

Helena Samuelsson och Maria Flink

Unga möter vården

– upplevelser och förhållningssätt hos unga anställda i sjukvården

ARBETSLIV I OMVANDLING | 2007:7

ISBN 978-91-7045-831-6 | ISSN 1404-8426



Arbetslivsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum för arbetslivsfrågor. På uppdrag av regeringen bedriver institutet forskning, utveckling och kunskapsförmedling. I dialog med arbetslivets aktörer verkar vi för ett arbetsliv med goda villkor, utvecklingsmöjligheter och en hälsosam arbetsmiljö för både kvinnor och män. Institutet har omkring 400 anställda och finns på flera orter i landet. Besök gärna www.arbetslivsinstitutet.se för mer information.

Arbetsliv i omvandling är en av Arbetslivsinstitutets vetenskapliga skriftserier. I serien publiceras avhandlingar, antologier och originalartiklar. Främst välkomnas bidrag avseende vad som i vid mening kan betraktas som arbetsorganisation och arbetsmarknad. De kan utgå från forskning om utvecklingen av arbetslivets organisationer och institutioner, men även behandla olika gruppers eller individers situation i arbetslivet. En mängd ämnesområden och olika perspektiv är således tänkbara.

Författarna till bidragen finns i första hand bland forskare från de samhälls- och beteendevetenskapliga samt humanistiska ämnesområdena, men även bland andra forskare som är engagerade i utvecklingsstödande forskning. Skrifterna vänder sig både till forskare och till andra som är intresserade av att fördjupa sin förståelse av arbetslivsfrågor.

Manuskripten lämnas till redaktören som ombesörjer att ett traditionellt ”refereeförfarande” genomförs. I huvudsak publiceras bidrag från forskare med anknytning till Arbetslivsinstitutet.

ARBETSLIV I OMVANDLING

Redaktör: Eskil Ekstedt
Redaktion: Jonas Malmberg, Anders Neergaard,
Lena Pettersson, Ann-Mari Sätre Åhlander
och Annette Thörnquist

© Arbetslivsinstitutet & författare, 2007
Arbetslivsinstitutet,
113 91 Stockholm

ISBN 978-91-7045-831-6
ISSN 1404-8426
Tryckt hos Elanders Gotab, Stockholm

Förord

Vid Arbetslivsinstitutet i Malmö bedrivs forsknings- och utvecklingsarbete på temat ”Organisation och hälsa i tjänstearbete”. Av särskilt intresse är arbetsförutsättningar och arbetsmiljö för dem som arbetar inom den så kallade välfärdstjänstesektorn i vårt land. Inom ramen för ett avtal mellan Region Skåne och Arbetslivsinstitutet i Malmö bedrevs under ett par år ett utvecklingsarbete avseende ”Vårdens attraktionskraft – framtidens medarbetare”. Region Skåne står inför en omfattande förnyelse av sin personal till följd av de kommande stora personalavgångarna från vården. Det är då av särskilt intresse att fokusera på hur medarbetare ur den unga generationen uppfattar sitt arbete och sina arbetsförutsättningar. De skall bära vården vidare in i framtiden.

Föreliggande rapport är ett led i detta arbete. Rapporten är författad av Helena Samuelsson och Maria Flink, som under arbetet kombinerat sina anställningar i Region Skåne med tjänstgöring vid Arbetslivsinstitutet i Malmö. Författarna har vänt sig till unga medarbetare vid tre sjukhus i Skåne för att fånga deras uppfattning om sitt arbete i vården. Studien är en intervjuundersökning och inbegriper såväl läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, läkarsekreterare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster som kuratorer. Den ger en spännande inblick i de unga medarbetarnas både positiva och negativa upplevelser av vården. Den erbjuder också många tillfällen till reflektion om arbetsförutsättningar och arbetsmiljö för en för framtiden betydelsefull generation vårdanställda.

Jag vill i första hand tacka alla dem som så välvilligt ställt sig till förfogande för intervjuerna. Deras medverkan har varit värdefull och givande. Jag vill också passa på att tacka forskare och medarbetare på Arbetslivsinstitutet i Malmö som engagerat sig i arbetet: Linda Lill, Eva Månsson, Tony Huzzard, Vesa Leppänen och Lars Havewald. Ett särskilt tack i detta sammanhang till Björn Johnson, filosofie doktor i statsvetenskap vid institutet, som har fungerat som handledare för författarna. Ett tack ska också riktas till de representanter från vården som under arbetet bidragit med kloka tankar och reflektioner. Det är i deras praktiska vardag forskningsresultat ska komma till användning. Jag hoppas därför att rapporten kommer att ge verksamma inom hälso- och sjukvården ökad kunskap och förståelse för komplexa samband mellan individ, organisation och samhälle, och på så sätt bidra till att skapa bättre förutsättningar att kunna förhålla sig till framtida utmaningar.

Malmö i mars 2007

Harry Petersson
Biträdande enhetschef, docent

Innehållsförteckning

Förord

1	Introduktion	1
	Varför studera de unga i vården?	1
	Syfte och frågeställningar	2
	Disposition	3
2	Teoretiska utgångspunkter	4
	Arbetsvärderingar	4
	Obalans mellan arbetsinsats och belöning	7
	Copingteori	8
3	Tidigare forskning inom området	10
	Ungas arbetsvärderingar mellan studier och arbetsliv	10
	Undersökningar av unga anställda i vården	11
	Exit-studier i vården	13
4	Metod	15
	Val av metod	15
	Urvalet	15
	Genomförande av fokusgrupper	16
	Analys och tolkning av utsagor	18
5	Resultat	21
	Varför de unga sökt sig till vården	21
	Positiva upplevelser och erfarenheter	23
	Negativa upplevelser och erfarenheter	25
	Hantering av negativa upplevelser och erfarenheter	31
6	Diskussion	37
	Upplevd obalans mellan arbetsinsats och belöning	37
	Olika hanteringsstrategier och förhållningssätt	39
	Möjliga konsekvenser för organisationen	42
	Koppling till tidigare forskningsresultat	46
	Studiens begränsningar	48
	Förslag till fortsatta studier	49
7	Praktisk tillämpning	50
	Förändra anställningspolicy	50
	Förbättra introduktion och stöd till nyanställda	50
	Minska obalans mellan arbetsinsats och belöning	51
	Uppmuntra aktiva hanteringsstrategier	52

Stärk lojaliteten till organisationen	52
Strategiska områden för kompetensförsörjningen	53
Sammanfattning	55
Referenser	57
Bilaga 1	61

1 Introduktion

Varför studera de unga i vården?

Under de närmaste åren står hälso- och sjukvården inför stora utmaningar. En ökning av andelen äldre beräknas leda till ett ökat vård- och omsorgsbehov. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL 2005a) bedömer att volymen på sjukvården kommer att öka med 22 procent fram till 2030. Bristen på utbildad vårdpersonal kommer som en följd av detta att öka. Statistiska centralbyrån (2002) har i prognoser varnat för en allt större brist på arbetskraft inom hälso- och sjukvårdsområdet mot bakgrund av kommande pensionsavgångar. Bristen på personal spås bli mer akut för den gymnasiala omvårdnadskompetensen, men på längre sikt beräknas även stora brister på personal med eftergymnasial vårdutbildning, framför allt sjuksköterskor och läkare. För att klara den långsiktiga personalförsörjningen måste hälso- och sjukvården lyckas med att rekrytera och behålla nya medarbetare, och samtidigt få de äldre medarbetarna att arbeta längre än de gör idag.

Som en av Sveriges största arbetsgivare inom hälso- och sjukvården har Region Skåne, i samarbete med Arbetslivsinstitutet i Malmö, initierat forskningsprojektet ”Vårdens attraktionskraft”. Syftet med forskningsprojektet är att få ett fördjupat kunskapsunderlag om vårdens förutsättningar att rekrytera och behålla unga människor. Tidigare samarbeten har genererat studier som belyst äldres möjligheter att arbeta kvar i vården, inom projektet ”Förlängt arbetsliv” (Nilsson 2005). Att fokus istället förflyttats till de unga har skett mot bakgrund av att den unga, nya generationen förväntas ha andra värderingar och därmed andra prioriteringar och förväntningar på yrkeslivet än de äldre. Att studera den unga generationens värderingar är ett sätt för organisationer, företag och beslutsfattare att skapa sig en bild av vilka värderingar som väntas få större genomslag i framtiden.

Ungdomsbarometerns årliga attitydundersökningar av ungdomar mellan 15 och 25 år visar en negativ trend för intresset av att arbeta inom vård och omsorg (SKL 2005b). Det mest eftertraktade yrket inom vården, psykolog, hamnar först på elfte plats i rangordningen. Endast sex procent anger undersköterska som tänkbart yrke. Antalet sökande till omvårdnadsprogrammet har också minskat kraftigt de senaste tio åren (SKL 2005a). I Ungdomsstyrelsens senaste attityd- och värderingsundersökning av ungdomar mellan 16 och 29 år kunde åtta procent av de unga männen och 25 procent av de unga kvinnorna absolut tänka sig att jobba i vård- och omsorgssektorn (Ungdomsstyrelsen 2003). Av studien framgår också att landstinget som arbetsgivare kommer längst ner i rankingen, efter privata företag, kommuner, föreningar och staten. Drygt 40 procent av 16–29-åringarna kan tänka sig att jobba för landstinget, men bara 20 procent kan absolut tänka sig detta.

