fasta rullande scheman. Även för frågan kring motivationsfaktorer är läkare överrepresenterade för alternativet flexibilitet genom att påverka arbetstider.

Skillnaderna mellan yrkesgrupperna i hur flexibilitet diskuteras med koppling till Karaseks krav-kontrollmodell [43]. Det är tydligt i denna aspekt att kontroll tar sig olika uttryck beroende på yrkesgrupp och organisatorisk tillhörighet. Läkare framstår i resultaten som mer individualistiska i sitt förhållningssätt till flexibilitet. Genom att de i högre grad har möjlighet att påverka sitt arbetssätt kan det upplevas som en högre grad av egenkontroll, ofta kopplat till schema och tidsplanering. Sjuksköterskor och undersköterskor däremot framstår som mer beroende av arbetslag och fasta strukturer. Det gör också att kontroll i deras arbete i högre grad utgår från att ha tydliga ramar och strukturer. Detta går i linje med vad som ger yrkesgrupperna arbetstillfredsställelse och motivation samt vilken typ av stöd de önskar från ledningen, som nämnts i diskussionen kring psykosocial arbetsmiljö ovan. Det kan stödja resultatet att sjuksköterskor värderar arbetstid högst av flexibilitetsfaktorer och prioriterar arbetsrotation i det specifika fallet. Även att de i större utsträckning vill vara på plats, inte vill eller kan arbeta på distans och inte ser någon fördel av flexitider stödjer detta.

Det innebär förutsägbarhet snarare än frihet som skapar kontroll och därigenom trygghet och mindre stress. Dessa skillnader bör tas i beaktning av chefer med personalansvar för att ge möjliggöra flexibilitet till medarbetarna.

En annan möjlig problematisering av skillnaderna i upplevd flexibilitet är arbetsgivarens storlek. I intervjuerna lyfts mindre vårdenheter som exempel på arbetsplatser där medarbetare har större möjlighet att påverka arbetssätt, schemaläggning och rutiner. Här finns ofta en närmare relation till chef och beslutsfattare, vilket underlättar individuella anpassningar. I denna studie blir det särskilt relevant då flera privata vårdgivare i högre grad består av mindre enheter och där regionerna ofta beskrivs som stora och komplexa organisationer. I större organisationer beskrivs i stället att förändringar måste passa många och att principer om rättvisa kring exempelvis schema, gör det svårare att erbjuda flexibla lösningar för enskilda. Mindre enheter kan helt enkelt tillåta mer situationsanpassning, medan större ofta styrs av standardisering. Detta kan vara en viktig förklaring till varför flexibilitet efterfrågas och upplevs olika beroende på organisatorisk kontext.

5.2 Karriärmöjligheter

I den kvalitativa analysen från både fritextfrågan och intervjuerna lyfts karriärmöjligheter som en viktig aspekt. I enkätfrågan som frågar vilken typ av karriärmöjligheter som önskas, är löneökning eller bonusar kopplade till prestation och utveckling den mest frekvent förekommande faktorn. Vid yrkesuppdelning på samma fråga är det tydligt att sjuksköterskor prioriterar detta extra högt. I frågan kring vilka faktorer som driver arbetstillfredsställelse och motivation är sjuksköterskor tydligt överrepresenterade bland de som valt karriärmöjligheter genom specialisering eller intern utbildning, vilket stödjer dels att denna yrkesgrupp faktiskt har möjliga karriärvägar, och dels att de kan ha en betydande roll i valet om att stanna på eller lämna sin arbetsplats. Både karriär- och löneaspekten stöds i intervjuerna, där en sjuksköterska belyste att denna yrkesgrupp behöver byta arbetsplats efter ett par års tid för att inte stagnera i sin löneutveckling. Det faktum att undersköterskor är underrepresenterade bland de som uppgett att ekonomisk kompensation är den främsta drivkraften till arbetstillfredsställelse och motivation kan vara ett tecken på att de inte har samma löneutveckling genom arbetslivet som sjuksköterskor har. Undersköterskor har inte heller samma möjligheter i den vertikala karriärtrappan [33]. Däremot finns det indikationer på att de undersköterskor som har ambitioner att ta kliv i sin karriär fokuserar på horisontella karriärvägar, då intern vidareutbildning är det tredje mest frekvent valda alternativet bland karriärfaktorer.

En stor del av VFU och utbildningstjänster såsom ST-tjänstgöring för läkarstudenter, är förlagd på vårdenheter inom den offentliga sektorn [14], vilket kan innebära en brygga till studenternas arbetsliv efter examen. Som redovisats i tabell 4.2 tenderar yngre personer att arbeta offentligt, medan de äldre föredrar en privat arbetsgivare. Denna fördelning får flera konsekvenser, som visar sig i resultaten från enkätsvaren. I enkätfrågan som berör arbetstillfredsställelse och motivation påvisas en tydlig överrepresentation för offentlig sektor bland de som valt karriärmöjligheter genom specialisering eller intern utbildning. Vid antagande att karriärmöjligheter är viktigast för de som är i början eller i mitten av sitt arbetsliv, är detta i linje med att fler från de yngre åldersgrupperna arbetar offentligt. Även frågan kring

vilken typ av byte respondenterna skulle göra om de skulle lämna sin nuvarande arbetsplats talar för detta, då respondenter från offentlig sektor i större utsträckning än väntat skulle vidareutbilda sig inom vårddyrket alternativt inom annat område, medan respondenter från privat sektor skulle gå i pension. En annan aspekt som skiljer sektorerna åt är de som uppgett att de är nöjda med sin position idag i frågan om karriärmöjligheter, där 80% av denna grupp tillhör privat sektor. Detta kan stärka resonemanget om att de yngre som jobbar offentligt är de som bryr sig mest om karriärvägar, och att de äldre medarbetarna i privat sektor redan har gjort denna resa i sitt yrkesliv. Yngre medarbetare och de som arbetat färre år i yrket är mer benägna att byta [24]. Denna trend, tillsammans med ovanstående resonemang om vilka segment som prioriterar karriär- och löneutveckling, medför att karriärmöjligheter väger tungt när det kommer till att behålla yngre anställda.

Karriärmöjligheter är ett exempel på självförverkligande, alltså den högsta nivån i Maslows behovstrappa, som blir aktuell när mer grundläggande behov redan är uppfyllda [45]. En av de mest frekvent förekommande svaren i fritextfrågan är personlig utveckling, där nya erfarenheter också innebär en sorts självförverkligande. Att en arbetsgivare erbjuder möjligheter till karriär- och utveckling är således en betydande faktor för att öka motivationen hos sina anställda. Ett förslag som diskuterades både i bakgrunden, intervjuer och i fritextfrågan var möjligheten till individuella karriärplaner. Det finns exempel på arbetsplatser som arbetar med sådana planer, men där personalen saknar information om hur de fungerar eller var de finns tillgängliga [35]. Att införa individuella utvecklingsplaner skulle visserligen innebära ett visst merarbete för personalansvariga, men skulle kunna vara ett viktigt verktyg för att skapa en mer flexibel och motiverande arbetsmiljö. Det kan bidra till att medarbetare känner sig sedda, behövda och en känsla av att deras kompetens tas tillvara på rätt sätt.

Karriärutveckling handlar inte enbart om nya arbetsuppgifter och ansvar, utan är ofta också förknippad med ekonomisk kompensation. Som diskuterats tidigare är lön en viktig faktor både för att lämna eller att byta till en specifik arbetsplats. För att förstärka kopplingen mellan karriärvägar och ekonomiska faktorer kan arbetsgivare se över möjligheten att införa fasta löneutvecklingsplaner kopplade till de individuella utvecklingsplanerna. Detta skulle tydliggöra vad en viss karriärväg innebär och eventuellt öka motivationen genom att sätta ett tydligt mål med ekonomisk kompensation. Ett kompletterande förslag är att införa lojalitetsbonusar, eller så kallade retentionbonusar, där medarbetare som stannar under en längre tidsperiod premieras ekonomiskt. Det kan bidra till att stärka incitamenten för långsiktig utveckling inom organisationen. Det som talar mot är att det kan uppfattas som att lojalitet måste köpas och inte finns naturligt i organisationen, men det kan ses som ett första steg.

5.3 Teknik och digitala hjälpmedel

Ett återkommande tema i både enkät- och intervjudata är vikten av fungerande digitala hjälpmedel. Resultaten visar att digitala hjälpmedel prioriteras i högre grad inom den privata sektorn, exempelvis uppgav 13% av respondenterna inom privat vård att de önskade mer tekniska hjälpmedel vid hög belastning, medan ingen inom offentlig sektor valde detta alternativ. Det kan indikera att digitala lösningar är mer etablerade inom privat sektor och att det finns en högre tilltro till dessa verktygs potential att avlasta personal. Offentligt anställda valde istäl-

let i högre utsträckning lösningar såsom regelbundna pauser vilket kan spegla en arbetsmiljö där digitalt stöd inte upplevs som ett fungerande alternativ. Detta är i linje med Läkarförbundets undersökning [39] som visade att läkare inom offentlig sektor är mindre nöjda med digitala system än läkare inom privat sektor. Detta är ofta på grund av låg användarvänlighet, bristande anpassning till arbetsflöden och att de kräver dubbel- eller trippeldokumentation. I enkätfrågan kring konsekvenser av dåligt fungerande hjälpmedel är svaren i linje med samma studie då offentlig sektor har valt ökat administrativt arbete och längre tid att slutföra arbetsuppgifter som de primära konsekvenserna, vilket alla tre föregående bidrar till. Privat sektor är i samma fråga överrepresenterade i svarsalternativet att det skapar frustration i teamet. Detta kan ses som en indikation på att de system som finns är relativt välfungerande och bristen där oftare är den mänskliga faktorn snarare än systemet.

Det tycks också vara annorlunda i hur olika yrkesgrupper värderar och använder digitala hjälpmedel. Enligt enkätdata är läkare något överrepresenterade vad det gäller tekniska hjälpmedel vid hög arbetsbelastning, medan sjuksköterskor istället anger att inflytande över egna arbetsuppgifter eller tydlig arbetsfördelning är mer önskvärt. När det gäller arbetsätt väljer läkare arbete på distans i högre utsträckning än väntat, medan sjuksköterskor prioriterar denna faktor mindre än väntat. Detta kan ses vara i samma mönster som tidigare nämnt, att läkare i högre grad efterfrågar individualiserade lösningar som ökar flexibiliteten och kontrollen över det egna arbetet. Ser man till införanden av digitala hjälpmedel är samtliga yrkesgrupper överens om att ett lättanvänt och induktivt system värderas högst. Undersköterskor anser att det är viktigare med stöd och utbildning av det nya systemet, medan läkare mer önskar att det finns en tidsbesparing. Sjuksköterskor värderar att det finns ett medbestämmande hos personalen.

Under intervjuerna diskuterades involvering av klinisk personal i beslutsfattande processer mycket kopplat till digitala hjälpmedel. Flera intervjupersoner uttryckte att klinisk personal bör involveras i högre grad i besluten kring digitala hjälpmedel. Många upplever att besluten fattas för långt från verksamheten och att införanden sker utan tillräcklig förankring eller utan inflytande, vilket leder till frustration och bristande engagemang. Detta är i linje med studier [41] som beskriver att ett dåligt förankrat införande vid system också gör att systemen används mindre i det dagliga arbetet. Samtidigt lyfts det i vissa intervjuer att bred involvering kan göra beslutsprocessen långsammare och ta tid från det kliniska arbetet. Skillnader mellan privat och offentlig sektor framkommer också. Intervjupersoner som arbetat både inom privat och offentlig sektor beskriver en mer flexibel och snabb beslutsväg inom privat sektor, där idéer snabbt kan förankras och genomföras. I offentlig vård beskrivs beslutsvägarna som betydligt mer trögrörliga då de ofta ska genomgå flertalet instanser, vilket kan upplevas som ett hinder för snabb utveckling. Detta kan bero på att privata vårdenheter, som tidigare nämnt, ofta är mindre och genom det får enklare beslutsvägar. Överlag är möjligheten att påverka på sin arbetsplats, inte bara kring införanden av digitala hjälpmedel, en genomgående central punkt i denna studie. Under fritextfrågan nämndes det av 9 respondenter att inflytande på arbetsplatsen gjorde att man bytte arbetsplats, där samtliga nämnde att man bytte till en arbetsplats där man fick större inflytande och mer möjlighet att påverka. Detta visar på vikten av att arbetsgivare aktivt skapar strukturer för medarbetarinflytande. Ett sätt att uppnå detta är genom att införa krav på att klinisk personal deltar i utvärderingen i mindre skala innan det införs helt, genom exempelvis pilotinföranden. Ytterligare en möjlighet för att öka

delaktigheten för medarbetare hade kunnat vara återkommande medarbetarråd eller paneler med representanter från olika yrkesgrupper etableras på regional nivå. Detta skulle kunna öka kvaliteten på de idéer som ska implementeras, se till att de har klinisk grund och det skulle även stärka medarbetarnas upplevelse av att vara delaktiga i utvecklingen av vården. Som nämnts tidigare innebär dock ökad involvering av klinisk personal i leden av beslutsfattande att dessa individer får mindre tid till kliniskt arbete. Det krävs därför en noga avvägning för att säkerställa att kompetent personal som får förtroendet att påverka beslut inte förloras kliniskt. I intervjuerna lyftes en eventuell lösning som behandlar både denna avvägning och flexibilitet genom varierande arbetsuppgifter. Förslaget var att vårdpersonal borde ägna 20% av sin arbetstid åt andra arbetsuppgifter än vanligt, exempelvis administrativt arbete eller handledning av andra. Denna tid hade kunnat läggas på involvering i beslutsprocessen; på så sätt åstadkommer organisationen både starkare förankring av beslut i verksamheten, och varierande arbetsuppgifter hos personalen.