I en framtid som präglas av ökad konkurrens om arbetskraften gäller det att vara attraktivare än alternativa arbetsgivare. Fördjupad kunskap om ungas attityder och förhållningssätt till att arbeta i vården blir därmed ett viktigt underlag för utformandet av strategier för att locka till sig, behålla och utveckla kompetens som kan möta medborgarnas framtida krav och behov.

Syfte och frågeställningar

Vi har i föreliggande studie valt att belysa hälso- och sjukvårdens förutsättningar för att behålla de unga människor som redan sökt sig dit. Studien fokuserar således inte på hur hälso- och sjukvården ska kunna attrahera dem som idag står utanför vården, utan på hur vården ska kunna behålla dem som redan är en del av organisationen. Indirekt förväntas redan anställda påverka organisationens attraktivitet, genom att de själva förmedlar sina upplevelser och erfarenheter till vänner och bekanta. Avsikten med att studera unga som redan valt arbete är att kunna fånga attityder och förhållningssätt som baserar sig på deras egna arbetserfarenheter av hälso- och sjukvården, det vill säga inte främst utifrån andras återberättade erfarenheter eller ifrån allmänna bilder som förmedlats via föräldrar, skolan eller medier.

Föreliggande studie är av explorativ karaktär, då aktuella studier om hälso- och sjukvårdens förutsättningar att behålla just unga medarbetare saknades. På grund av undersökningens karaktär förväntas den primärt inte ge generaliserbar kunskap utan främst bidra till att identifiera nya frågeställningar och områden för fortsatta studier. Undersökningens syfte är att få kunskap om vårdens förutsättningar att behålla unga medarbetare, genom att i bred bemärkelse belysa hur unga ser på sitt arbete. De huvudsakliga frågeställningarna för studien handlar om:

- Vad fick de unga att söka sig till vården?
- Vad har de för positiva upplevelser och erfarenheter av sitt arbete i vården?
- Vad har de för negativa upplevelser och erfarenheter av sitt arbete i vården?
- Hur hanterar de sina negativa upplevelser och erfarenheter?

Utifrån syfte och angreppssätt är det som lyfts fram i rapporten främst det som förenar unga, i form av gemensamma upplevelser, erfarenheter och förhållningssätt. Uppenbara skillnader mellan yrkesgrupper redovisas därför endast i de fall det bedöms relevant. Med detta vill vi inte förringa att andra faktorer utöver ålder, som yrke, socioekonomisk bakgrund, etnicitet och kön, har betydelse för gjorda erfarenheter. Så även om unga per definition inte är en homogen grupp är syftet för föreliggande studie att just belysa tillhörigheten i en specifik åldersgrupp: *Hur är det att vara ung och arbeta i hälso- och sjukvården? Vilka hante-*

ringsstrategier och förhållningssätt har de unga till sitt arbete och i relation till organisationen?

Disposition

I kapitel 1 har studiens syfte och frågeställningar samt motiven bakom ingångarna i studien tydliggjorts. Kapitel 2 presenterar de teoretiska utgångspunkterna för studien i syfte att få en djupare förståelse för studiens huvudsakliga syfte och frågeställningar. Kapitel 3 kompletterar teorin med tidigare forskning som gjorts på området. Studiens metod och genomförande beskrivs i kapitel 4. I kapitel 5 presenteras resultatet av studien och i kapitel 6 analyseras och diskuteras resultaten. Ett avslutande kapitel 7 vänder sig till praktiker och lyfter fram förbättringsområden för hälso- och sjukvården utifrån studiens huvudsakliga bidrag.

2 Teoretiska utgångspunkter

I detta kapitlet presenteras de teoretiska utgångspunkterna i syfte att få en djupare förståelse för studiens huvudsakliga syfte och frågeställningar. Då en av frågeställningarna handlar om varför de unga sökt sig till vården bedömdes teori om vad som påverkar människors val av arbete, det vill säga *arbetsvärderingar* (*work values*), som en naturlig bakgrund. De andra valda teorierna tar sikte på att analysera undersökningsresultatet. Siegrists (1996) teoretiska modell om *obalans mellan arbetsinsats och belöning* används för att analysera de ungas upplevelser och erfarenheter av arbetet och hur deras förväntningar på arbetet infrias. För att analysera deltagarnas hanteringsstrategier och förhållningssätt till arbetet används *copingteori*. Enligt Lazarus och Folkman (1984), används olika coping för att hantera en stressfylld situation, vilket kan förklara hur anställda förhåller sig till svårigheter i arbetet. För att komplettera med en teori som mer beskriver hur anställda förhåller sig till organisationen valdes även Hirschmans teori om *Exit, Voice, Loyalty* (1970), som bygger på hur anställda hanterar sitt missnöje i förhållande till organisationen/arbetsgivaren. Nedan följer en kort genomgång av valda teorier.

Arbetsvärderingar

Värderingar kan definieras som grundläggande orienteringar som styr människors attityder och beteenden, ett slags abstrakta ideal (Ungdomsstyrelsen 2003, Hagström 1999). Värderingar är i det perspektivet mer trögförändrade i förhållande till attityder, som antas vara mer situationsbundna uttryck för värderingar. Arbetsvärderingar kan sägas ange ideal i arbetet, vad som är eftersträvansvärt att uppnå i arbetet eller genom arbetet (Hagström 1999). Hagström har i sin forskning kommit fram till sex olika dimensioner för arbetsvärderingar:

- Sociala relationer: relationer till överordnade och kollegor
- Förmåner och karriär: hög lön, möjlighet till avancemang och social status
- Inflytande: att kunna påverka och ha en ledande position, fatta viktiga beslut och visa sin kapacitet
- Altruism: att hjälpa andra människor, vara till nytta i samhället och för andra människor, skapa en bättre värld
- Självförverkligande: att utföra arbetet helhjärtat, kunna använda sin fantasi och kreativitet, att ha en känsla för att ha utfört något värdefullt
- Arbetsförhållanden: materiella- och trygghetsaspekter, bra fysisk arbetsmiljö, regelbunden inkomst.

De mest omfattande värderingsstudierna som gjorts över tid pekar åt en värderingsförskjutning mot mer postmaterialistiska värderingar totalt sett i samhället

(Arnell-Gustafsson 1991). Med postmateriella värderingar menas att *livskvalitet* och *mening* värderas högre än materiella ting (Ungdomsstyrelsen 2003). Denna förskjutning av värderingar kan delvis förklaras mot bakgrund av en allt högre utbildningsnivå. Den unga generationen, som är mer högutbildad, kan därför i högre utsträckning sägas vara bärare av postmateriella värderingar. Det finns i princip tre olika förklaringsmodeller till hur värderingar förändras i samhället:

- Tidsanda – den samhälleliga kontexten, vad som skiljer olika tidsperioder från varandra
- Ålder – genom livet och livets faser får vi nya erfarenheter och möter nya kontexter som påverkar våra värderingar
- Generation – generationernas olika värderingar kopplade till olika uppväxtvillkor under barn- och ungdomsåren.

Utbredningen av postmaterialistiska värderingar har även fått genomslag i förändrade attityder och förhållningssätt till arbete. I högre grad handlar det om att arbetet i sig blivit mer betydelsefullt. Fler arbetar för att uppnå *personlig utveckling* och *självförverkligande* än enbart för att försörja sig (Ungdomsstyrelsen 2003). Inom arbetspsykologisk forskning relaterar de postmaterialistiska värderingarna till inre arbetsmotivation ("intrinsic factors"), och trygghets- och materiella värderingar förknippas med yttre arbetsmotivation ("extrinsic motivation"), enligt Maslows motivationsteori (Hagström 1999).

Det finns exempel på tvärsnittsstudier som lyfter fram skillnader i arbetsvärderingar mellan generationerna, där exempelvis 70- och 80-talister framställs som mindre lojala än tidigare generationer. De beskrivs som mer belöningsökande och frihetsdrivna i förhållande till arbetsgivare än tidigare generationer (Fürth m fl 2002). I den senaste värderingsstudien av 80-talister, genomförd av forskningsinstitutet Kairos Future, förklaras de ungas förhållningssätt i hög utsträckning med att deras främsta drivkraft är att ständigt möjliggöra maximala (Lindgren m fl 2005).

Skillnader i arbetsvärderingar mellan unga och äldre kan förklaras av att de befinner sig i olika faser i livet och därmed har olika behov. Ungdomsstyrelsen, som på uppdrag av regeringen regelbundet gör större attityd- och värderingsundersökningar, visar att ungas och vuxnas prioriteringar i arbetslivet inte skiljer sig nämnvärt åt (Ungdomsstyrelsen 2003). Att ha bra arbetskamrater, intressant arbete, bra arbetsmiljö och en bra chef är det som värderas högst oavsett ålder. Unga värderar dock jämn könsfördelning, internationella kontakter och karriär något högre än de äldre. Den stora skillnaden i arbetsvärderingar kan istället kopplas till utbildningsbakgrund: ju högre utbildning, desto större inslag av postmaterialistiska arbetsvärderingar. De som har lång utbildning lyfter således fram betydelsen av intressanta arbetsuppgifter, omväxlande arbete, personlig utveckling och utbildning och utveckling i arbetet. De som värderar fast jobb högst är de med kortare utbildning, de med barn och de som är födda utomlands. Flera

studier bekräftar värderingsskillnaden mellan könen. Unga kvinnor omfattar postmaterialistiska värderingar i högre grad än männen, medan männen är mer orienterade mot materiella värderingar (Ungdomsstyrelsen 2003, Hagström & Westerholm 1998, SCB 2001). Den största skillnaden ligger i att kvinnor skattar altruistiska värden, som att arbetet är nyttigt för samhället eller att arbetet ska bidra till att skapa en människligare värld, högre. Kvinnor värderar exempelvis sociala relationer, självförverkligande, trygghet och bra arbetsmiljö högre än män. Det faktum att kvinnor i allt högre grad förvärvsarbetar tror forskare på sikt kan komma att utjämna könsskillnader i värderingar i framtiden, då kvinnorna väntas överta traditionellt manliga värderingar, det vill säga mer instrumentella och mindre altruistiska (Hammarberg 1990).

I Ungdomsstyrelsens senaste rapport (2003) framkommer att de värderingar som ökar över tid är lön och altruism. En ökad skattning av altruistiska värden ligger i linje med utbredningen av postmaterialistiska värderingar. Ökningen av det instrumentella förhållningssättet förklarar Arnell-Gustafsson (2003) med framväxten av en ungdomsarbetsmarknad som i mångt och mycket är en genomgångsarbetsmarknad. Därmed antas unga ha ett materialistiskt förhållningssätt till det *första, preliminära arbetet*, inte sällan parallellt med eller i väntan på studier, och ett postmaterialistiskt förhållningssätt till det *primära arbetet*, det eftersträvade, önskade "identitetsarbetet" (Ungdomsstyrelsen 2003, Arnell-Gustafsson 2003). Lägre förvärvsarbetsgrad och hög arbetslöshet hos yngre har förklarat varför unga värderar arbetets betydelse lägre än de äldre (Johansson 1996). Samtidigt har det i studier konstaterats att unga har högre förväntningar på arbete än tidigare generationer (Gamberale m fl 1996), vilket skulle kunna tolkas som att vikten av att ha ett arbete istället har ökat i betydelse.

Forskning visar på samband mellan de jobb som ungdomarna har och deras attityder till arbete (Loughlin & Barling 2001). Loughlin och Barling (2001) menar att anställningar med otrygghet, få möjligheter till utveckling eller utbildning och låga löner gör ungdomarna mindre motiverade att prestera väl och att deras inställning till arbete påverkas negativt. Unga människor (15–24 år) skapar sig ofta en uppfattning om arbete och arbetsliv dels genom sina familjer och dels genom de tidiga jobb de har parallellt med studier. I projektet "Ungdomars livsstilar och arbetets krav" visades redan på 1980-talet att ungdomsgenerationen speglade olika värderingar och förhållningssätt till arbete och att dessa hängde samman med livsstil, utbildning, social bakgrund och arbetserfarenhet (Hagström 1999). Hagströms forskning liksom Ungdomsstyrelsens kartläggningar indikerar att arbetsvärderingar påverkas av människors allmänna livssituation – att utbildningsinriktning, yrkestillhörighet, arbetsförhållande och arbetsvillkor i arbetslivet troligtvis påverkar attityder och förhållningssätt mer än kanske ålder och generation.

Då det kan konstateras att livsvillkor, familjebildning och etablering på arbetsmarkanden påverkar värderingar och förhållningssätt redovisas nedan några trender som i stora drag förändrat ungdomars situation.

Det forskarna brukar tala om är en *förlängd ungdomsperiod*. Detta då etableringsåldern på arbetsmarknaden (då 75 procent av en kohort är sysselsatt) har förskjutits från 21 år 1987 till 28 år 2004. Etableringsåldern för föräldraskap (då 75 procent av kvinnor i en kohort har barn) har också förskjutits och var 2004 32 år. Även utbildningstiden har förlängts. Allt fler vill också ha en högre utbildning (Zavistic 2006). I Ungdomsstyrelsens senaste mätning (2003) gällde detta för 60 procent av gymnasisterna.

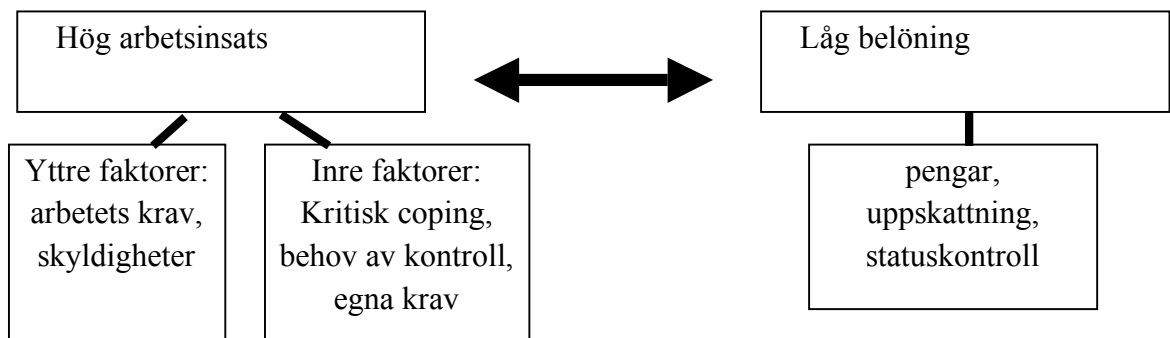
Studier visar också på att ungdomar har en mer *utsatt arbetssituation* än äldre. Ungas särskilda arbetsvillkor i kombination med en hög ungdomsarbetslöshet har under senare år uppmärksammats. Utöver en högre arbetslöshet och mer konjunkturkänsliga arbetsvillkor upplever de yngre en sämre arbetsmiljö än äldre. De som är under 25 år upplever generellt sämre inflytande över sina arbetsvillkor. Ökningen av psykosomatiska besvär har också varit kraftigast i de yngre åldrarna (Zavistic 2006). *Framväxten av en specifik ungdomsarbetsmarknad med ökad andel osäkra arbetsvillkor* har ökat risken för polarisering på arbetsmarknaden, där kvinnor som inte får en fast etablering på arbetsmarknaden innan barnafödande är förlorare (Arnell-Gustafsson 1990).

Obalans mellan arbetsinsats och belöning

Obalans mellan arbetsinsats och belöning är en teoretisk modell som utvecklades av Siegrist (1996) för att beskriva hur sådan obalans påverkar hälsan, se figur 1. Månsson (2006) har i forskning kopplat obalans mellan arbetsinsats och belöning till missnöje hos anställda. Missnöje eller låg arbetstillfredsställelse kan i sin tur förklara varför människor väljer att lämna ett arbete – den som inte trivs, har högre benägenhet att lämna en arbetsplats (Jönsson 2005, Theanderson 2000).

Den teoretiska modellen om obalans mellan arbetsinsats och belöning bygger på stressteorier om att arbetskrav och individens möjlighet till kontroll i arbetet ska vara i balans för att motverka stress. Siegrists modell (1996) tar även hänsyn till individens egna, inre krav på arbetet, liksom till individens förmåga att hantera höga krav och låg kontroll, det vill säga förmågan till coping. Höga arbetsinsats beskrivs utifrån två olika typer av källor: de yttre faktorerna, som har att göra med omgivningens krav och arbetets svårigheter samt de inre faktorerna, som utgår från individens egna behov av kontroll, egna prestationskrav och coping. Belöning ses både som pengar och uppmuntran. Under begreppet statuskontroll i belöningen lyfter Siegrist (1996) fram vikten av att ha ett bra känsloliv, att få prestera, ha en viss position, tillhöra en grupp etcetera. Tecken på låg statuskontroll kan vara brist på karriärmöjligheter, men framför allt osäkerhet i anställningen där sociala roller helt kan brytas och grundläggande hot kan skapa

känslomässig stress. Den teoretiska modellen fångar därmed även in hur större strukturförändringar i samhället som uppsägningar, flytt av arbetskraft och problem med segmenterad arbetsmarknad kan påverka arbetshälsan (Calnan m fl 2004). Modellen anses vara väl lämpad att tillämpa på personer som arbetar inom serviceyrken, framför allt där man har nära kontakt med andra människor, som inom hälso- och sjukvården.



Figur 1. Modell över obalans mellan arbetsinsats och belöning (Siegrist, 1996)

Copingteori

De sätt som människor använder för att hantera svåra situationer och påfrestningar brukar teoretiskt benämnas coping. Coping definieras som

constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person (Lazarus & Folkman 1984, s 141).