5.4 Arbetsgivarens roll och åtgärder

Diskussionen visar att det inte finns en enskild lösning på personalomsättning inom vården. Istället krävs en kombination av insatser på flera nivåer. Utifrån SwAge-modellen finns det tre insatsnivåer för ett hållbart arbetsliv: individ, organisation och samhälle [26]. Det krävs alltså insatser för varje nivå för att en medarbetare ska vilja vara kvar på sin arbetsplats. På samhällsnivå är exempelvis arbetsmarknadspolitiska direktiv, såsom SKR:s direktiv om hyrstopp [17], viktiga styrmedel. Det blir samtidigt tydligt att sådana åtgärder inte är tillräckliga i sig, då flera regioner har haft svårt att genomföra hyrstoppet i praktiken, vilket understryker att samhällsnivån måste samverka med organisatoriska förändringar för att skapa reell förändring. Arbetsgivare å andra sidan bör skapa förutsättningar och ta initiativ för att en individ ska trivas genom att skapa en god psykosocial arbetsmiljö och bra karriärmöjligheter. Om dessa förutsättningar saknas, eller om arbetsgivaren ställer orimliga krav utan flexibilitet, riskerar det att få motsatt effekt och leda till att medarbetare väljer att lämna. På individnivå spelar motivation, behov och livssituation en central roll, och dessa påverkas i hög grad av vilka insatser och möjligheter som erbjuds på de övriga nivåerna.

Den första av insatsnivåerna, individen, kan alltså kopplas till teorier kring motivation och behov. Två av fokusområdena i denna studie kan tydligt kopplas till Hertzbergs tvåfaktor-teori; där psykosocial arbetsmiljö korresponderar till hygienfaktorer och karriärmöjligheter till motivationsfaktorer [27]. Hygienfaktorer kretsar kring huruvida den anställde behandlas väl, vilket korrelerar till mer grundläggande förutsättningar som en rimlig arbetsbelastning och socialt stöd. Bristande hygienfaktorer innebär missnöjesfaktorer, vilket bevisats vara den främsta anledningen till att lämna sin arbetsplats inom vården [5]. Att etablera en god psykosocial arbetsmiljö är därför essentiellt för att den anställdes hygienfaktorer ska vara uppfyllda. Karriärmöjligheter korrelerar till motivationsfaktorer, alltså om den anställde används väl. Som tidigare diskussion påvisat kan karriärfaktorer väga tungt i valet om att stanna på eller lämna sin arbetsplats, speciellt för offentlig sektor och yngre medarbetare. Med det sagt, ser man till Maslows behovstrappa motsvarar den psykosociala arbetsmiljön de mellersta nivåerna med gemenskap och uppskattning, medan karriär snarare passar in i toppen av trappan, med självförverkligande. Människor måste tillfredsställa sina grundläggande behov innan de

strävar uppåt i trappan [45], vilket således innebär att de anställda behöver en god psykosocial arbetsmiljö innan det blir aktuellt med karriärmöjligheter. Eftersom de olika nivåerna i behovstrappan i praktiken överlappar varandra, behövs insatser berörande de två fokusområdena parallellt. Det sista fokusområdet, teknik och digitala hjälpmedel, går inte att kategorisera som antingen hygien- eller motivationsfaktor, utan påverkar båda nivåerna. Digitala hjälpmedel är väletablerade inom vården idag, och kommer utifrån den digitalisering som pågår ta ännu större plats i framtiden. Att de digitala systemen fungerar är grundläggande för att vårdens anställda ska kunna utföra sitt arbete. Exempelvis att kommunikationskanaler med patienter och användning av journalsystem fungerar. Detta betyder att tekniken påverkar hygienfaktorerna. Digitala hjälpmedel som aktivt underlättar arbetet möjliggör för mer tid med patienter, och därmed meningsfullt arbete. Det påvisades i enkätfrågan kring arbetstillfredsställelse och motivation att meningsfullt arbete är en betydande faktor, vilket innebär att digitala hjälpmedel även påverkar motivationsfaktorerna. Detta fokusområde är sällan den faktor som väger tyngst i beslutet om att stanna på eller lämna sin arbetsplats. Som resonerat ovan har det dock en indirekt påverkan på hygien- och motivationsfaktorer och därmed den anställdes upplevelse på arbetsplatsen, och bör därför användas som ett komplement till resterande två fokusområden, för att gemensamt motverka intentionen att lämna.

På en organisatorisk nivå, som den sista forskningsfrågan främst syftar till, har diskussionen visat att det finns utvecklingspunkter inom samtliga fokusområden. Ett av de konkreta förslag som lyfts tidigare i diskussionen är återkommande möten där stöd diskuteras, både mellan chefer och medarbetare. Detta kan bidra till att minska arbetsbelastning genom att tydliggöra förväntningar och ansvarsfördelning. En annan insats gäller karriärutveckling, där individuella karriärplaner och tydliga löneutvecklingsmodeller kan skapa motivation och långsiktighet. En sista viktig punkt berör delaktigheten i beslut kring nya processer. Där är det viktigt att personal får chans att uttrycka åsikter genom exempelvis medarbetarråd eller via krav på att klinisk personal måste vara med vid pilotinföranden.

På samhällsnivå görs insatser på både nationell och regional nivå idag. I bakgrunden framgår att stora nationella satsningar görs på kompetensförsörjning, karriärmöjligheter och vidareutbildning [10]. Mycket av dessa resurser förvaltas sedan genom regionerna. Dokumentstudien visar dock att även om regionerna lyfter dessa frågor i årsrapporter och strategidokument, finns en viss skillnad mellan de åtgärder som beskrivs och det som efterfrågas av vårdpersonalen. Exempelvis har 15 av 21 regioner kompetensförsörjningsstrategier och samtliga nämner kompetensförsörjning i de båda studerade dokumenten. Få regioner konkretiserar dock hur dessa ska påverka undersköterskor och sjuksköterskor. I intervjuerna efterfrågas tydliga karriärmodeller och utbildningsanställningar, särskilt från sjuksköterskor, medan undersköterskor snarare saknar information och upplever att möjligheterna är otydliga. Samma problematik lyftes i den kommunala studien som berör kompetensförsörjning, där ingen av deltagarna sa sig ha en individuell karriärplan, som ingick i kommunens plan [35]. Digitalisering är ytterligare ett begrepp som nämns ofta, men i korrekta specifika sammanhang, kring digitala verktyg, är det under en tredjedel av regionerna som nämner det. Genomgående i de kvantitativa resultaten framgår det att flexibilitet och anpassning av flexibilitetsfaktorer till individen är viktigt för att få en medarbetare att stanna på arbetsplatsen. I dokumentstudien nämns flexibilitet inom hälso- och sjukvård i 1 av 21 regioner för båda dokumenten. Ett myc-

ket aktuellt område kopplat till flexibilitet i allmänhet, och schemaläggning i synnerhet, är diskussionen om hyrstopp och dygnsvila. [16]. Sedan de nya lagarna kring dygnsvila infördes [22] har flera regioner lyft schemaläggning i årsrapporten för föregående år. Det är dock få, under 20%, som nämner det i mål- och budgetdokument, som fokuserar på kommande år. Detta tyder på att schemaläggning i flera fall endast diskuteras kring lagändringen men inte som en del av flexibilitetsarbetet. Sammantaget tyder resultaten på att det på samhällsnivå genom regionerna lyfts rätt områden, men att de ofta görs det på en strategisk nivå utan konkret förankring i verksamheten. För att de ekonomiska satsningarna ska få verklig effekt krävs det att regionerna utvecklar tydligare och mer lokalt anpassade åtgärder, med ökad involvering av klinisk personal för att säkerställa en förbättrad arbetsplats.

5.5 Studiens begränsningar

Med hänvisning till att enbart privata vårdenheter och Facebook-grupper specifika för sjuksköterskor kontaktades för enkäten, har detta resulterat i liten representation av läkare och undersköterskor som jobbar offentligt. Samtliga undersköterskor som deltagit arbetar privat, och enbart 4 av 26 läkare arbetar offentligt. Detta medför att urvalet inte är representativt för dessa två grupper sett till sektortillhörighet, och vid uppdelning efter yrke är gruppernas svar färgade av de förutsättningar som präglar den privata sektorn. En annan restriktion utifrån segmentering av urvalet är den regionala uppdelningen. På grund av för få svarande från flertalet regioner har det inte kunnat göras en kvantitativ analys baserad på respondenternas geografiska tillhörighet. Med dokumentstudien i åtanke hade detta varit önskvärt för att jämföra svaren mot regionernas, men att kunna genomföra en korrekt analys med tillräckliga datamängder ansågs viktigare; därför analyserades den kvantitativa datan enbart utifrån sektor, yrke och ålder.

En annan begränsning i studien gäller den statistiska analysen. På de frågor där respondenterna kunde välja flera alternativ finns ingen lämplig metod i SPSS att använda. De möjligheter som finns blir väldigt tidskrävande då de innebär en separat analys för varje svarsalternativ, för att särskilja om det finns en statistisk skillnad för det aktuella alternativet gentemot resterande. Det bortprioriterades således att göra en statistisk analys på dessa frågor.

I frågan kring arbetssätt har cirka 17% uppgett att frågan ej är applicerbar alternativt skrivit ett eget svar istället för att välja något av alternativen. Detta tyder på att frågans formulering inte är anpassad för hela målgruppen, och för att få bättre insikter borde den ha omformulerats. En annan fråga där inte hela datamängden kan användas gäller anledning att byta från offentlig till privat. Då frågan är ställd på så sätt att den enbart efterfrågar orsaker till att sjuksköterskor gör detta byte, blir svaren från resterande yrkesgrupper spekulativa. Vid analys av denna fråga har därför fokus lagts på vad sjuksköterskorna själva har svarat. På frågan om respondenten är villig att byta bort en del av sin lön var det möjligt att både välja faktorer att byta bort lönen mot och att man inte är villig att byta bort sin lön. Detta utfall är ett resultat av att det inte finns en funktion i Google Forms som hindrar en sådan felaktig ifyllning. På grund av detta valde PwC i sin rapport att bortse från denna fråga för att fördelningen bland deras respondenter indikerar en markant andel felaktiga ifyllningar. Då sådana indikationer inte återfinns i denna studie, har det valts att presentera frågan.

I frågan kring fördelning av avsikt att lämna är det vissa svarsalternativ som är riktade åt antingen privat eller offentlig sektor. Exempelvis är det rimligt att enbart respondenter från offentlig sektor har uppgett att de skulle byta inom regionen, och de från privat sektor väljer byta till en regional arbetsgivare. Detta speglas i residualerna, och det blir därför viktigt att notera innan slutsatser dras.

5.6 Framtida arbete

Baserat på studiens design och de begränsningar som uppdragats, finns det goda möjligheter att fortsätta arbetet inom området. Ett förslag är att genomföra en smalare studie. Med tre olika fokusområden ger denna studie en god helhetsbild, men att avgränsa till ett av dessa, eller enbart en aspekt av ett fokusområde, hade gett bättre möjligheter att konkretisera och utvärdera åtgärder för att öka intentionen att stanna.

Ytterligare en möjlighet för framtida forskning är att genomföra en studie kring samma område, men omformulera de frågor som inte var kompatibla för den statistiska analysen. Detta hade ökat validiteten i slutsatserna. En annan aspekt som hade gett mer tyngd i slutsatserna hade varit att genomföra en liknande studie i större skala. För att möjliggöra detta kan det vara fördelaktigt att undersöka alternativa kontaktkanaler till de som använts i denna studie, för att uppnå en högre svarsfrekvens och därmed större datamängd.

Kapitel 6

Slutsats

Denna studie är en kartläggning av hur demografiska faktorer såsom yrkesgrupp, sektortillhörighet och ålder samvarierar med psykosociala faktorer, karriärmöjligheter och användning av teknik, när personal väljer att byta arbetsplats. Syftet har varit att besvara huvudfrågan samt de fyra underfrågorna kring fokusområdenas roll och vad arbetsgivare kan göra för att behålla sina medarbetare. I och med studiens breda och explorativa natur har huvudfokus inte varit att identifiera och utvärdera specifika åtgärder. De konkreta förslag som presenterats är möjliga lösningar, som behöver utvärderas vidare innan en eventuell implementering. De tre fokusområdena samverkar och bör inte ses som separata eller ställas mot varandra, utan som delar av en helhet för att skapa en hållbar arbetsplats.