Folkman och Lazarus menar att stress uppstår hos en individ när hon inte klarar av att hantera inre eller yttre krav (Folkman m fl 1986b). I en sådan situation gör individen en första bedömning av om den situation som hon befinner sig i kan vara ett hot. Om situationen uppfattas som hotfull görs en andra bedömning av på vilka sätt individen kan bemöta och hantera hotet (Folkman m fl 1986a).

Coping ses som en process, något som förändras över tid och som är beroende av både individen själv och situationen hon befinner sig i (Folkman & Lazarus 1985). En utomstående kan därför inte avgöra om en copingstrategi har varit framgångsrik eller ej, utan detta kan endast den enskilda individen göra (Folkman m fl 1986a).

Coping kan ha två olika syften. Dels kan processen syfta till att hantera de problem som orsakar svårigheten eller stressen för den enskilda, så kallad *problemfokuserad coping*. Dels kan coping syfta till att reducera de negativa känslor som den stressfyllda situationen väcker, så kallad *känslofokuserad coping*. Människor använder sig av båda typerna av coping i stressituationer (Folkman m fl 1986b). Problemfokuserad coping kan till exempel vara att intensivt arbeta för att lösa problemen, eller att bli rationell och beräknande i sin

problemlösning. Exempel på känslufokuserad coping kan vara önsketänkande, betonande av det positiva, distansering eller att skylla på sig själv. Lazarus och Folkman (1984) menar dock att det kan vara svårt att se skillnad på vad som är problem- respektive känslufokuserad coping, eftersom de strategier som individen tillämpar är kontextberoende. Sökandet av socialt stöd kan till exempel ses som en blandning av både känslufokuserad och problemfokuserad coping.

Både problem- och känslufokuserad coping kan delas in i två huvudkategorier som benämns aktiv (engagement) och passiv (disengagement) coping (Tobin m fl 1989). Aktiv coping är exempelvis strategier där individerna själva försöker lösa problemen, eller hittar sätt att omtolka problemen så att de blir lättare att hantera, som att söka socialt stöd eller uttrycka känslor. Till passiv coping hör strategier som önsketänkande, undvikande av problem, självkritik och social undandragning. De aktiva copingstrategierna har tenderat att vara mer förknippade med välmående än de passiva (Pallant & Lae 2002, Månsson 2006).

På 1970-talet utvecklade nationalekonomen Albert O Hirschman (1970) ett teoretiskt ramverk för att förstå hur olika aktörer hanterar missnöje inom företag, organisationer och stater, benämnt *Exit, Voice, Loyalty*. Teorin har främst använts för att organisationer ska kunna lära sig av sina misstag och behålla sina kunder. Teorin kan också användas utifrån hur individer hanterar sitt anställningsförhållande till en arbetsgivare. Enligt Hirschmans teori (1970) kan missnöjda anställda då antingen hitta ett bättre jobb och sluta (*Exit*), försöka förbättra situationen (*Voice*), eller stanna och vara lojala för att stödja organisationen (*Loyalty*).

Både *Exit* och *Voice* är strategier som kan kopplas till uttryck av missnöje hos de anställda, som organisationen därmed kan lära sig av för att bli en attraktivare arbetsgivare. Hirschman (1970) menar att arbetsgivare kan vara mer angelägna att lyssna på kvalificerade anställda som lättare kan hitta ett annat jobb och på så sätt är mer benägna att sluta. Om den anställde har en stark ställning eller upplever att den kan påverka en önskvärd förändring, ökar benägenheten att ta till *Voice*.

Loyalty kan beskrivas som den mest passiva formen av strategier. Enligt Hirschman (1970) är lojalitet produkten av alla de faktorer som binder individen till organisationen. Hög lojalitet gör det svårt för individen att sluta en anställning. En lojal anställd tenderar enligt Hirschmans teori att göra sin röst hörd i större utsträckning, än att sluta. Lojaliteten innebär att en anställd kan välja att vara kvar en längre tid, trots missnöje. Lojaliteten till organisationen har visat sig minska med ökad otrygghet i anställningen (Sverke & Hellgren 2001).

3 Tidigare forskning inom området

Ungas arbetsvärderingar mellan studier och arbetsliv

Mot bakgrund av förväntade rekryteringssvårigheter inom framför allt industri och vård initierades på 1980-talet ett forskningsprogram kring svenska ungdomars arbetsvärderingar och arbetserfarenheter vid Arbetsmiljöinstitutet (nuvarande Arbetslivsinstitutet) (Hagström 1999). I uppföljande studier har intresset riktat sig mot sjuksköterskors och ingenjörers arbetsvärderingar och hur de påverkas av mötet med arbetslivet (Hagström & Kjellberg 2005). Ett tydligt resultat från undersökningen av sjuksköterskor (n = 498) som genomfördes i mitten på 1990-talet, ett och ett halvt år efter deras yrkesutbildning, var att unga sjuksköterskor hade mer postmaterialistiska värderingar i jämförelse med övriga svenska ungdomar (Hagström & Westerholm 1998). Det som skattades mest viktigt i arbetet bland sjuksköterskorna var ”att jag kan vara stolt över mitt arbete”. Andra högt skattade aspekter var ”att ha en rättvis och förstående chef” och altruistiska aspekter som ”att genom mitt arbete kunna hjälpa andra människor” samt ”att arbetet ger en känsla av att ha utfört något värdefullt”. Betydelsen av lön och förmåner, att ha status i samhället och att ha kontroll över arbetsvillkor, var lägre skattat. Värdet av hög lön hade dock påtagligt ökat sedan utbildningen. Uppföljande studier (Hagström & Kjellberg 2005) visade att betydelsen av förmåner/karriär och sociala relationer ökade över tid bland sjuksköterskorna och kunde kopplas till den mentala belastningen i arbetet. Värderingar om oberoende/självständighet och självförverkligande som arbetsideal syntes påverkas mindre av arbetsförhållanden, vilket talar för att de är mer stabila.

Undersökningen av sjuksköterskor på 1990-talet (Hagström & Westerholm 1998) visade att man i stort tyckte att yrket motsvarade ens förväntningar. De var relativt nöjda med sin utbildning, de kände sig trygga med kunskaperna, men ansåg inte i lika hög grad att utbildningen förberedde dem för att klara arbetet som sjuksköterska. Oron var störst för att göra misstag i sitt arbete och för nedskärningar på arbetsplatsen. Sjuksköterskeyrket skattades som socialt påfrestande till följd av obekväma arbetstider, men också psykiskt, och på sikt fysiskt påfrestande. 40 procent av sjuksköterskorna uppfattade att de oftast hade för mycket att göra och att de arbetade under tidspress under större delen av sin arbetstid. Sjuksköterskornas kontroll över arbetet visade sig i möjligheten att ta egna initiativ i arbetet, möjlighet till lärande och utveckling, att använda sin skicklighet i arbetet och i variationen i arbetet (Hagström & Westerholm 1998). Undersökningen kartlade inte bara värderingar utan också ungas handlingsstruktur och förhållningssätt genom att undersöka framtidsperspektiven, benägenheten att genomföra planer, sätt att hantera hinder för deras mål, tidsfokus samt grad av pessimism–optimism inför framtiden. Bland sjuksköterskorna var

det vanligaste förhållningssättet att genomföra sina planer ganska ofta, och att betrakta hinder som en nyttig erfarenhet att använda ”vid nästa försök”. I vissa avseenden framstod de yngres förhållningssätt mer aktivt handlingsinriktade än de äldres, exempelvis var de yngre mer benägna att ställa upp planer och att fokusera mer på framtiden.

Undersökningar av unga anställda i vården

Under 1980-talet satte Landstingsförbundet fokus på unga och genomförde en större kartläggning (n = 726) av dåtidens ungdomar i åldern 18–24 år, som antingen arbetade i vården eller hade lämnat vården (Nyman 1988). Undersökningen fångade erfarenheter av arbetet i vården hos sjuksköterskor, undersköterskor, sjukvårdsbiträden och skötare. Studien visade att anledningen till att ungdomarna valt att arbeta i vården var att de ville arbeta med människor och att vården sågs som en viktig uppgift. De arbetade främst för att försörja sig, men också för att utveckla sig själva. De som sökt sig till vården gav i mycket högre grad uttryck för postmaterialistiska värderingar, som egen utveckling och livskvalitet, jämfört med ungdomar i övrigt på arbetsmarknaden. Det som värderades högst i arbetet var rangordnat att:

- få information om det som händer och känna sig delaktiga
- få en bra introduktion och bli väl mottagna
- få tillfälle att arbeta tillsammans med trevliga människor som de tycker om
- ha ett intressant arbete
- ha ett bra förhållande till den närmaste chefen.

Saker som karriärmöjligheter och hög lön värderades inte lika högt. Undersökningen gav vid handen att de unga anställda hade stort engagemang för sitt arbete, att de tyckte att kontakten med patienterna var stimulerande och att andan och samarbetet i vården var bra. De önskade sig dock ett mindre stressigt arbete som inte inkräktade på fritiden, mer att säga till om och mer möjligheter till utveckling i arbetet. Det var framför allt sjuksköterskorna som var missnöjda med information och delaktighet. Landstingsförbundets kartläggning (Nyman 1988) pekar också på att var fjärde ung anställd i vården ansåg sig ha blivit illa behandlad av arbetsgivaren. Det kunde exempelvis ha gällt omflyttning mot den egna viljan, ändrade krav i arbetet utan föregående diskussion eller vägrad ledighet för angeläget ändamål.

Resultaten från Landstingsförbundets kartläggning (Nyman 1988) bekräftades till stor del i en undersökning som Akademiska sjukhuset lät göra på 1990-talet, i samband med ett utvecklingsprojekt ”Ung på Akademiska sjukhuset” (Håkansson & Jarneryd 1995). Den genomförda enkätundersökningen (n = 198) och uppföljande intervjuer visade på att de unga anställda kände engagemang i arbetet

och att den viktigaste drivkraften var den uppskattning som de fick av patienterna. Med undantag för läkarna kände de positiv sammanhållning och gemenskap med de äldre kollegerna. Det som man generellt önskade sig mer av var uppmuntran och stöd av sina chefer, samt att sjukhusledningen skulle stödja deras idéer och förslag. De negativa sakerna som kom fram var otrygghet i anställningen, för lite tid till patienten och små möjligheter att förverkliga sina ambitioner. Läkarna var de som upplevde störst möjligheter att förverkliga sina ambitioner, följda av sjukgymnaster, undersköterskor, sjuksköterskor och läkar-sekreterare.

Projektet på Akademiska sjukhuset syftade till att hitta nya former för dialog mellan de unga och sjukhusets ledning, bland annat genom inrättande av ett särskilt ungdomsforum och arbetsplatsmaterial kring kommunikation och ledarskap. Region Skåne påbörjade ett liknande arbete 2001 för att försöka fånga de yngre medarbetarnas krav på vården som arbetsplats. Det genomfördes ett seminarium kring "Den attraktiva arbetsplatsen" och det initierades ett nätverk kallat "Morgondagens medarbetare" (Nilsson & Wahlström-Persson 2002). De synpunkter på förbättringsmöjligheter som framkom skiljer sig inte ifrån det som refererats i de tidigare undersökningarna, men med större fokus på de hierarkier som hindrade ett tvärprofessionellt arbetssätt.

De upplevelser och erfarenheter av arbetet i vården som de unga uttrycker har i mångt och mycket bekräftats i generella undersökningar riktade till anställda i vården. Utifrån SCB:s arbetsmiljöundersökningar från 1999 och 2001 gjorde Landstingsförbundet en jämförelseanalys mellan upplevelser hos andra likvärdiga yrkesgrupper på arbetsmarknaden med upplevelser hos läkare, sjuksköterskor och undersköterskor (Landstingsförbundet 2003). Resultaten visar på att de som arbetade inom sjukvården upplevde sitt arbete som mer meningsfullt än övriga och att flertalet också var nöjda med sitt arbete. Däremot upplevdes arbetets krav i vården som höga. Många hade svårt att koppla av tankarna på jobbet och nästan 80 procent av läkarna och hälften av sjuksköterskorna kände sig tvungna att dra in på lunch, arbeta över eller ta med jobbet hem. Undersköterskorna kände sig i störst utsträckning uttröttade i kroppen. Att inte ha möjlighet till råd och hjälp när arbetsuppgifterna upplevdes som svåra var vanligare bland läkare än bland sjuksköterskor och undersköterskor. Däremot upplevdes arbetet i störst utsträckning ge möjligheter till utveckling för läkarna.

Generellt upplevda problem i vårdmiljön, som bristande resurser, svårigheter i att samarbeta över professionella gränser och att administration går ut över patientarbetet, har uppmärksamats i en rad studier, exempelvis Härenstam med flera (1996). Vården som arbetsmiljö har också beskrivits i Anna Herttings forskning på undersköterskor, sjuksköterskor och läkarsekreterare under 1990-talets nerskärningar (Hertting 2003). Hon kom fram till att den främsta psykosociala "stressorn" i arbetet var att bli lämnad efter i en otillräcklig organisation, utan makt att förändra arbetsrutiner. Identifierade "motivatorer" handlade om att vara

en del av tvärprofessionellt lärande team som associerades med karriärmöjligheter/avancemang och inflytande. Studien beskriver nerdragningar i vården som energikonsumerande processer, och att osäkerheten och jobbotryggheten gav ett misstroende mot arbetsgivaren. Bland undersköterskor noterades en rädsla för att förlora arbetsuppgifter i framtiden, så kallad ”downskilling”. Läkarsekreterarna såg snarare en positiv framtida yrkesutveckling, en ”upskilling”. Sjuksköterskorna upplevde att de hade kunnat stärka sin position i organisationen, men kämpade samtidigt med relationen till läkarna.

Sammantaget säger dessa studier att mycket av de upplevda problemen i vården är generella och inte åldersrelaterade. Skillnader i synsätt mellan yngre och äldre har däremot lyfts i några studier. Lindgren (1999) har förklarat skillnaderna mellan generationerna som att de yngre vill ändra på rådande ”ordning”, medan de äldre vill ha det som det är. De yngre tycker ofta att deras nya kunskap är undervärderad, och de äldre vill ha mer respekt för sin större erfarenhet. Bland läkarna är de äldre mer auktoritetsbundna och kliniskt fostrade, medan de yngre är mer forskningsinriktade.

Region Skånes egna medarbetarundersökningar på Centralsjukhuset i Kristianstad 2003 och Universitetssjukhuset MAS 2005, enligt QWC-metoden (Quality Work Competence), pekar på att unga över lag upplever en sämre delaktighet och målkvalitet, samt upplever en högre arbetsrelaterad utmattning. Den senast genomförda rikstäckande medarbetarundersökningen av SMI, Svenskt medarbetarindex, bekräftar bilden av att yngre anställda i den landstingskommunala sektorn är mindre nöjda än äldre (SKI 2006).

Exit-studier i vården

Det finns en rad studier som belyser i vilken utsträckning anställda i vården önskar lämna sitt arbete. I SCB:s undersökning (2001) om unga människors val av arbete visade det sig att 45 procent av kvinnorna och 64 procent av männen inom vård- och omsorgssektorn planerade att byta eller skulle vilja byta arbete. Skälen för att byta arbete var högre lön och bättre möjligheter till utbildning/utveckling. Skäl att stanna kvar på nuvarande arbetsplats var att inte flytta ifrån hemorten och trevliga arbetskamrater. Benägenheten att byta arbete var lägre hos dem med längre utbildning. I Landstingsförbundets undersökning (Nyman 1988) angav majoriteten av de unga anställda att de ville stanna i vården, men 17 procent försökte hitta arbeten utanför vården. Endast hälften av de unga anställda ville stanna på sin nuvarande arbetsplats. Resultatet från undersökningen av de unga på Uppsala Akademiska sjukhus var att endast 60 procent ville arbeta kvar i vården (Håkansson & Jarneryd 1995). Ungdomsbarometern (2005) visar att flertalet ungdomar mellan 15 och 25 år inte vill stanna längre tid på samma arbete och arbetsplats, endast elva procent säger sig vilja stanna längre än fyra år. Flera studier bekräftar alltså bilden av unga som högt benägna att byta jobb.

I Landstingsförbundets kartläggning (Nyman 1988) av de unga som lämnat vården framkom att en hel del väljer att studera vidare till annat arbete inom vården. SCB:s undersökning (1992) om rörligheten inom vårdsektorn visar en ökning över tid för andelen undersköterskor som vidareutbildar sig. Enligt aktuella uppgifter är omvårdnadsprogrammet det program med arbetsplatsförlagd utbildning som har störst övergång, 20 procent, till högskolestudier (Zavistic 2006).

Hos de ungdomar som valt att lämna vården var skillnaden mellan förväntningarna på arbetet och upplevelsorna av arbetet större (Nyman 1988). De som hade lämnat vården hade varit mer missnöjda med information och delaktighet samt relationen till den närmaste chefen. De hade i högre grad vikariatsanställningar och de såg i högre grad att arbetet inte motsvarade utbildningen. De som lämnat hade också upplevt att arbetsgivaren inte var ”lojal tillbaka”, det vill säga de hade en mindre tilltro till arbetsgivaren. De hade också upplevt en förbättring, inte minst i bättre återkoppling på arbetet från chefer, på arbetsplatser utanför vården.

Universitetssjukhuset i Lund genomförde i slutet av 1990-talet en uppföljande studie på dem som lämnat sina anställningar under ett drygt år. Av de svarande hade 29 procent lämnat sjukhuset för annan arbetsgivare och elva procent lämnat sitt yrke helt (Lindh 2000). De faktorer som uppgavs ha betydelse för beslutet att lämna sjukhuset var dålig lön, brister i arbetsledningen och i organisationen samt brist på utvecklingsmöjligheter.