Lön och arbetsbelastning framstår i studien som centrala men svårösta frågor. De nämns ofta i fritextsvar som skäl till missnöje, men lyfts mer sällan i intervjuer. En möjlig förklaring är att fritextsvaren är helt anonyma, vilket kan göra det lättare att uttrycka kritik kring frågor som upplevs känsliga eller givna. För regionerna innebär både lönelöft och minskad belastning betydande ekonomiska och organisatoriska utmaningar. Det kräver långsiktiga strukturella förändringar, vilket gör att fokus ibland riktas mot andra mer greppbara insatser, som digitala verktyg, karriärvägar eller flexibilitet. Dessa lösningar kan inte ersätta behovet av rimlig ersättning och hållbar arbetsbelastning, men de kan fungera som viktiga komplement.

Offentlig sektor framstår i studien som en arbetsplats där många får stöd att vidareutvecklas, men inte alltid stannar. Det beskrivs att man får det som krävs för att ta sig vidare, utbildning genom VFU och erfarenhet. Lönenivån är ofta lägre, och karriärutveckling sker inte alltid inom den egna organisationen. Det är vanligt att offentlig sektor ses som ett steg på vägen snarare än ett långsiktigt mål, särskilt bland yngre medarbetare. För att höja lojaliteten till den offentliga vården och minska andelen som byter arbetsplats finns det åtgärder på olika nivåer. Karriärmöjligheter överlag är en motivationsfaktor och ett exempel på självförverkligande. Dess betydelse påverkas starkt av individens livssituation och vilket yrke den tillhör, där yngre och sjuksköterskor sticker ut som mer benägna att byta. För att tydliggöra de karriärvägar som finns, oavsett arbetsplats, är individuella karriärplaner en väg att gå. Karriärmöjligheterna konkretiseras då och det kan finnas koppling till ekonomiska bonusar

som kan ge motivation och lojalitet.

Arbetsbelastningen är fortsatt ett problem inom vården, där flera aspekter i resultaten bevisar detta i den offentliga sektorn. Teamarbete och samverkan mellan kollegor är den viktigaste resursen för att hantera en hög arbetsbelastning, men insatser behövs även för att minska de faktiska kraven. Yrkesgruppernas skilda arbetsuppgifter blir tydligt gällande vilken typ av stöd de önskar från ledningen. Undersköterskor söker en inkluderande miljö med god arbetsgemenskap, sjuksköterskor vill ha tydliga ramar och god informationsspridning, medan läkare vill ha möjlighet att påverka sin egen arbetsituation. För att etablera en god gruppdynamik är det viktigt med en ledning som är närvarande i det kliniska arbetet, och att detta får fokus på en organisatorisk nivå. Vidare på detta spår visas även att yrkesgrupp, sektor och organisatorisk storlek spelar stor roll för hur flexibilitet och inflytande upplevs. Läkare uttrycker ett behov av individuell frihet medan undersköterskor och sjuksköterskor som sagt värderar struktur och teamarbete. Dessa skillnader kan ses spegla hur vårdsystemet ser ut idag. Mindre vårdenheter, som ofta återfinns inom privat sektor, tycks möjliggöra en närmare dialog mellan chef och medarbetare, vilket skapar bättre förutsättningar för flexibilitet och inflytande. Inom offentlig sektor är beslutsvägarna längre och förändringar svårare att genomföra, vilket i längden kan minska känslan av delaktighet. Sammantaget blir det tydligt att olika yrkesgrupper har olika drivkrafter och behov, vilket också måste ligga till grund för de åtgärder som genomförs. Återkommande samtal mellan kollegor och chefer är viktiga komponenter i den psykosociala arbetsmiljön.

En annan tydlig skillnad mellan sektorerna som framkommer i resultatet är att privat sektor verkar ha mer etablerade och välfungerande digitala hjälpmedel. Det kan bero på storleken, dels av hela företaget och dels av vårdenheten, och implementationssätt. Som nämnt kommer inte digitala hjälpmedel att vara en avgörande faktor för att byta arbetsplats. Digitala hjälpmedel är snarare en indikator på hur organisationen hanterar förändring, och blir därmed ett tecken på ledarskap och delaktighet. Ett väl infört system kan upplevas som en förbättring av arbetsmiljön, medan ett ogenomtänkt införande riskerar att skapa frustration och stress, både för individ och team. Överlag är det viktigt att det finns en delaktighet i det förändringsarbete som genomförs i den svenska sjukvården idag. Att skapa förutsättningar för samtal mellan klinisk personal, beslutsfattande och tekniskt ansvariga bör ses som en framgångsfaktor som höjer både kvaliteten på systemet men också motivationen.

Sammanfattningsvis visar rapporten att åtgärder behövs på olika instansnivåer för att skapa en hållbar och utvecklande arbetsplats. Resultaten tyder på att hållbar kompetensförsörjning kräver att arbetsgivare säkerställer en god psykosocial arbetsmiljö. Parallellt kan karriär och digitala hjälpmedel fungera som utvecklande och motiverande inslag.

Referenser

- [1] SKR. Möt kompetensutmaningen rekryteringsrapport 2020 i kortversion, 2020. <https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef38054/1642160111940/7585-901-9.pdf>.
- [2] SCB. Ditt utbildningsval påverkar dina jobbmöjligheter, 2024. <https://www.scb.se/hitta-statistik/redaktionellt/Ditt-utbildningsval-paverkar-dina-jobbmojligheter/> [Hämtad: 12 februari, 2025].
- [3] SKR. Strategier för att säkra kompetensförsörjningen, 2025. <https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/kompetensforsorjningstrategier.68576.html> [Hämtad: 26 februari, 2025].
- [4] Stina F. Sellgren, Kerstin N. Kajermo, Göran Ekvall, and Göran Tomson. Nursing staff turnover at a swedish university hospital: an exploratory study. *Journal of clinical nursing*, 18:3181–3189, 11 2009. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19619211/>.
- [5] M. Gustavsson & P. Nilsson. Kompetensförsörjning - att attrahera och behålla personal inom svensk hälso- och sjukvård - exemplet magnetmodellen, 2021. https://www.researchgate.net/publication/354883983_Kompetensforsorjning_-att_attrahera_och_behalla_personal_inom_svensk_halso-och_sjukvard_-exemplet_Magnetmodellen_HELIX_Working_Papers_HELIX_COMPETENCE_CENTRE.
- [6] J. Persson & C. Rydenfält. Why are digital health care systems still poorly designed, and why is health care practice not asking for more? three paths toward a sustainable digital work environment. 2021. <https://www.jmir.org/2021/6/e26694>.
- [7] Socialstyrelsen. Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal, 2024. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/halso-och-sjukvardspersonal/> [Hämtad 28 februari, 2025].
- [8] PwC Sverige. Hälso- och sjukvård – verksamhetsutveckling och effektivisering i vården, 2024. <https://www.pwc.se/sjukvard> [Hämtad 10 juni 2025].

- [9] Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården, 2023. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/kompetensforsorjning/> [Hämtad: 26 februari, 2025].
- [10] Regeringskansliet. Regeringens arbete med stärkt kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården, 2023. <https://www.regeringen.se/artiklar/2023/01/regeringens-arbete-med-starkt-kompetensforsorjning-inom-halso-och-sjukvarden/> [Hämtad: 25 februari, 2025].
- [11] Socialstyrelsen. Sjuksköterskors arbetsmarknadsrörelser år 2020-2022. 2023. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-11-9327.pdf>.
- [12] Statistikdatabasen. Genomsnittlig grund- och månadslön samt kvinnors lön i procent av mäns lön efter sektor, yrke (ssyk 2012), kön och utbildningsnivå (sun), 2023. https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0110__AM0110A/LonYrkeUtbildning4AN/ [Hämtad 12 februari 2025].
- [13] Sveriges Läkarförbund. Arbetsmiljöenkäten 2022. 2022. <https://slf.se/app/uploads/2022/08/arbetsmiljo-enkat2022-del1.pdf>.
- [14] Nationella vårdkompetensrådet. Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. 2024. <https://www.nationellavardkompetensradet.se/globalassets/radets-kunskapsunderlag/2024-2-nationell-plan-for-halso-och-sjukvårdens-kompetensforsorjning.pdf>.
- [15] Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Om skr, 2024. <https://skr.se/skr/omskr.409.html> [Hämtad: 9 juni, 2025].
- [16] SKR. Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården 2023. 2024. <https://skr.se/download/18.16a4733718de4bf91e383aa1/1709799659516/Kostnader-for-inhyrd-personal-halso-och-sjukvarden-2023-240307.pdf>.
- [17] SKR. Rekommendation - kraftigt minska användningen av hyrbemanning i regionens verksamheter, 2023. <https://skr.se/download/18.24101c7d18a8a11dc197334f/1695624204456/WEBB-16-SKR2023-Rekommendation-Kraftigt-minska-anvandningen-av-hyrbemanning-i-regionens-verksamhet.pdf>.
- [18] Region Skåne. Region skåne utökar hyrstoppet för läkare, 2025. <https://www.skane.se/om-region-skane/nyheter/2025/region-skane-utokar-hyrstoppet-for-lakare/> [Hämtad: 28 februari 2025].
- [19] Region Dalarna. Hyrstopp för sjuksköterskor i region dalarna från 1 januari, 2024. <https://www.regiondalarna.se/press/nyheter-och-pessmeddelanden/hyrstopp-for-sjukskoterskor-i-region-dalarna-fran-1-januari/> [Hämtad: 28 februari 2025].

-
- [20] SVT Nyheter. Stopp för inhyrd vårdpersonal i åtta regioner – flera varnar för att patienter kan drabbas, 2024. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/stopp-for-inhyrd-varldpersonal-i-atta-regioner-flera-varnar-for-att-patienter-kan-drabbas> [Hämtad: 28 februari, 2025].
- [21] SKR. Kostnader för hyrbemanning inom hälso-och sjukvården. 2025. https://skr.se/download/18.3ef9a0c2195367c26c411740/1740500255093/Kostnad-inhyrd-personal-helar-2024_SKR.pdf.
- [22] Vårdförbundet. Om reglerna om dygnsvila, 2025. <https://www.vardforbundet.se/rad-och-stod/om-dygnsvila/> [Hämtad: 28 februari, 2025].
- [23] A. Wheeler & J. Halbesleben. The relative roles of engagement and embeddedness in predicting job performance and intention to leave. *Work and Stress*, 22:242–256, 7 2008.
- [24] Västra Götalandsregionen. Tack för mig - rapport personalomsättning, 2022. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/hos4380-250679164-21306/surrogate/Tack%20f%C3%B6r%20mig%20%20Rapport%20personaloms%C3%A4ttning%20ISM%20220531.pdf>.
- [25] G. Jutengren L. Dellve, A. Eriksson. Job demands and functional resources moderating assistant and registered nurses' intention to leave. *Nursing Open*, 8:870–881, 3 2021.
- [26] K. Nilsson. A sustainable working life for all ages – the swage-model. *Applied Ergonomics*, 86:103082, 7 2020.
- [27] E. Lovén M. Bohgard, S. Karlsson and AL. Osvalder L. Rose P. Ulfvengren LÅ. Mikaelsson, L. Mårtensson. *Work and Technology on Human Terms*. Prevent, 2009. <https://portal.research.lu.se/en/publications/work-and-technology-on-human-terms>.
- [28] Arbetsmiljöverket. Organisatorisk och social arbetsmiljö - arbetsmiljöverket, 2025. <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo/> [Hämtad 5 mars, 2025].
- [29] F. Tilin S. Wheelan & C. Burchill. The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 12:527–534, 2003. <https://aacnjournals.org/ajconline/article/12/6/527/246/The-Link-Between-Teamwork-and-Patients-Outcomes-in>.
- [30] Vårdföretagarna. Arbetsmiljöindex 2024 medarbetarnöjdhet sjukvård och omsorg. 2024. <https://www.vardforetagarna.se/app/uploads/sites/3/2024/12/Arbetsmiljoindex-2024-20241122.pdf>.
- [31] Arbetshälsoinstitutet. Flexibel arbetstid | arbetshälsoinstitutet, u.å. <https://www.ttl.fi/sv/teman/arbetshalsa-och-arbetsformaga/arbetstid/flexibel-arbetstid> [Hämtad 5 mars, 2025].
- [32] Danita Alfred & C. McNeill S. Yarbrough, P. Martin. Professional values, job satisfaction, career development, and intent to stay. *Nursing Ethics*, 24(6):675–685, 2017.
-

- [33] SKL. Modeller för kompetens- och karriärutveckling, 2019. <https://skr.se/download/18.1fc371ff186925dfab84793c/1678117496147/modeller-for-kompetens-och-karriarutveckling-2019.pdf>.
- [34] Vårdförbundet. Vårdförbundets modell för utbildningsanställning under specialistutbildning, 2022. <https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/sagor-vi-yrkena-battare/akademisk-specialisttjanstgoring/vardforbundets-modell-for-specialistutbildning/> [Hämtad 31 mars, 2025].
- [35] A. Mårtensson & S. Andersson. Att göra karriär inom vården, 2017. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2%3A1165078/FULLTEXT01.pdf>.
- [36] C. George. Retaining professional workers: what makes them stay? *Employee Relations*, 37(1):102–121, 2015.
- [37] M. Gradillas & L.D.W Thomas. Distinguishing digitization and digitalization: A systematic review and conceptual framework. *Journal of Product Innovation Management*, 2023. <https://doi.org/10.1111/jpim.12690>.
- [38] Socialdepartementet. Överenskommelse om vision e-hälsa 2025. 2016. <https://www.regeringen.se/contentassets/5a2c8365d1b04d33a9bc7512d5d1c5aa/overenskommelse-om-vision-ehalsa-2025.pdf> [Hämtad: 30 januari, 2025].
- [39] Sveriges Läkarförbund. Digital stress i vården - de digitala systemen skapar dålig arbetsmiljö i vården. 2023. <https://slf.se/app/uploads/2023/06/digital-stress-i-varden2023.pdf> [Hämtad: 25 februari, 2025].
- [40] Socialstyrelsen. Tillämpning av digital vård i regionerna - en kartläggning, 2023. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-9-8711.pdf>.
- [41] M. Muhic & G. Erlingsdottir S. Frennert, C. Rydenfält. Unveiling the heterogeneous utilisation of the same digital patient management platform: case studies in primary healthcare in sweden. *BMC Health Services Research*, 24(831), 2024. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-11287-3>.
- [42] A.B. Bakker W.B. Schaufeli E.Demerouti, F. Nachreiner. The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86:499–512, 2001.
- [43] T. Theorell & R. Karasek. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books, 1990.
- [44] A. Antonovsky. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Fransisco: Jossey-Bass, 1987.
- [45] A. H. Maslow. A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50:370–396, 7 1943.
- [46] Richard M. Ryan and Edward L. Deci. Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1):54–67, 2000.