Flertalet studier gjorda på sjuksköterskor visar på ett tydligt samband mellan anställdas kvarstannande och arbetstillfredsställelse (Lu m fl 2005). I en nyligen genomförd undersökning (n = 833) på Karolinska Universitetssjukhuset (Gardulf m fl 2005), uppgav 54 procent av sjuksköterskorna och barnmorskorna att de ville sluta sina jobb. 35 procent hade redan tagit aktiva steg att lämna. Lönen angavs som det främsta skälet (65 procent), följt av psykisk belastning och stress (32 procent), att göra något nytt (28 procent) och begränsade karriärmöjligheter (19 procent). Viljan att lämna arbetet var större hos dem som arbetat kortare tid och kunde även korreleras till lägre värden i QWC-undersökning.

4 Metod

Val av metod

Då studien är av explorativ karaktär valdes en kvalitativ ansats. Utifrån studiens syfte att så brett som möjligt fånga in olika attityder och erfarenheter bedömdes fokusgrupper som relevant metod. Fokusgrupper kan beskrivas som halvstrukturerade gruppintervjuer, med deltagare som samlas i ett speciellt syfte. Samtalet ska handla om ett särskilt tema och det finns en ledare för gruppen (Esaiasson m fl 2002). I en fokusgrupp har intervjuaren dock en mindre framträdande roll då det är samtalet och diskussionen mellan deltagarna som ges företräde (Wibeck 2000). Fokusgrupper ger möjligheter att belysa föreställningar och attityder och ger till skillnad mot enskilda intervjuer mer bredd än djup. I fokusgruppen kan man under relativt kort tid beröra flera olika frågeställningar och perspektiv, men det finns inte samma utrymme för fördjupade följdfrågor som karaktäriserar en enskild intervju.

Urvalet

Studien baserar sig på utsagor från unga anställda (n = 29) på tre av Region Skånes sjukhus – Universitetssjukhuset i Lund, Universitetssjukhuset MAS och Trelleborgs Lasarett.

Potentiella deltagare till fokusgrupperna identifierades genom ett strategiskt urval från Region Skånes personalregister i september 2005. Undersökningen avgränsades primärt till att omfatta de anställda som samma år (2005) fyllde 20 till 29 år, verksamma i Lund, Malmö och Trelleborg inom yrkena undersköterska, läkarsekreterare, sjuksköterska, läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator. Deltagare till fokusgrupperna valdes därefter utifrån kriterierna att fokusgrupperna så långt som möjligt skulle representera; 1) båda könen, 2) både visstidsanställda och tillsvidareanställda, 3) olika verksamhetsgrenar som somatik, psykiatri och primärvård. Vi försökte även ta hänsyn till hur länge deltagarna arbetat, eftersom vi bedömde det troligast att kunna fånga de ungas förväntningar på arbetet om de inte hade varit yrkesverksamma i för många år. I möjligaste mån försökte vi också undvika deltagare från samma arbetsplats i samma grupp.

Till grupperna i Lund skickades ett brev direkt hem till de utvalda med information om projektet och en inbjudan att delta i undersökningen. Utskicket följdes upp med telefonsamtal till hemmet. Försök att direkt ringa hem till utvalda med förfrågan om att delta gjordes också för att täcka bortfall. Att få medverkande till fokusgrupperna med detta förfaringsätt visade sig dock både svårt och tidsödande. Till grupperna i Malmö och Trelleborg gick vi istället via personalchefen på respektive sjukhus, som genom verksamhetscheferna informerade de utvalda medarbetarna om möjligheten att delta i fokusgruppen. För att underlätta den praktiska hanteringen begränsades urvalet i det senare förfaringsättet till fyra

kliniker per sjukhus. Sammantaget kontaktades 152 personer för erbjudande om att delta i olika fokusgrupper genom de olika förfaringssätten. Bortfallsanalys på de 123 som kontaktats, men som av olika skäl avböjt medverkan, bedömdes inte som fruktbar, då urvalet var strategiskt för att uppnå maximal variation och studien primärt inte syftade till generaliserbara resultat.

Av de 29 medverkande i studien var sju läkare (varav tre legitimerade och fyra icke-legitimerade), tre läkarsekreterare, tre arbetsterapeuter, två kuratorer, fem sjukgymnaster, fyra sjuksköterskor och fem undersköterskor. Åldern spände från 21 år för den yngsta till 29 år för den äldsta. Medelåldern på deltagarna var 27 år. Merparten hade arbetat i sitt yrke mellan ett och två år. Ingen hade dock arbetat mindre än tre månader eller mer än fyra år i yrket. Några få av de intervjuade hade barn och några var gravida vid intervjutillfället.

Vi kan konstatera att de 29 medverkande i studien i stort var representativa för att vara unga anställda i Region Skånes hälso- och sjukvård, även om de inte helt speglade populationen (2 653 stycken). Statistiskt bestod populationen av en betydligt högre andel sjuksköterskor (43 procent). Sjukgymnasterna var i vår studie klart överrepresenterade, liksom till viss del läkarna. Vi nådde inte heller upp till populationens andel män (15 procent), med de två män som deltog. Endast en minoritet av deltagarna (7 av 29) hade en fast anställning, och i populationen var 64 procent vid tillfället tillsvidareanställda. De medverkande i studien representerade en rad olika verksamhetsgrenar/specialiteter: psykiatri, ortopedi, medicin, kirurgi, rehabilitering för att nämna de vanligast förekommande. Däremot var inte primärvården representerad. Överväldigande majoriteten (23 deltagare) arbetade på universitetssjukhus.

Vald rekryteringsväg till fokusgrupper kan givetvis ha påverkat deltagarnas representativitet. Valet stod inför att låta intresserade frivilligt anmäla sitt intresse eller själva göra ett strategiskt urval på individer. Vi valde det senare alternativet, dels för att få bredd och inte enbart nå dem som är framåt och tar för sig, dels för att vi trodde på större möjlighet att få träff på deltagare. Alternativet att chefer på egen hand skulle identifiera medarbetare bedömdes inte aktuellt för att nå ett någorlunda varierat urval. Det är svårt att se om de som slutligen kom att delta i undersökningen var mer representativa än om vi istället uppmanat anställda att fritt anmäla sitt intresse.

Genomförande av fokusgrupper

Sammantaget genomfördes åtta intervjutillfällen, se tabell 1 nedan. Av de åtta tillfällena kan endast två sägas känneteckna en optimal fokusgrupp till antalet. Både Wibeck (2000) och Esaiasson med flera (2002) anser att en grupp bör innehålla mellan fyra och sex personer för att underlätta kommunikationen mellan deltagarna och samtidigt få tillräckligt med information. Eftersom det slutliga antalet deltagare inte blev klart förrän vid själva intervjusituationen, genomfördes

grupperna trots att de numerärt inte stämde överens med det optimala antalet deltagare. Vid ett av tillfällena deltog endast två personer, vid ett annat nio personer. Ett tillfälle genomfördes som en enskild intervju. Vid denna intervju försvann givetvis den dynamik som präglar en gruppintervju, men intervjun gav å andra sidan möjlighet till mer djupgående diskussioner och frågor. Liknande problem fanns med den grupp som bestod av två personer, men där utvecklades ändå en bra dialog mellan intervjupersonerna. Den största fokusgruppen, på nio personer, tycktes bli mer generell till sin karaktär då det av tidsskäl var svårt att få alla deltagare att utveckla sina resonemang. De sex grupper som bestod av tre eller fyra personer upplevde vi fungera utmärkt som fokusgrupper, men samtliga genomförda intervjutillfällen bedömdes ändå informativt värdefulla för att ta med i analysen.

En risk med fokusgrupper är att gruppdeltagarna påverkas av varandra i att uttrycka eller undanhålla åsikter (Wibeck 2000). Därför var vår strävan att få så homogena grupper som möjligt till yrke och utbildningsbakgrund. På grund av för få anmälningar blev två av fokusgrupperna en sammanslagning av både rehabiliteringspersonal (arbetsterapeuter, sjukgymnaster och kuratorer) och läkarsekreterare, vilka skiljer sig åt såväl vad gäller utbildningslängd som arbetsinnehåll. Vi var därför särskilt uppmärksamma på hur deltagarna agerade och tog plats i förhållande till varandra, men såg inget mönster som tydde på att den heterogena gruppen hindrade samtalsflödet.

Om deltagarna i en fokusgrupp känner varandra väl, finns det enligt Wibeck (2000) också en risk med att vissa saker inte tas upp, antingen för att ämnet är självklart för dem, eller för att det upplevs som känsligt. I två av grupperna framkom att några av deltagarna antingen jobbade nära tillsammans eller hade arbetat ihop. I dessa grupper upplevde vi det snarare som att stämningen i gruppen blev tryggare och mer öppen.

Intervjuerna genomfördes på respektive sjukhus under cirka 1,5 timma, med möjlighet för deltagarna att delta under arbetstid. Intervjuerna kan karaktäriseras som semistrukturerade intervjuer med öppna frågeställningar som exempelvis: *Vad är det som gör att ni trivs med era arbeten?* Intervjuguiden innehöll endast rubriker/frågeområden (se bilaga 1). För att öka interaktionen emellan deltagarna i gruppen och få upp områden som deltagarna spontant tänkte på, försökte vi som intervjuare inta mer tillbakadragna roller. Vi var dock vid flera tillfällen tvungna att styra in samtalet på våra olika frågeställningar. Vi hade en rollfördelning där den ena av oss var den som ansvarade för att vara mer styrande och den andra mer iakttagande. De frågor som vi som intervjuledare ställde hade ibland en tendens att styra inriktningen på samtalet. Det går därför inte att helt utesluta att samtal som exempelvis började med positiva saker kan ha påverkat inriktningen av den fortsatta diskussionen och vice versa. Då intervjuerna gav möjligheter till många olika frågeställningar bedömdes det dock som ett mindre bekymmer.

Vår närvaro och upplevda ställning i organisationen kan under intervjuerna ha påverkat deltagarna, liksom det faktum att vi för merparten av deltagarna tillhörde andra yrkeskategorier och hade andra utbildningsbakgrunder. Deltagarnas ålder var ungefär överensstämmande med vår och den absoluta majoriteten av dem var, liksom vi, kvinnor. Likheterna kan ha bidragit till att deltagarna känt sig bekväma att uttrycka åsikter bland ”jämlingar”, samtidigt som eventuella olikheter kan ha haft omvänd effekt. Det faktum att vi själva arbetar inom Region Skåne kan ha bidragit till större igenkännande hos deltagarna, men kan även ha skapat oro för hur utsagor skulle kunna användas framöver. Av vad vi kunde bedöma höll inte deltagarna igen på kritik eller känsliga ämnen, utan framförde sina åsikter öppet.

Tabell 1. Sammanställning över genomförda intervjutillfällen.

Intervjutillfälle	Antal	Yrkessammansättning
Grupp 1	2	två undersköterskor
Grupp 2	3	tre undersköterskor
Grupp 3	4	fyra läkare
Grupp 4	3	tre läkare
Grupp 5	9	fyra sjukgymnaster, två arbetsterapeuter, två kuratorer, en läkarsekreterare
Grupp 6	4	en sjukgymnast, en arbetsterapeut, två läkarsekreterare
Grupp 7	3	tre sjuksköterskor
Enskild intervju	1	en sjuksköterska

När vi genomförde de två sista fokusgrupperna upplevde vi att samma teman som tidigare kommit upp i de andra grupperna återkom, och att något egentligt nytt i samtalet var svårt att urskilja. Vi bedömde därför att en mättnad hade infunnit sig, och att de åtta intervjutillfällen som genomförts var tillräckligt underlag för att göra analysen på. Med mättnad menas att ingen ytterligare kunskap tillförs i samtalen som ett tecken på att tillräckligt med information har inhämtats (Esaiasson m fl 2002, Wibeck 2000).

Analys och tolkning av utsagor

Som vid användning av alla kvalitativa undersökningsmetoder var vi medvetna om att tolkningarna av resultatet påverkas av våra egna gjorda erfarenheter och värderingar, och att dessa troligtvis också kan ha påverkat ingångsvärdena i studien. Vi är själva, i likhet med undersökningsgruppen, under 30 år och anställda inom Region Skåne. Vår ambition har dock varit att våra egna föreställningar i ämnet inte skulle påverka tolkningen av utsagor och därmed resultatet. Det faktum att vi har olika utbildnings- och yrkesbakgrund och representerar erfarenheter från både arbetsgivar- och arbetstagarperspektiv, tror vi har bidragit till ett mer kritiskt förhållningssätt till utsagorna och således förbättrat tillförlitligheten i tolkningarna.

För tolkning av materialet använde vi oss av en kvalitativ innehållsanalys (Svensson & Starrin 1996, Graneheim & Lundman 2004). Samtliga intervjutillfällena spelades in och transkriberades ordagrant. Genomläsning och analys av materialet påbörjades först efter att samtliga intervjuer var genomförda. För att få en bättre trovärdighet i analysen valde vi att läsa igenom, identifiera och tolka meningsbärande enheter var och en för sig. En meningsbärande enhet kunde stå för en av deltagarna uttryckt känsla, upplevelse, erfarenhet, attityd eller förhållningssätt/handling. Vi gick därefter gemensamt igenom materialet och gjorde en första kodning av de meningsbärande enheterna. I de fall vi bedömde att den meningsbärande enheten var dubbeltydlig eller tog upp flera aspekter lät vi den meningsbärande enheten koda dubbelt. Detta skedde även i de fall vi hade avvikande tolkningar av den underliggande meningen.

I nästa steg i processen sorterades koderna i kategorier, även detta gjordes gemensamt. Kategoriseringen av koderna skedde i flera olika omgångar med olika varianter på underkategorier och kategorier. Den preliminära tolkningen av resultaten och kategoriseringen diskuterades på ett arbetsseminarium med forskare vid Arbetslivsinstitutet i Malmö, varpå justeringar gjordes. En presentation av det preliminära resultatet gjordes även för en referensgrupp med representanter från hälso- och sjukvården.

Slutligen hittade vi en struktur med tre huvudsakliga teman: motivationsfaktorer, stressorer och hanteringsstrategier. Dessa teman ansåg vi gick att koppla till våra frågeställningar på följande sätt: motivationsfaktorer – positiva upplevelser och erfarenheter, stressorer – negativa upplevelser och erfarenheter, hanteringsstrategier – hantering av negativa upplevelser och erfarenheter. Respektive temas tillhörande koder och meningsbärande enheter analyserades sedan var för sig av oss, först individuellt och sedan gemensamt. Exempel på meningsbärande enhet, kod, kategori och tema återfinns i tabell 2 nedan.

Tabell 2. Exempel på meningsbärande enhet, kod, kategori och tema.

Meningsbärande enhet	Kod	Kategori	Tema
” ... man känner att man gör en insats, man känner att man hjälper till och gör så gott man kan och försöker få folk att må bra. Det blir väl en sån egokick kanske, att man behövs.”	Arbete med människor skapar mening	Arbete med människor	Motivationsfaktorer

Ett halvt år efter intervjutillfällena bjöds samtliga deltagare in till en gemensam uppföljande träff för att ta del av de preliminära resultaten. Åtta av deltagarna var närvarande och uttryckte att resultatet stämde väl överens med deras egen bild. Mötet gav både tillfälle till kompletterande information och möjlighet till en bättre värdering, framför allt av de olika förhållningssätten utifrån hur deltagarna hade agerat tiden efter intervjutillfället.

Både kvantitativa och kvalitativa insamlingsmetoder innehåller risker med att respondenter lyfter fram synpunkter som inte baserar sig på egna upplevelser eller erfarenheter. De kan se sig som representanter för att föra fram synpunkter från en större intressegrupp eller svarar oreflekterat det som de tror förväntas av dem. Hammersley och Atkinson (1995) menar att man därför måste fundera över vilken ”publik”, verklig eller tänkt, som intervjupersonerna i en studie riktar sig till. Samtalet i en intervjusituation kan sägas vara en social konstruktion, som upprätthåller och återskapar den identitet som respondenten har eller eftersträvar. Då respondenten ställs inför frågor som berör hans/hennes livsval och handlingsmönster finns risken att individen, omedvetet eller medvetet, förklarar sina val och handlingar utifrån färdigkonstruerade svar.

Då det var känt för deltagarna att Arbetslivsinstitutet genomförde projektet i samarbete med Region Skåne, var en risk med studien att deltagarna främst ville föra fram åsikter som de ville skulle bli kända för chefer och ledning inom organisationen, och inte reflekterade utifrån de egna erfarenheterna. Vi förstod under intervjuerna att deltagarnas ”publik” var Region Skåne. Det blev extra tydligt under en fokusgrupp då en av deltagarna riktade sig direkt mot bandspelaren och talade om att man ville att ”Region Skåne skulle få veta just detta budskap”. Vi försökte i analysen ta hänsyn till detta fenomen genom att utgå från de utsagor som endast representerade de egna erfarenheterna. Detta medförde exempelvis att de meningsbärande enheter som berörde lön och förmåner blev färre och mer balanserat återgivna. Sammantaget verkade dock deltagarna inte berörda av sin ”publik”, annat än att de var positiva till att ”Region Skåne ändå verkar vilja ta reda på vad vi tycker”.

Lika väl som man kan välja att framföra vissa synpunkter, kan man också välja att undanhålla andra. Någon full anonymitet kunde inte garanteras, då deltagarna var tvungna att informera chefen om medverkan i fokusgruppen skulle ske under arbetstid. Vi gav dem däremot garantier om oidentifiering av undersökningsresultatet. Rekryteringssättet att informera cheferna om utvalda till fokusgrupper kan i och för sig ha begränsat deltagares vilja att uttrycka kritik, även om vi snarare upplevde motsatsen.

5 Resultat

Empirin från studien redovisas med koppling till studiens huvudfrågeställningar: 1) varför de unga sökt sig till vården, 2) positiva upplevelser och erfarenheter, 3) negativa upplevelser och erfarenheter, samt 4) hantering av negativa upplevelser och erfarenheter.