-
- [47] R. Ryan E. Deci. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1):68–78, 2000.
- [48] J. Preece H. Sharp & Y. Rogers. *Interaction Design: Beyond human-computer interaction*. Hoboken: John Wiley Sons Inc., 2023. s. 279-281, 286.
- [49] E. Boulton L. Davey C. McEvoy V. Braun, & V. Clarke. The online survey as a qualitative research tool. *International Journal of Social Research Methodology*, 24:641–654, 2020.
- [50] G. H. Freeman and J. H. Halton. Note on an exact treatment of contingency, goodness of fit and other problems of significance. *Biometrika*, 38(1/2):141–149, 1951.
- [51] A. Field. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. SAGE Publications Ltd, London, 4 edition, 2013.
- [52] V. Braun & V. Clarke. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:77–101, 2006.
- [53] V. Braun & V. Clarke. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11:589–597, 8 2019.
- [54] Socialstyrelsen. Information om skyddad yrkestitel för undersköterska, 2024. <https://legitimation.socialstyrelsen.se/skyddad-yrkestitel-for-underskoterska/information-om-skyddad-yrkestitel/> [Hämtad 14 maj, 2025].

Appendix

Appendix A

Frågor till enkät

Inledande text

Hej!

Vi är två civilingenjörsstudenter inom medicinteknik vid Lunds Tekniska Högskola som just nu genomför vårt examensarbete i samarbete med PwC, PricewaterhouseCoopers. Vi undersöker vilka krav och önskemål som personal har för att vilja stanna ett helt yrkesliv inom sjukvården och ber därför dig att besvara denna enkät. Vårt arbete kommer att vara en del av PwC:s årliga *Thought Leadership*-rapport, som kommer att publiceras under sommaren 2025. Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta. Den insamlade datan kommer endast att användas av dessa parter för detta ändamål och kommer att raderas efter användning.

Tack för att du tar dig tid att svara på denna enkät och hjälper till att föra vårt arbete framåt!

Vänliga hälsningar,
Ebba Wallenberg & Agnes Möller, studenter
Amanda von Schinkel, PwC - Advisory Healthcare

Grundläggande frågor

1. I vilken region är du verksam?

- Region Blekinge
- Region Dalarna
- Region Halland
- Region Gotland
- Region Gävleborg
- Region Jämtland Härjedalen
- Region Jönköpings län

- Region Kalmar län
- Region Kronoberg
- Region Norrbotten
- Region Skåne
- Region Stockholm
- Region Sörmland
- Region Uppsala
- Region Värmland
- Region Västerbotten
- Region Västernorrland
- Region Västmanland
- Västra Götalandsregionen
- Region Örebro län
- Region Östergötland

2. Jag är verksam som

- Leg. läkare
- Leg. sjuksköterska
- Undersköterska

3. Jag arbetar inom

- Slutenvård
- Specialist-öppenvård på sjukhus
- Öppenvård på vårdcentral/hälsocentral
- Annat: _____

4. Jag arbetar

- Heltid
- Deltid

5. Jag arbetar

- Kombination dag, kväll
- Kombination dag, kväll, natt
- Annat: _____

6. Kön

- Man
- Kvinna
- Annat
- Vill inte uppge

7. Ålder

- Under 30
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- Över 70

8. Hur många år har du arbetat hos din nuvarande arbetsgivare?

- 0-2 år
- 3-5 år
- 6-10 år
- 11-15 år
- 16-20 år
- 21-25 år
- 26-30 år
- 31-35 år
- 35+ år

9. Jag planerar att arbeta kvar hos min nuvarande arbetsgivare om ett år:

- Ja
- Nej
- Vet inte

10. Hur ofta överväger du att söka ett nytt jobb?

- Alltid
- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Aldrig/nästan aldrig

11. Om du överväger att lämna din nuvarande arbetsgivare, vilket av följande alternativ passar bäst in för dig?

- Vidareutbildning inom vårddyrket
- Utbildning inom annat område
- Byta till en annan region
- Byta till kommunal hälso- och sjukvård
- Byta till en privat arbetsgivare inom hälso- och sjukvård
- Byta till en annan bransch
- Gå i pension
- Annat: _____

12. Vilka alternativ har du eller önskar du att du hade tillgång till för att hantera en hög arbetsbelastning bättre? Vänligen välj upp till tre faktorer.

- Möjlighet till fler pauser
- Större inflytande över schemaläggning
- Mer tekniska hjälpmedel
- Avlastning från administrativa uppgifter
- Lägre personalomsättning
- Tydligare arbetsfördelning
- Mer kontroll över egna arbetsuppgifter
- Jag känner inte att jag behöver någon av alternativen
- Annat: _____

13. Vilka faktorer driver arbetstillfredsställelse och motivation i ditt arbete? Vänligen välj upp till tre faktorer.

- Meningsfullt arbete
 - God arbetsgemenskap
 - Stöd från ledningen genom tillgänglighet, kommunikation och uppskattning
 - Rimlig arbetsbörda
 - Karriärmöjligheter genom specialisering eller intern utbildning
 - Rimlig ekonomisk kompensation – Rättvis lön för utfört arbete
 - Flexibilitet genom att påverka arbetstider och schema
 - Annat: _____
14. Vilka egenskaper från ledningen värderar du högst? Vänligen välj upp till tre faktorer.
- Emotionellt stöd
 - Praktisk hjälp
 - Regelbunden feedback
 - Tillgänglighet
 - God informationsspridning och kommunikationsförmåga
 - Visad uppskattning
 - Lyhördhet
 - Kompetens och professionalitet
 - Tydliga direktiv och ansvarstagande
 - Annat: _____
15. Jag tycker att karriärmöjligheterna på min arbetsplats är tillräckligt stimulerande för att jag ska vilja stanna kvar:
- 1-2 år
 - 3-5 år
 - 6-10 år
 - 11-20 år
 - Tills vidare
 - Resten av mitt yrkesliv
 - Jag ser ingen framtid på min nuvarande arbetsplats
16. Vilka av följande karriärsfaktorer skulle få dig att överväga att stanna längre på din arbetsplats? Vänligen välj upp till tre faktorer.
- Tydligare karriärvägar
 - Intern vidareutbildning – Tillgång till kurser, utbildningar och certifieringar
 - Underlättande vid specialisering via extern utbildning
 - Mentorskap
 - Möjlighet att handleda andra
 - Löneökning eller bonusar kopplade till prestation och utveckling
 - Ledarskapsmöjligheter
 - Möjlighet att testa olika roller eller avdelningar
 - Flexibelt schema som underlättar utbildning
 - Utmanande och stimulerande arbetsuppgifter
 - Internationella möjligheter
 - Forskningsmöjligheter
 - Tillgång till nätverk – Stöd för att delta i konferenser och skapa kontakter inom branschen

-
- Jag känner mig nöjd med min position idag och kommer stanna tills vidare
17. Vilka konsekvenser av dåligt fungerande digitala hjälpmedel påverkar dig mest i ditt arbete? Anta att patientsäkerheten fortfarande upprätthålls. Vänligen välj upp till två faktorer.
- Ökad oro för misstag
 - Ökat administrativt arbete t.ex. dubbeldokumentation
 - Längre tid att slutföra arbetsuppgifter
 - Frustration i teamet
 - Sänkt motivation och tillfredsställelse i arbetet
 - Låg kontroll över arbetssätt
 - Annat: _____
18. Vad är avgörande för dig för framgångsrika införanden av digitala hjälpmedel? Vänligen välj upp till tre faktorer.
- Att det finns ett medbestämmande från personalen
 - Att det finns ett tydligt syfte med systemet
 - Att systemet är lättanvända och intuitiva med god användbarhet
 - Att de system som köps in är en tydlig tidsbesparing
 - Att integration med befintliga system och rutiner fungerar väl
 - Att det finns enkel tillgång till support och utbildning
 - Att fler personer har tillgång/licens till programmet
 - Att systemet kan testas i vårdmiljö före inköp
 - Annat: _____
19. Vilken av följande faktorer inom området schemaläggning är viktigast för dig? Välj det viktigaste.
- Individuell schemaläggning
 - Fasta rullande scheman
 - Terminscheman
 - Personcentrerad schemaläggning
 - Annat: _____
20. Vilken av följande faktorer inom området arbetstid är viktigast för dig förutsatt att lagen om dygnsvilan efterlevs? Välj det viktigaste.
- Förkortad arbetstid med bibehållen lön (35 timmarsvecka)
 - Längre arbetspass (mellan 10-13 timmar) med mer sammanhängande ledig tid (i enlighet med regler för dygnsvila)
 - Flexitid
 - Annat: _____
21. Vilken av följande faktorer inom området arbetssätt är viktigast för dig? Välj det viktigaste.
- Digitala verktyg för administrativt arbete på distans
 - Digitala verktyg för arbete på distans (video- och telefonmöten med patient och/eller kollegor)
 - Arbeta i block
 - Arbetsrotation på veckobasis

- Annat: _____
22. Vilken av följande faktorer inom området ersättning utöver lön är viktigast för dig? Välj det viktigaste.
- Pensionsavsättning enligt 80-90-100 modellen
 - Friskvårdstimme
 - Löneväxling
 - Semesterväxling
 - Personlig hållbarhetsdag
 - Annat: _____
23. Vilket av följande områden är viktigast för dig för att möjliggöra en ökad flexibilitet på ditt arbete?
- Schemaläggning
 - Arbetstid
 - Arbetssätt
 - Ersättning utöver lön
24. I syfte att öka flexibiliteten i mitt arbete skulle jag kunna tänka mig att byta bort en del av min lön mot följande (flera val möjliga):
- Individuell schemaläggning
 - Fasta rullande scheman
 - Terminscheman
 - Personcentrerad schemaläggning
 - Förkortad arbetstid (35 timmarsvecka)
 - Längre arbetspass med mer sammanhängande ledig tid (enligt dygnsvilan)
 - Flexitid
 - Digitala verktyg för administrativt arbete på distans
 - Digitala verktyg för arbete på distans (video- och telefonmöten med patient och/eller kollegor)
 - Arbeta i block
 - Arbetsrotation på veckobasis
 - Pensionsavsättning enligt 80-90-100 modellen
 - Friskvårdstimme
 - Löneväxling
 - Semesterväxling
 - Personlig hållbarhetsdag
 - Jag vill inte byta bort någon del av min lön
25. Av de sjuksköterskor som tog examen under 2019 lämnade ungefär en femtedel regionen för jobb inom privat eller kommunal sektor inom tre år enligt Socialstyrelsen. Vad tror du det beror på? Vänligen välj upp till tre faktorer.
- Lön
 - Mer regelbundna arbetstider
 - Mer hälsosam schemaläggning (t.ex. längre raster under arbetspass)
 - Mindre fysiskt arbete
 - Mer varierat arbete
 - Mindre mental belastning och stress

-
- Mindre emotionell belastning
 - Mindre team
 - Mindre vårdenhet
 - Mer specialiserad tjänst
 - Mindre administrativa uppgifter
 - Lättare att driva igenom förändring inom organisationen
 - Lägre personalomsättning
 - Bättre förmåner
 - Större inflytande över sin arbetsroll
 - Privata omständigheter (t.ex. kortare resväg till jobbet)
 - Annat: _____

26. Om du har jobbat på en annan arbetsplats inom vården tidigare, varför valde du att byta jobb?

- Fritext: _____

Appendix B

Frågor till intervjuer med vårdpersonal

B.1 Infotext innan intervjun

Innan vi börjar vill vi kort informera dig om intervjuens upplägg. Deltagandet är helt frivilligt, och du kan när som helst avbryta intervjun eller välja att inte svara på en fråga om du inte vill. Vi spelar in intervjun för att kunna transkribera den och använda materialet i vår analys. Inspelningen och den transkriberade texten kommer endast att användas för detta syfte och raderas när vi har bearbetat materialet. Både vårt examensarbete och PwC:s rapport kommer publiceras under sommaren 2025 så att allmänheten kan ta del av dessa.

Under intervjun kommer vi att turas om att ställa frågor, först några grundläggande och sen ett par frågor var på fem olika områden, och den andra kommer samtidigt att anteckna. En del frågor liknar de vi hade i enkäten, vilket kan kännas upprepande men då enkätsvaren var anonyma behöver vi få in denna information igen för att bättre förstå sammanhanget. När vi redovisar resultaten kommer vi att anonymisera all information. Det kommer inte att vara möjligt att koppla dina svar till dig som person eller till en specifik arbetsplats. Har du några frågor innan vi börjar?

Grundläggande frågor

- Vilken yrkesgrupp tillhör du?
- Vilken region arbetar du inom?
- Inom vilken sektor är du verksam? Offentlig vs privat
- Inom vilken del av vården? Specialistvård, slutenvård, öppenvård osv.
- Vilka arbetstider jobbar du? Dagtid, kombination dag/kväll osv.
- Heltid, deltid?
- Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?
- Har du arbetat inom vården på något annat ställe innan? Antingen på en annan region, annan sektor eller som bemanningspersonal.

- Hur länge var du på respektive arbetsplats?
- Hade du samma positioner då?

Flexibilitet

- Vad är flexibilitet för dig inom vården?
- Vilken betydelse har det för dig i arbetet?

Byte av arbetsplats (intention to leave)

- Har du det senaste tiden tänkt på att byta arbetsplats? Hur ofta skulle du säga att du gör det?

Om de tänker på det relativt ofta:

- Letar du aktivt efter en ny arbetsplats?
- Är det något specifikt som driver dig ifrån din arbetsplats eller mer något som lockar hos andra arbetsgivare? Eller kombination? Utveckla gärna.
- Om det du precis nämnde hade funnits hos din nuvarande arbetsgivare, hade du jobbat kvar då?

Om de inte tänker på att byta:

- Vad är det som gör att du stannar idag?
- Är det något av de nämnda som är extra viktiga för dig?

Psykosocial arbetsmiljö

- Vad gör att du känner dig motiverad till att gå till jobbet?
- Kan du beskriva ett tillfälle då du kände dig särskilt motiverad eller omotiverad i ditt arbete? Vad bidrog till det?
- I vilken utsträckning påverkar gruppdynamiken din tillfredsställelse på jobbet?
- Känner du att du får stöd i ditt dagliga arbete? Är det isåfall från kollegor eller mer från chefer och ledning?
- I vilken utsträckning har du inflytande över dina arbetsuppgifter under ett vanligt arbetspass?
- I vilka situationer?

Karriär

- Vad innebär karriärsutveckling för dig i din roll?
- Har du ambition att ta steg i din karriär i nuläget eller känner du dig nöjd med den position du har idag?

Om de svarar att ambition finns:

- Vad är det som motiverar dig att utvecklas genom att exempelvis gå utbildningar? (Ex bara ge bättre vård vs att vilja projektleda och driva framåt)

Teknologi

- Har du någon erfarenhet av implementation av nya digitala system i din yrkesroll? Vad var din roll i det isåfall?

- Vad har införandet av det digitala systemet fört med sig för din yrkesroll (förändrade eller nya arbetsuppgifter, större ansvar, ökad eller minskad kontroll etc)?
- Känner du dig involverad i beslut om vilka teknologiska lösningar som implementeras?
- Vad ser du för fördelar/nackdelar med att vara mer delaktig i beslut kring nya digitala system?

Avslutande frågor / byte av arbetsplats

- Vilka faktorer fick dig att välja en privat vårdgivare framför offentlig? Dåligt där man var eller bytte till bättre?
- Berört flexibilitet, psykosocial arbetsmiljö, karriärmöjligheter och teknologi, vilket av dessa områden känner du att det var störst skillnad kring mellan de olika sektorerna? Kan du ge exempel isåfall?

Appendix C

Frågor till intervjuer med chefer

C.1 Infotext innan intervjun

Innan vi börjar vill vi kort informera dig om intervjuens upplägg. Deltagandet är helt frivilligt, och du kan när som helst avbryta intervjun eller välja att inte svara på en fråga om du inte vill. Vi spelar in intervjun för att kunna transkribera den och använda materialet i vår analys. Inspelningen och den transkriberade texten kommer endast att användas för detta syfte och raderas när vi har bearbetat materialet. Både vårt examensarbete och PwC:s rapport kommer publiceras under sommaren 2025 så att allmänheten kan ta del av dessa.

Under intervjun kommer vi att turas om att ställa frågor, först några grundläggande och sen ett par frågor var på fem olika områden, och den andra kommer samtidigt att anteckna. Vissa frågor kommer vara mer riktade till din roll som VD än som sjuksköterska, men svara gärna utifrån båda dina roller. En del frågor liknar de vi hade i enkäten, vilket kan kännas upprepande men då enkätsvaren var anonyma behöver vi få in denna information igen för att bättre förstå sammanhanget. När vi redovisar resultaten kommer vi att anonymisera all information. Det kommer inte att vara möjligt att koppla dina svar till dig som person eller till en specifik arbetsplats. Har du några frågor innan vi börjar?

Grundläggande frågor

- Vilken yrkestitel har du?
- Vilken region arbetar du inom?
- Inom vilken sektor är du verksam? Offentlig vs privat
- Inom vilken del av vården? Specialistvård, slutenvård, öppenvård osv.
- Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?
- Har du arbetat inom vården på något annat ställe innan? Antingen på en annan region, annan sektor
- Hur länge var du på respektive arbetsplats?

- Hade du samma positioner då?

Flexibilitet

- Vad är flexibilitet för dig inom vården?
- Flexibilitet ur ett större perspektiv för organisationen, hur arbetar du i din roll med flexibilitet för era medarbetare?

Om inte nämnt:

- Är det någon annan i organisationen som arbetar med flexibilitet?

Byte av arbetsplats (intention to leave)

- Vad är er främsta strategi att attrahera nya medarbetare och behålla de befintliga?
- Vilka faktorer fick dig att välja en privat arbetsgivare framför offentlig?

Psykosocial arbetsmiljö

- Vad gör att du känner dig motiverad till att gå till jobbet?
- Kan du beskriva ett tillfälle då du kände dig särskilt motiverad eller omotiverad någon gång under ditt arbetsliv? Vad bidrog till det?
- Hur arbetar ni för att skapa en arbetsmiljö där era medarbetare trivs och får det stöd de behöver?
- Hur inkluderar ni era medarbetare i organisatoriska frågor?
- Hur arbetar ni för att era medarbetare ska känna motivation och tillfredsställelse i det dagliga arbetet?
- Vilka faktorer är viktiga att lyfta för att medarbetare ska känna sig behövda?
- Vad tycker du är viktiga egenskaper för en ledare och hur jobbar du med det i din roll?
- Hur jobbar du med det i det dagliga arbetet?

Karriär

- Tydliga karriärmöjligheter på en arbetsplats ses som viktiga delar i att behålla personal, hur jobbar ni i er verksamhet för att ge era medarbetare detta?
- Har ni karriärsmodeller som medarbetare kan ta del av?
- På vilket sätt ges utrymme för kompetensutveckling? Har de möjlighet att gå interna eller externa utbildningar, avsätts tid, ekonomiska incitament etc?

Teknologi

- Har du någon erfarenhet av implementation av nya digitala system i din yrkesroll? Vad var din roll i det isåfall?
- Vad har införandet av det digitala systemet fört med sig för din yrkesroll (förändrade eller nya arbetsuppgifter, större ansvar, ökad eller minskad kontroll etc)?
- Vad tar du med dig?
- Vilka är involverade i beslut om vilka teknologiska lösningar som implementeras?
- Vad ser du för fördelar/nackdelar med att medarbetare är mer delaktig i beslut kring nya digitala system?

Avslutande frågor / byte av arbetsplats

- Vilkas strategier förslår du för arbetsgivare inom vården ska kunna behålla kompetenta medarbetare?
- Ser du någon skillnad i hur man behöver arbeta inom privat och offentlig sektor?

Appendix D

Kategorisering av “Annat”

Svaren under nedanstående frågor är dem som blivit kategoriserade som “Annat” vid dataanalysen.

Vilka alternativ är viktigast för dig för att hantera en hög arbetsbelastning? Vänligen välj upp till tre faktorer.

- Bolla situationen med chef
- Starkt ledarskap
- Chef som är värd namnet
- Hög arbetsbelastning finns på de flesta arbetsplatser. För att upprätthålla effektivitet och kvalitet krävs dels lämpliga förfinade arbetssätt som gör arbetet smidigt, dels mandat att prioritera mellan olika arbetsuppgifter.
- Inte acceptera för låg bemanning /pass

Vilka faktorer driver arbetstillfredsställelse och motivation i ditt arbete? Vänligen välj upp till tre faktorer.

- Saknar svarsalternativet: Interaktionen med patienterna ger positiv energi. Jag menar att meningsfullhet är grunden i god arbetsmiljö i vårdrelaterat arbete (liksom i liknande arbete med personinteraktion). Därför är benämningen meningsfullt arbete "en alltför generell benämning som svarsalternativ. Jag brukar tänka "Vad är det som driver människor att söka sig till sjukvården?". Vilka av svarsalternativen fångar det? Inte stöttande ledning, lön, rimlig arbetsbörda, schema osv, utan det är att utföra ett meningsfullt o intressant arbete som för människor till arbete i sjukvården! Detta tror jag allra mest gäller sjuksköterskor, där läkare kanske i något högre grad drivs av karriärtankar, medan undersköterskor kanske i viss grad har lite färre jobbalternativ typiskt sett. Jag upplever (och arbetslivsforskning visar ju) att meningsfullheten är avgörande i arbetsmiljön. Många andra branscher dränks ju i rapporter kring samhällsnytta, kundfokus osv, medan vikten av detta paradoxalt nog sällan nämns angående arbetsmiljö i sjukvården. Kanske ser man inte skogen för alla träd, man tar meningsfullheten för given? Istället sätts fokus på symptom, dvs något som förvärrar meningsfullt

arbete, vilket yttrar sig som tex etisk stress. I sjukvården upplever jag att vikten av meningsfullhet ofta skymms av debatten som mer fokuserar på de andra svarsalternativen som anges i enkäten, dvs ledning, schema, arbetstidsförkortning, dygnsvila, stress osv. Kanske svarsalternativen är lite lätt färgade av debatten?

Vilka egenskaper hos ledningen värderar du högst? Vänligen välj upp till tre faktorer.

- hög lön
- Att ledningen tydligt klargör vad som förväntas på arbetsplatsen, hur arbetet och samarbetet ska utföras.
- Tillit till medarbetare

Vilka av följande karriärfaktorer skulle få dig att överväga att stanna längre på din arbetsplats? Vänligen välj upp till tre faktorer.

- stanna längre än vad då? Kass fråga.
- Inlyssnande och kompetenta chefer
- Chef som tar ansvar för lika arbetsbelastning och schema
- Rimligare arbetsbörda
- Att kollegor som anställs har rätt kompetens
- Lägre veckoarbetstid. Samt möjlighet att själv få bestämma över schemaläggning, just nu påverkar EU direktivet schemat väldigt negativt.!
- Rimligare arbetsbelastning, mindre patientgrupper
- tydligare fördelning av arbetsuppgifter och en rimlig arbetsbörda
- Mindre arbetsbörda, bättre struktur
- Kommer att jobba en dag/v för att stötta den som tar över.

Vilka konsekvenser av dåligt fungerande digitala hjälpmedel påverkar dig mest i ditt arbete? Anta att patientsäkerheten fortfarande upprätthålls. Vänligen välj upp till två faktorer.

- Gör kärnarbetet mindre smidigt. Tar onödig tid från kärnverksamheten dvs jag står vid en dator istället för att vara hos en patient. Vården så att tiden vid datorer minimeras vilket gör att IT-krångel påverkar vården minimalt.
- Om de inte fungerar är det rast
- Allt
- Vill välja alla

Sveriges regering och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) antog 2016 en vision att Sverige ska vara världsledande inom digitalisering och e-Hälsa år 2025. I takt med detta sker en konstant utveckling och införande av nya digitala hjälpmedel inom vården. Vad är avgörande för dig för framgångsrika införanden av dessa hjälpmedel? Vänligen välj upp till tre faktorer.

- Ovanstående alternativ torde vara självklarheter. En förutsättning för framgång med ovanstående är dock följande. Att systemet utformas på plats i verksamheten. Att IT-utvecklare fysiskt befinner sig där patient möter vårdpersoanlen, där vårdarbetet bedrivs. Då ser och förstår IT-utvecklaren behoven i kontexten innan utvecklingen av

IT-systemet börjar. Det räcker ju inte att först utforma o sedan testa. Här ett medskick från mig som mångårig vårdutvecklare i avancerad klinisk sjukvård. Min erfarenhet är att tex ssk arbetar i många olika system där samtliga försvårar arbetet i någon mån. Det är ovanligt att IT-systemen gör arbetet kring patienten smidigare. Här en jämförelse med respiratorvård. Förr i tiden (för 20 år sedan o tidigare) var målet att patienten skulle anpassa sig till respiratorinställningarna, dvs i praktiken sövdes patienten ned för att palla med jobbig respirator som andades helt åt patienten. Nackdelen var att det ledde till längre respiratortid med negativ påverkan på lungor mm. Nu tänker man tvärtom. Man vill minimera respiratortid och skydda lungorna genom att anpassa respiratorinställningarna till patienten. Målet är att hen kan vara mer vaken och andas mer själv vilket gynnar lungorna o minimerar tiden med respirator. Alltså, IT-systemen bör anpassas efter den patientnära vården, och personalens arbetssituation, inte tvärtom vilket oftare är fallet. Här en avslutande iakttagelse ang implementering. Stressade verksamheter behöver smidiga digitala lösningar mest. Dessa enheter kan dock sällan delta i utformning av IT-systemen. Ofta kommer inte kliniskt aktiva tex sjuksköterskor loss från patientvården, utan IT-utvecklare möter uteslutande tex sjuksköterskor med särskilda funktioner som kan lösgöras ur verksamheten, tex verksamhetsutvecklare osv. Kännetecknande för dessa är att de är: IT-intresserade, IT-kunniga, motiverade osv, samt framför allt har tid att träffa IT-utvecklare. Detta är ju inte representativt för dem som ska använda systemen. Det blir en olycklig mismatch! Systemen måste utvecklas för hur verkligheten i sjukvården är, inte hur den borde vara. Dvs anpassa IT-systemen efter kontexten där användaren och patienten befinner sig. Användaren är ofta lite stressad och lite omotiverad att fördjupa sig i IT-system, men finner stor motivation och meningsfullhet i att göra ett bra jobb och överträffa patientens förväntningar på vården.

- Att det ersätter system så att vi inte ska bevaka tio olika plattformar.
- Att privata vårdgivare har samma förutsättningar som offentliga
- Att det gynnar patienterna

Vilken av följande faktorer inom området schemaläggning är viktigast för dig? Vänligen välj ett alternativ.

- Har eget schema, ensam Rehabkoordinator
- Jag tror att flexibelt schema är en avgörande konkurrensfördel! Behoven skiljer sig mycket mellan olika personer och hos samma person under livet, vilket torde göra stor flexibilitet möjlig. Epitetet "Personcentrerad" är på modet (jmf personcentrerad vård) men innebär i praktiken alltid "organisationscentrerad". Organisationen behöver personal, nöjd personal, men anpassas efter organisationen snarare än efter patienter och personal. Jag tror flexibiliteten är helt avgörande för den anställde. Ju mer regler organisationen inför, ju mindre flexibilitet för arbetstagaren. Dygnsvila innebär tex att sjuksköterskor inte kan lägga pass som de önskar. Dvs det leder till sänkt livskvalitet, inte höjd. Ett dagsaktuellt exempel. Dygnsvilan har gjort att sjuksköterskor går ned i arbetstid för att få ihop livspusslet.
- Spelar ingen roll för mig.
- Slippa lägga schemat själv
- Jag besämmer mitt schema själv
- Det viktigaste är att kunna få ledigt när man vill och att kunna få besked i tid.

Vilken av följande faktorer inom området arbetstid är viktigast för dig förutsatt att lagen om dygnsvilan efterlevs? Vänligen välj ett alternativ.

- Varför skall man få behålla sin lön om man arbetar mindre? Har aldrig fattat det? Skulle aldrig gå med på det om jag var arbetsgivare.
- Jobbar redan kortare tid än 35 timmar när man jobbar natt så meningslösa alternativ
- Bra betalt för arbetet
- Att jag styr min tid själv
- att hinna med mina arbetsuppgifter under arbetstid
- Poängtid, mindre populära pass är värda mer i tid trots samma verkiga arbetstid
- Slopa kravet på 11h dygnsvila, det har bara lett till sämre återhämtning. Det bör åtminstone vara frivilligt.
- Längre ledighet mellan passen. Jobbar redan 10 timmars pass
- Lägre arbetstid till åtminstone 30 timmar i veckan vid heltid.

(Kategoriserat som - Annat) Vilken av följande faktorer inom området arbetssätt är viktigast för dig? Vänligen välj ett alternativ.

- inget av ovanstående
- vet ej
- Otydlig fråga kan inte svara
- ?
- inget ovan
- vet ej
- ?
- Bra bemanning
- inget av ovanstående är relevant
- Jag tänker att digitaliseringen bara revolutionerar vissa delar av vården, tex vårdmöten via länk. Det klassiska vårdmötet på vårdavdelningar sker face to face och där ska digitaliseringen störa så lite som möjligt. Digitala inslag är nödvändiga, tex dokumentation, kommunikation region-kommun, inhämtande av lab-svar osv, men dessa delar ska vara perifera delar som är av vikt men stör patientarbetet minimalt. Jag har själv sett flera vårdavdelningar där sjuksköterskor rutinmässigt i början av arbetspasset sitter vid datorn 45 minuter och läser istället för att, tillsammans med undersköterska, gå den obligatoriska rundan för att träffa o bekanta sig med patienterna!
- Egen planering
- går inte att separera svaren, digitala verktyg för videobesök och adminarbete
- Inga
- Vet ej

(Kategoriserat som - Ej applicerbart) Vilken av följande faktorer inom området arbetssätt är viktigast för dig? Vänligen välj ett alternativ.

- Inte applicerbart på min avdelning
- Arbetar inte med administration
- Inga nämnda finns som nattjobbare inom akutsjukvård så meningslös fråga.
- Bestämmer själv, är egenföretagare
- Inget av alternativen passar in i mitt nuvarande arbete.

-
- Inte tillämpligt som anestesijüksköterska på min arbetsplats
 - Ej applicerbart i intensivvården. Patientens behov styr och jag som sjuksköterska fördelar själv. Ingen bör gå in och detaljstyra vårt arbete.
 - Jag är ensam sköterska så jag gör alla arbetsuppgifter

Vilken av följande faktorer inom området ersättning utöver lön är viktigast för dig? Vänligen välj ett alternativ.

- Inget tillämpligt för läkare. Vi har ändå ett beting att utföra.
- bonus
- En tom
- Fortbildning
- Tar redan ut full pension utöver full lön
- Mer semester
- Ökat antal semesterdagar.
- Jag vill bara ha rimliga arbetstider med en rimlig arbetsbörda, allt utanför det spelar nästan ingen roll
- hög ersättning vid extrapass och beredskap. Dock viktigare med en vettig grundlön
- Friskvårdsbidrag
- Friskvårdsbidrag

Enligt Socialstyrelsen lämnade en femtedel av de sjuksköterskor som tog examen under 2019 regionen för jobb inom privat eller kommunal sektor inom tre år. Vad tror du förflyttningen beror på? Vänligen välj upp till tre faktorer.

- , de vill bara tvinga folk att arbeta för dem, inte tacka dem som faktiskt gör det.
- Arbetssätten. I min verksamhet i privat vård är hela verksamheten utformad för det arbetet som ska utföras. Exempelvis behöver operationer aldrig ställas in pga brister i organisationen. I offentlig vård ställde vi in operationer på daglig basis pga dålig organisering. Det upplevs väldigt otillfredsställande. En arbetsplats där medarbetarna går hem missnöjda med utfört arbete är illa ute, det finns gott om dessa exempel. Om man vänder på det så jobbar medarbetare extra o utvecklar verksamheten ytterligare på arbetsplatser där man går hem nöjd från arbetet. Visst är det intressant att det saknas ett svarsalternativ som speglar medarbetarens nöjdhet med utfört arbete? Man sökte sig till sjukvården för att göra ett bra jobb. Efter några år inser man att optimala förutsättningar för det saknas och då räcker inte lön, schema, ledning och trevliga arbetskollegor för att kompensera. Då byter man jobb - till bättre lön, arbetstid eller i bästa fall även till bättre utförd vård.
- Att veta att man får gå hem när arbetspasset är slut och ej bli störd av telefon/sms från jobbet ang. att ta extrapass.
- Bättre ledning. Arbetsgivaren respekterar arbetstagaren något som inte sker i offentlig sektor.
- för lite påverkan i offentlig sektor
- Snarare mer administrativa arbetsuppgifter och hög arbetsbelastning ni har formulerat alternativen tvärtom mot hur ni frågar.."
- för lite påverkan i offentlig sektor
- Skulle nog vara alla alternativ kryssade här
- Färre dumma chefer som styrs av ännu dummare chefer

- Jag bestämmer mitt schema själv och hur mycket jag vill jobba.
- Brist på uppskattning från regionen
- Uppskattning
- En dag per vecka med andra arbetsuppgifter tex inom operation: 20 procent mottagningsarbete alt förrådsbeställning alt telefonrådgivning ger stimulans och stannar i yrket. Avlastar även kroppen fysiskt då operation är krävande specialiter
- Slippa jobba varannan helg!
- Svag generation
- Flexibilitet i arbetstid

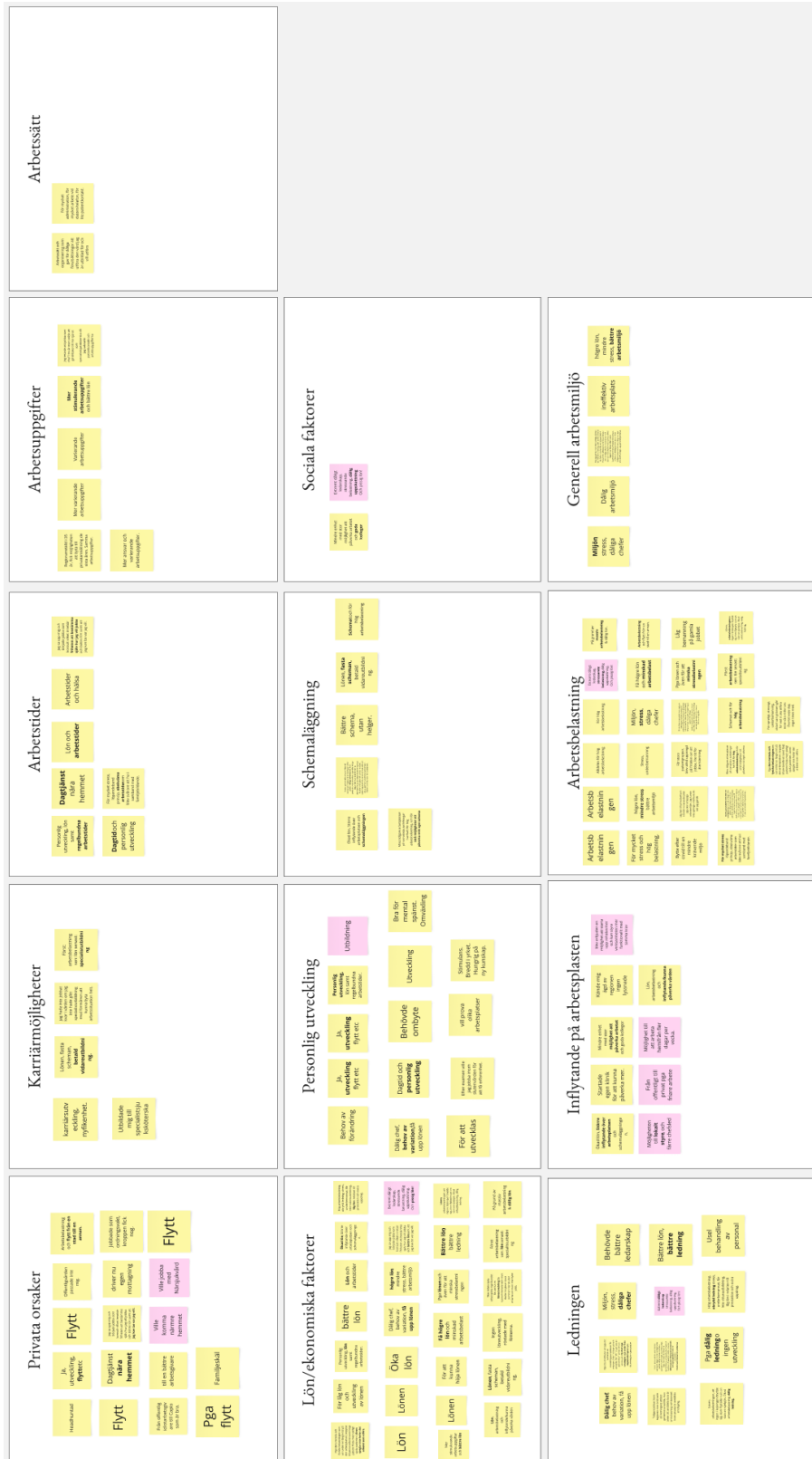
Appendix E

Tematisk analys

E.1 Fritextfrågan

Tematisk analys av fritextfrågan gjord i Miro, se figur E.1.

Analys av all data; 99 personer svarade och gav 137 olika svar. Rosa betyder "Övriga yrken", alltså utanför läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Syftet med E.1 är att ge en överblick över de koder som togs fram, inte individuella svar.



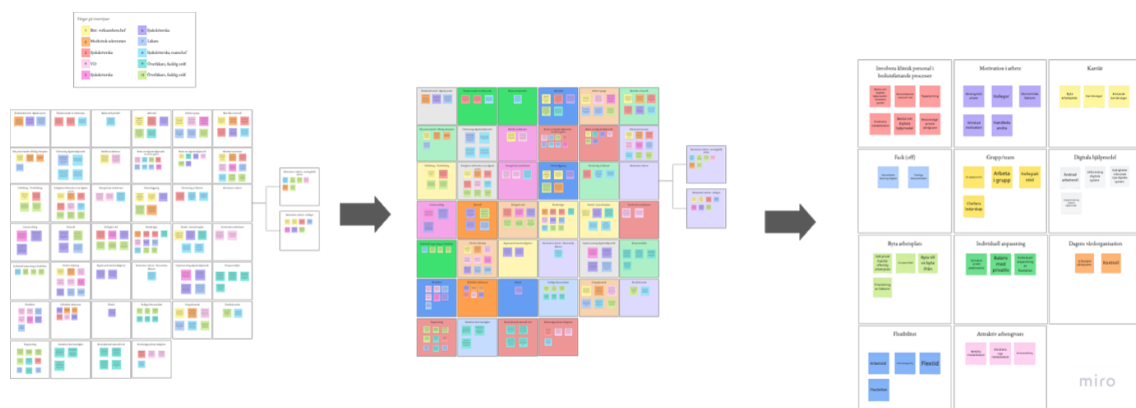
Figur E.1: Tematisk analys av fritextfrågor gjord i Miro.

E.2 Intervjuer

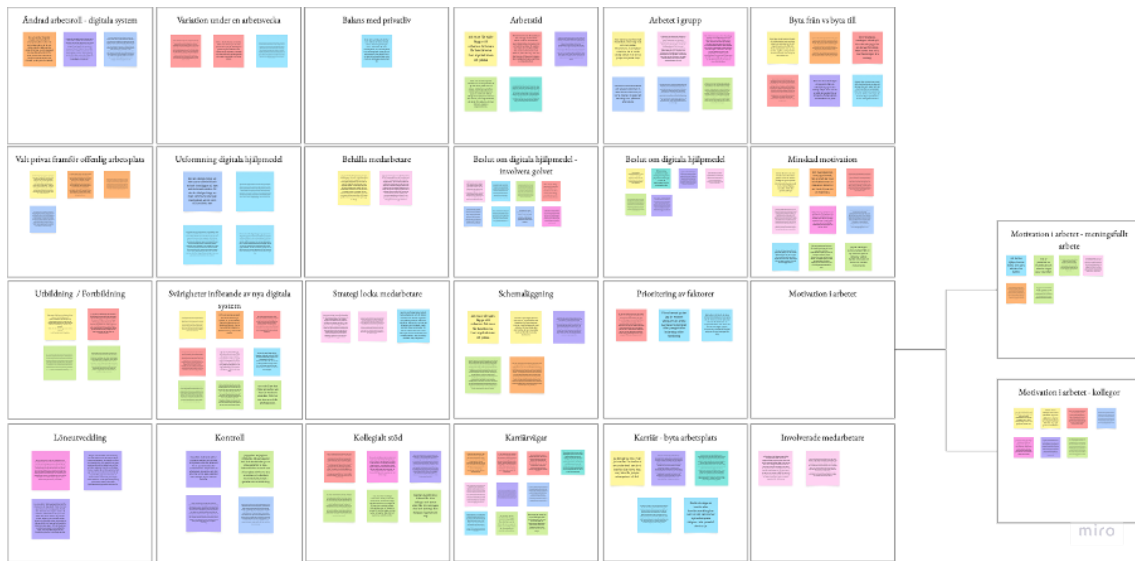
Nedan visas en översikt av den tematiska analysen som gjordes i Miro på de 10 intervjuer som hölls. Figur E.2 visar färgkodningen för de olika intervjupersonerna. En översikt av hela förloppet visas i figur E.3. Samtliga koder finns i figurerna E.4, E.5, E.6 och E.7. I de två sistnämnda är koderna färgkodade utifrån vilket tema de kom att tillhöra. Samtliga teman ses sedan i figur E.8.



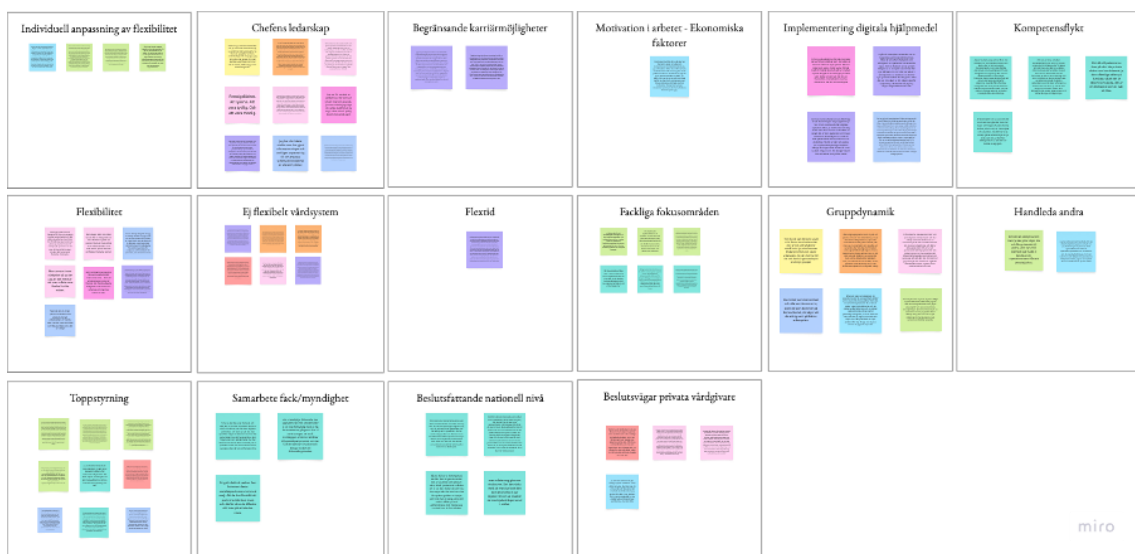
Figur E.2: Färger för de olika personerna.



Figur E.3: Översikt över hela analysen



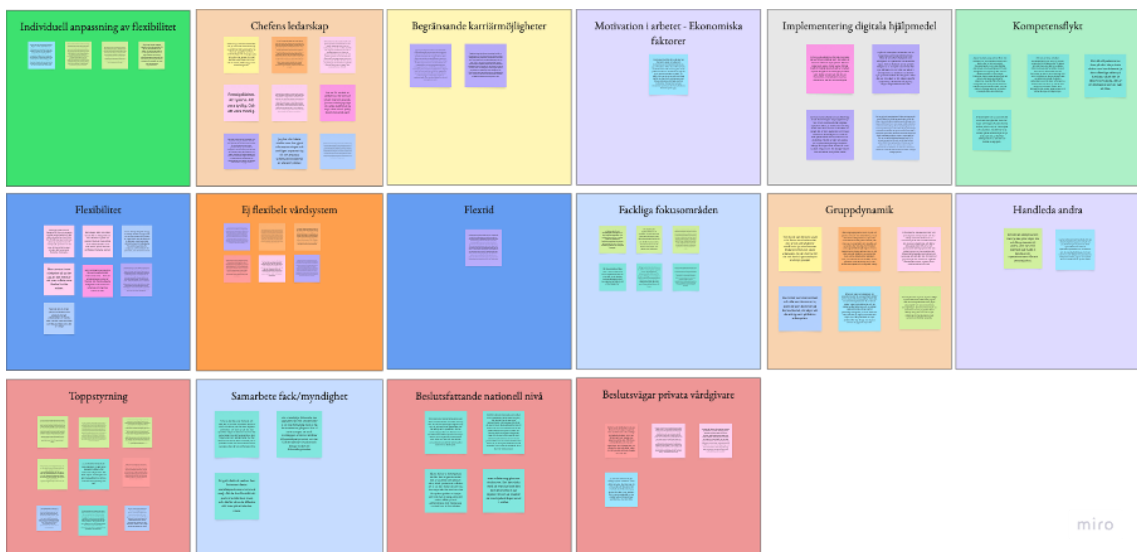
Figur E.4: Översikt över koder, del 1



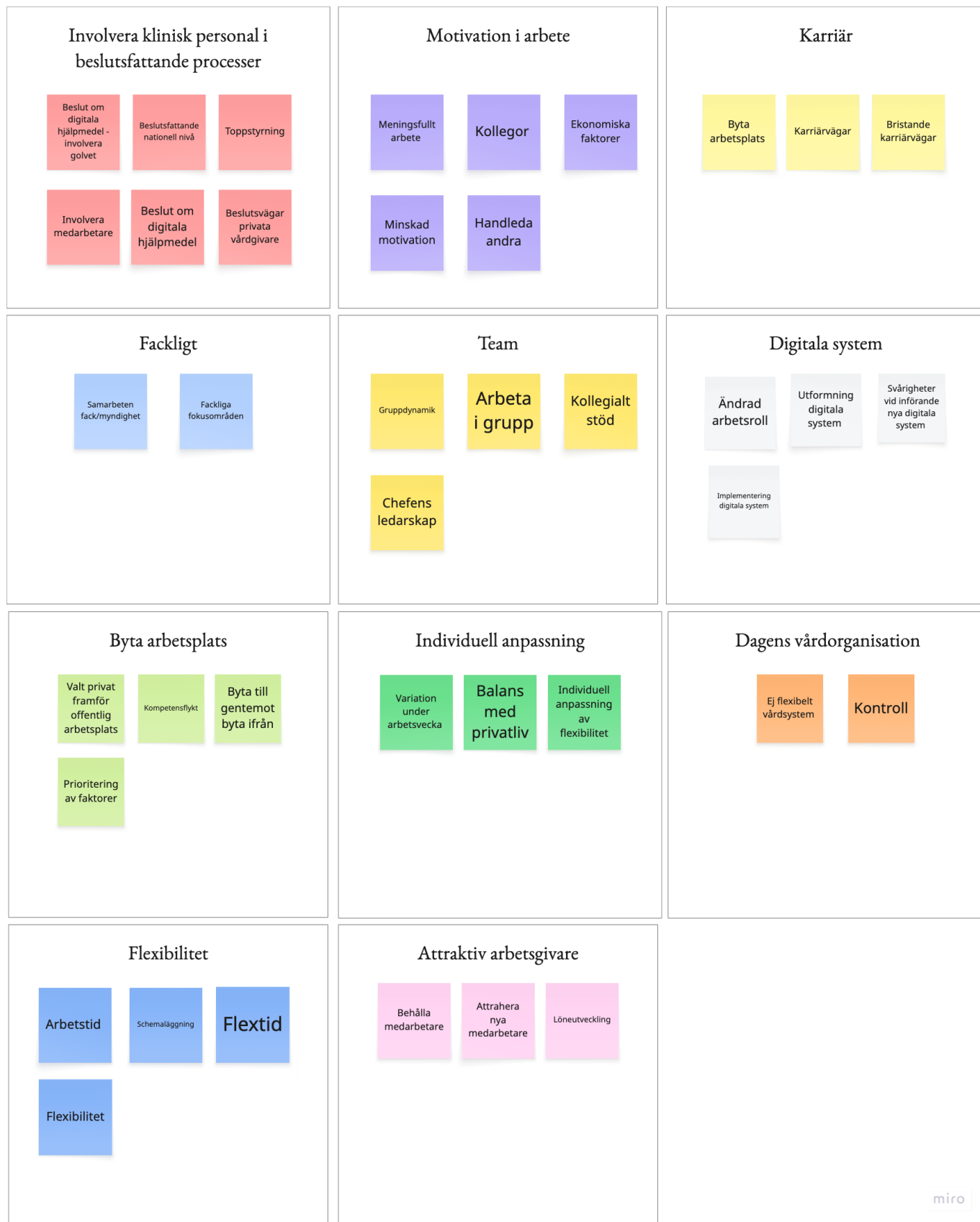
Figur E.5: Översikt över koder, del 2



Figur E.6: Färgkodade koder enligt teman, del 1



Figur E.7: Färgkodade koder enligt teman, del 2



Figur E.8: Teman

Appendix F

Utökade demografiska faktorer

Region	Antal svarande
Västra Götalandsregionen	42
Stockholm	29
Skåne	19
Östergötland	12
Halland	6
Jönköpings län	6
Jämtland Härjedalen	5
Kronoberg	5
Västernorrland	5
Gävleborg	4
Uppsala	4
Norrbottn	3
Värmland	3
Västerbotten	3
Dalarna	2
Kalmar län	2
Sörmland	2
Blekinge	1
Gotland	1
Örebro län	1
Västmanland	1

Tabell F.1: Samtliga svarande uppdelat i regioner.

Appendix G

Fullständig regionanalys genom dokumentstudie

I nedanstående grafer presenteras den fullständiga dokumentstudien. I figur G.1 och figur G.2 presenteras siffror från årsrapporter. I figur G.3 och G.4 visas samma analys men för mål- och budgetdokumenten för regionerna. I figur G.5 visas översikten av strategierna som hittades.

Regioner	Flexibilitet	Frekvens	Flexibilitet inom hälso- och sjukvård	Frekvens 2	Kompetensförsörjning	Frekvens 10	Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård	Uvilken grad?	Frekvens 3	Schemaläggning	Frekvens	Arbetstid
Region Blekinge	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	22	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	3	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Dalarna	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	9	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Gotland	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	16	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Gävleborg	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	10	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Halland	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	13	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	3	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Region Jämtland Härjedalen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	26	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Region Jönköpings län	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	4	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Region Kalmar län	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	18	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Region Kronoberg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	8	<input checked="" type="checkbox"/>	Nåms		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Region Norrbotten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	20	<input checked="" type="checkbox"/>	Nåms		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Region Skåne	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	29	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	8	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Stockholm	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	7	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Södermanland	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	11	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	5	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Östergötland	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	19	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	4	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Västernorrland	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	10	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	4	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Västmanland	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input checked="" type="checkbox"/>	Nåms		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Region Örebro län	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	23	<input checked="" type="checkbox"/>	Nåms	2	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Östergötland	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	28	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	4	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
Västra Götalandsregionen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	20	<input checked="" type="checkbox"/>	Utlöst	3	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
Summa	2	1		21	21	166		17	14		11	9
				Nåms		5			3			
				Tonn		0			4			

Figur G.1: Fullständig dokumentstudie av årsrapporter, del 1

Frekvens 4	Arbetsätt	Frekvens 5	Ersättning utanför övn	Ersättning utanför övn = Friskvård	Frekvens 6	Ersättning inom hälso- och sjukvård	Frekvens 7	Digitala verktyg	Frekvens 8	Digitalisering	Frekvens 9	Digitalisering inom hälso- och sjukvård	Frekvens 11
10	<input checked="" type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	6	<input checked="" type="checkbox"/>	1
6	<input checked="" type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	4	<input checked="" type="checkbox"/>	4
	<input checked="" type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	10	<input checked="" type="checkbox"/>	5
	<input checked="" type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	5	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	<input checked="" type="checkbox"/>	2
	<input checked="" type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3	<input checked="" type="checkbox"/>	4	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	10	<input checked="" type="checkbox"/>	9
	<input checked="" type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	9	<input checked="" type="checkbox"/>	9
2	<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1
8	<input checked="" type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	16	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input checked="" type="checkbox"/>	5
1	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	8	<input checked="" type="checkbox"/>	8
1	<input checked="" type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	18	<input checked="" type="checkbox"/>	3
5	<input checked="" type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	10	<input checked="" type="checkbox"/>	8
3	<input checked="" type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	7	<input checked="" type="checkbox"/>	1
3	<input checked="" type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	9	<input checked="" type="checkbox"/>	1
3	<input checked="" type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	11	<input checked="" type="checkbox"/>	1
8	<input checked="" type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	5	<input checked="" type="checkbox"/>	3
4	<input checked="" type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	22	<input checked="" type="checkbox"/>	1
	<input checked="" type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	8	<input checked="" type="checkbox"/>	3
		21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	23	<input checked="" type="checkbox"/>	14
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	19	<input checked="" type="checkbox"/>	16
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	7	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	19	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	16	<input checked="" type="checkbox"/>	

Figur G.2: Fullständig dokumentstudie av årsrapporter, del 2

Regioner	Vad heter dokumentet?	Flexibilitet	Frekvens	Flexibilitet inom hälso- och sjukvård	Frekvens 2	Kompetensförstärkning	vilken grad?	Kompetensförstärkning inom hälso- och sjukvård	vilken grad?	Frekvens (blir ju upprepad flera)	Schemalagning
Region Blekinge	Budget 2024 med planer 2025-2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	5	<input type="checkbox"/>
Region Dalarna	Regionplan och budget 2024-2026 med handlingsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	<input type="checkbox"/>	Nämns	3	<input type="checkbox"/>
Region Gästland	Mål och budget 2024-2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	<input type="checkbox"/>	Nämns	5	<input type="checkbox"/>
Region Gäleborg	Budget 2024 & plan 2025-2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input type="checkbox"/>	Urförigt	7	<input type="checkbox"/>
Region Halland	Mål och budget 2024 med ekonomisk plan 2025-2028	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	3	<input type="checkbox"/>
Region Jämtland Härjedalen	Regionplan och budget 2024-2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	5	<input type="checkbox"/>
Region Jönköpings län	Budget med verksamhetsplan 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	12	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Kalmar län	Verksamhetsplan 2024-2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	7	<input type="checkbox"/>
Region Kronoberg	Budget 2024 med verksamhetsplan 2025-2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	10	<input type="checkbox"/>
Region Norrbotten	Strategisk Plan 2024-2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	14	<input type="checkbox"/>
Region Skåne	Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024 med planer 2025-2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	35	<input type="checkbox"/>
Region Stockholm	Budget 2025 för Region Stockholm i Kluster två	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	17	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Skåne	Mål och budget 2024-2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	18	<input type="checkbox"/>
Region Uppsala	Regionplan och budget 2024-2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	13	<input type="checkbox"/>
Region Värmland	Regionplan och budget 2024 med flerårsplan 2024-2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	3	<input type="checkbox"/>
Region Västmanland	Regionplan 2024-2027	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	13	<input type="checkbox"/>
Region Västernorrland	Regionplan 2024-2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	18	<input type="checkbox"/>
Region Västerbotten	Regionplan och budget 2024-2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	<input type="checkbox"/>	Nämns	12	<input type="checkbox"/>
Region Örebro län	Verksamhetsplan med budget 2024	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	21	<input type="checkbox"/>
Region Östergötland	Treårsbudget 2024-2026 med förskottslägen 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	13	<input type="checkbox"/>
Region Östergötland	Budget 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	16	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Östergötland	Budget 2024 samt plan för ekonomi 2025-2026	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nämns	<input checked="" type="checkbox"/>	Urförigt	16	<input checked="" type="checkbox"/>
Summa		2	1	1	21	17	8	17	8	16	4

Figur G.3: Fullständig dokumentstudie av mål- och budgetdokument, del 1

Kolumn 3	Arbetsst	Arbetsstätt	Frekvens 5	Ersättning utanför lön/bonus	Friskvård, Ersättning utanför lön	Frekvens 6	Ersättning, hita och sjukvård	Frekvens 7	Digitala verktyg	Frekvens 8	Digitalisering	Frekvens 9	Digitalisering inom hita- och sjukvård	Frekvens 10
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	5	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	4	<input checked="" type="checkbox"/>	2
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	50				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input checked="" type="checkbox"/>	2
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	18				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	11	<input checked="" type="checkbox"/>	7
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2				<input checked="" type="checkbox"/>	3	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	16	<input checked="" type="checkbox"/>	4
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	8				<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	4	<input checked="" type="checkbox"/>	3
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20				<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	9	<input checked="" type="checkbox"/>	4
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	10				<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	8	<input checked="" type="checkbox"/>	2
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4				<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	4	<input checked="" type="checkbox"/>	2
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13				<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	32	<input checked="" type="checkbox"/>	8
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	5	<input checked="" type="checkbox"/>	1
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	8				<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	10	<input checked="" type="checkbox"/>	3
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	19				<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	10	<input checked="" type="checkbox"/>	1
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	17				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15				<input checked="" type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	13	<input checked="" type="checkbox"/>	4
	6	17	0	5	0	5	4	5	5	20	16			

Figur G.4: Fullständig dokumentstudie av mål- och budgetdokument, del 2

Region	Strategi för kompetensförsörjning region XXX	Kommentar för kompetensförsörjning	Digitaliseringsstrategi Region XXX	Kommentar för digitalisering
Region Blekinge	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompetensförsörjning Handlingsplan för Blekinge	<input checked="" type="checkbox"/>	Digitala Blekinge
Region Dalarna	<input type="checkbox"/>	Finns ett avsnitt i Dalastrategin 2030 som är en övergripande handlingsplan	<input type="checkbox"/>	Står att det ska finnas 24-28 men hittar inte
Region Gotland	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompetensförsörjningsstrategi 2024-2027	<input type="checkbox"/>	Endast fram till 2022 på hemsidan, och endast för socialförvaltningen
Region Gävleborg	<input type="checkbox"/>	Hänvisar till regional utvecklingsplan	<input checked="" type="checkbox"/>	Strategi för digital omställning i Region Gävleborg 2024-2027
Region Halland	<input checked="" type="checkbox"/>	Hallands strategi för hållbar tillväxt + Kompetensförsörjning (övergripande sjukhusstrategi, samma som digitalisering men olika avsnitt)	<input checked="" type="checkbox"/>	Policy för digital transformation + Digitalisering (mer om hälsa och sjukvård)
Region Jämtland Härjedalen	<input type="checkbox"/>	Hänvisar till regional utvecklingsstrategi men finns plan för regional kompetensförsörjning från 2021-2023	<input type="checkbox"/>	Endast hemsida men finns länkar till många projekt - https://www.regionn.se/regiona-utveckling/regionalt-utvecklings-ansvar/digitalisering-4-6212840-b18847fcc749377.html
Region Jönköpings län	<input checked="" type="checkbox"/>	PLAN FÖR REGIONAL KOMPETENSFÖRSÖRJNING 2024 - 2028	<input checked="" type="checkbox"/>	Digitaliseringsstrategi för Jönköpings län
Region Kalmar län	<input checked="" type="checkbox"/>	Handlingsprogram för kompetensförsörjning 2024-2027. Kalmar län (men står på regionens hemsida)	<input type="checkbox"/>	Endast digital agenda 2021-2022
Region Kronoberg	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompetensförsörjningsstrategi för Kronobergs län 2016 - 2025. Står även i handlingsplan	<input type="checkbox"/>	Digitalsk hälsa- och sjukvård - handlingsplan 2023-2025. https://www.regionkronoberg.se/contentassets/1287619d933748e1aa796bb075b31e4d/ha-ndlingsplan-digitalisk-va-rd-2022.pdf De andra är ju inte bara inom hälsa och sjukvård utan mer generella.
Region Norrbotten	<input checked="" type="checkbox"/>	Strategi för kompetensförsörjning och lönebildning 2025-2027	Endast inom hälso- och sjukvård	Digitaliseringsstrategi för framtidens hälsa och vård OBS ENSAST SJUKVÅRD, ok?
Region Skåne	<input checked="" type="checkbox"/>	Regional strategi för långsiktigt hållbar kompetensförsörjning i Skåne 2016-2025	<input type="checkbox"/>	Bredband och digitalisering ? Endast hemsida
Region Stockholm	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompetensförsörjningsstrategi från 2024, gäller tills vidare :D	Endast inom hälso- och sjukvård	Verksamhetsutveckling och digitalisering (Hälsa- och sjukvård 2040)
Region Sörmland	<input checked="" type="checkbox"/>	Målsättningar för kompetensförsörjning. Publicerad 2022 u	<input checked="" type="checkbox"/>	Digitaliseringsstrategi 2023-2026
Region Uppsala	<input type="checkbox"/>	Hänvisar till Regional utvecklingsstrategi och Agenda 2030-strategi för Uppsala län	<input checked="" type="checkbox"/>	Strategi för digitalisering (skriven 2022) + Strategi för digital infrastruktur i Uppsala län 2022-2030
Region Värmland	<input type="checkbox"/>	Hänvisar TYDLIGT till Värmlandsstrategin 2040 insatsområde (1 av 4) - Höja kompetensen	<input checked="" type="checkbox"/>	Regional handlingsplan för digital infrastruktur till 2030 (wtf de hade pdf??)
Region Västerbotten	<input checked="" type="checkbox"/>	kompetensförsörjningsstrategi för region Västerbotten 2023-2030	<input checked="" type="checkbox"/>	Digitaliseringsstrategi 2025 + regional digitaliseringsstrategi i Västerbotten 2022-2030
Region Västernorrland	<input checked="" type="checkbox"/>	STRATEGISK KOMPETENSFÖRSÖRJNING OCH SMART SPECIALISERING från 2022	<input checked="" type="checkbox"/>	Region Västernorrlands digitaliseringsstrategi 2025-2027. Ej pdf men godkänd tkr jag.
Region Västmanland	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompetensplan Västmanland 2030 För en hållbar och inkluderande kompetensförsörjning Finns låsta för ssk och vårdpersonal i deras portal också	<input type="checkbox"/>	Regional digital agenda En strategi för (ej år men ser ny ut) + Digitaliseringsstrategi (2018-2020)
Region Örebro län	<input type="checkbox"/>	Regional handlingsplan för kompetensförsörjning 2020-2024. Skriver mycket om det på hemsidan men just denna har gått ut som är publicerad	<input checked="" type="checkbox"/>	Digitaliseringsstrategi 2021-2026
Region Östergötland	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompetensförsörjningsstrategi Östergötland 2040	<input type="checkbox"/>	Har ej specifikt utan hänvisar till utvecklingsrapport
Västra Götalandsregionen	<input checked="" type="checkbox"/>	Riktlinje för kompetensutveckling och lärande i VGR. Från 2021	<input type="checkbox"/>	Endast hemsida med digitalisering och bredband
Summa		15		10

Figur G.5: Fullständig dokumentstudie av strategier