Varför de unga sökt sig till vården

Jag ville arbeta med människor

Möjligheten att få arbeta med människor och typiska altruistiska motiv som att hjälpa andra människor och göra en viktig insats, var det som alla yrkesgrupper, utom läkarsekreterarna, uppgav som den mest framträdande anledningen till varför man sökt sig till sjukvården. ”Det är ett lätt sätt att göra något som känns nyttigt. Att välja vården”, som en läkare beskriver valet.

... det var väl den traditionella klyschan kanske att, ja, att jag ville jobba med människor. Ja, den bilden, det var den tanken jag hade. Jag ville hjälpa människor. Ja, så var det.

Sjuksköterska om sitt yrkesval

Jag började som undersköterska, var utbildad undersköterska, men kände att jag inte ville jobba med det resten av mitt liv, men jag ville jobba med människor. Jag visste inte riktigt vad en sjukgymnast var, men jag var nyfiken och sökte in, gjorde min praktik och har hållit mig kvar.

Sjukgymnast om vägen in i vården

Bilden av attraktiva yrken som kräver ständig utveckling

En annan tydlig drivkraft som framträdde var möjligheten att få ett yrke som var utvecklande. Föreställningarna om arbetet inom sjukvården hade varit att man lärde sig nya saker, att man aldrig blev färdig utan att arbetet krävde kontinuerlig inläring av nya saker. Yrkena upplevdes också som dynamiska då det antogs finnas möjligheter till utveckling och vidareutbildning under hela karriären. Nedan ett utdrag ur en konversation mellan tre läkare om föreställningar om yrket:

Läkare 1:

Jag minns att jag tänkte att det är ett jobb där man alltid måste uppdatera sig, där det aldrig stagnerar kunskapsmässigt. Jag tänkte mig att det var ett dynamiskt yrkesval. Att det fanns mycket olika vägar att gå när man väl var färdig.

Läkare 2:

Jag hade ungefär samma funderingar, plus att jobba med människor, man lär sig så himla mycket av det, livet igenom. Man får nya inblickar i, ja, hur det är att vara människa i livet. Det är ett privilegium att arbeta med, att hjälpa människor, varje dag. Så gott man kan.

Läkare 3:

Jag håller med det du sa (Läkare 1), det första där med, att det är ett dynamiskt arbetsområde, att det hela tiden är utmaningar. Det var det jag hoppades att det skulle vara. Att man får en utveckling hela tiden. Att man själv utvecklas.

De yrkesgrupper som främst hade förväntningar på utvecklingsmöjligheter var de med högskoleutbildning, men de fanns även exempel bland undersköterskor:

Det var min dröm under utbildningen, det var ett sådant mål att kunna jobba på universitetssjukhuset för där skulle jag kunna få se så mycket och lära mig så mycket och utveckla mig så mycket, så det var verkligen något som jag bara såg fram emot.

Undersköterska

Att utvecklingsmöjligheter var en stark drivkraft in i arbetet bekräftades av att deltagarna i flera fall uttryckte att kommunen egentligen inte varit en alternativ arbetsgivare, eftersom de inte ville göra avkall på att ha ett utvecklande jobb.

Skillnader i förväntningar kopplat till utbildningsnivå

Undersköterskor, sjuksköterskor och läkarsekreterare berättade att en av förväntningarna även hade varit att det alltid skulle finnas jobb inom sjukvården. De såg det som positivt att få en yrkesutbildning och ett tryggt val av yrke. En undersköterska uttryckte det så här:

Vad jag tycker är positivt med att jobba inom hälso- och sjukvården eller med att vara utbildad undersköterska det är att man ändå någonstans har en garanti för att man alltid kan jobba inom det här yrket, därför det kommer alltid att finnas sjuka människor som behöver hjälp. Så det är en trygghet.

En av de anledningar som just läkarna uttryckte för att söka sig till yrket var möjligheten att ha ett fritt arbete med ”mycket att säga till om”. Föreställningen hade varit att läkaryrket gav stora möjligheter till inflytande och påverkan.

Sedan finns det nog i botten hos de flesta av oss som väljer det här, att man vill vara en viktig person, att man tycker om att ta ansvar, man tycker om att ”bestämma” ...

Positiva upplevelser och erfarenheter

De flesta i studien trivdes bra med sitt yrkesval och upplevde att jobbet i sig var intressant och utvecklande. De hade heller inga intentioner att lämna yrket. De som ställde sig frågande till hur de skulle klara av att arbeta ett helt yrkesliv var undersköterskorna, utifrån att arbetet upplevdes som fysiskt tungt och att de redan i unga år hade ont i kroppen.

Stora utvecklingsmöjligheter i vården

En stark drivkraft för merparten av de intervjuade var att få utvecklas inom sitt yrke, genom specialisering eller genom olika vidareutbildningar för att få ökad kompetens. För undersköterskor och läkarsekreterare upplevdes framförallt möjligheten att få nya arbetsuppgifter som positivt.

Den största attraktionskraften i sig är ändå sitt eget yrke, att man verkligen får utöva sitt yrke på ett väldigt fritt sätt. Alltså, på ett sjukhus får du jättestora möjligheter, du får se alla operationer, du får följa patienten, du kan följa patienten från de preoperativa förberedelserna, genom operationen, och sedan när patienten vaknar upp, börja träna patienten. Du har gigantiska möjligheter att få se precis vad du vill.

Sjukgymnast

Alla yrkesgrupper menade att en fördel med den stora organisation som sjukvården utgör är att det finns många möjligheter till utveckling och vidareutbildning. De såg möjligheter att få utveckling antingen genom att byta arbetsplats, byta inriktning eller få fördjupade kunskaper. Deltagarna poängterade det positiva med att de kunde byta till en annan klinik eller ett annat sjukhus, men fortfarande ha nytta av den kompetens de skaffat sig på sin nuvarande arbetsplats. Några deltagare uttryckte att det fanns stora möjligheter att driva egna utvecklingsarbeten eller medverka i olika projekt. Sammantaget sågs sjukvården som ett brett arbetsfält där man inte behövde tröttna på att arbeta inom en typ av verksamhet. Som en ung anställd på ett universitetssjukhus uttrycker sig:

I perioder så brinner jag när jag kommer hit och vill göra det här och det här och det här. Det är verkligen öppna dörrar för allt vad man vill göra.

Undersköterskor, sjuksköterskor och arbetsterapeuter beskrev att mycket av det positiva i yrket var att det var varierande.

... För den ena patienten kanske man inte kan göra samma som med den andra. Alla är ju olika och det kan skilja sig mycket åt, hur man själv hanterar situationen.

Sjuksköterska

Arbetet med människor skapar mening och ger personlig utveckling

Det som av de unga i studien upplevdes vara det roligaste och mest motiverande med arbetet var möjligheten att arbeta med människor och göra en viktig insats. Detta var ju också den mest framträdande anledningen till att man sökt sig till vården. Deltagarna i studien menade att en viktig del i arbetet med människor var känslan av att kunna hjälpa andra i livsviktiga händelser och underlätta för dem i svåra situationer. Det gav deltagarna känslan av att ha ett meningsfullt arbete och att deras insats var betydelsefull. En undersköterska berättar om sitt arbete:

Jag tycker det är något av det bästa som jag har gjort! Jag har provat en hel del och tycker att det är kanon. Man träffar nya människor hela tiden, och man känner att man gör en insats, man känner att man hjälper till och gör så gott man kan och försöker få folk att må bra. Det blir väl en sådan ego-kick kanske, att man behövs. Det är ett meningsfullt jobb, istället för att stå på en fabrik och göra samma sak dag ut och dag in.

Deltagarna uttryckte på olika sätt att deras jobb kändes viktigt. De upplevde att deras arbete var avgörande och väsentligt för andra människor och att deras insats spelade en stor roll i patienternas liv. En läkare uttryckte det:

Vissa dagar går jag från jobbet och bara känner, åh, det är så kul! Tänk, vad fantastiskt att få vara med i det viktigaste i människors liv. Det är liksom liv och död och folk berättar sina liv och innersta tankar. Och även om det ibland är jobbigt att ha dom samtalen om en svår sjukdom och döden, så är det ändå, man kan känna att man är med i något viktigt och centralt för människor.

Andra positiva erfarenheter av arbetet med människor var att deltagarna upplevde att de själva utvecklades som människor genom att de träffade så många olika sorters personligheter och behov. De kände att de blev allt bättre på att bemöta människor, de blev "människokännare" och upplevde sig få en stor "social kompetens". De tyckte att de hade fått nya inblickar i hur livet kunde vara och att de lärt sig mycket av detta. Arbetet kunde även ge möjlighet att följa patienter under en längre tid och att lära känna dem, vilket också upplevdes positivt. På frågan om vad det är som gör att man trivs, svarade en undersköterska:

När man får beröm av en patient, om det är någon som frågar mig, så brukar jag säga att det är så himla härligt att få höra det.

Att få mycket tillbaka från patienterna i form av tacksamhet och uppskattning var förknippat med arbetets positiva sidor. Uppskattning från patienterna gjorde att deltagarna kände att de hade gjort ett bra jobb, vilket gav dem ork att fortsätta. En läkare berättar:

Tillfredsställelsen, det som gör att det är roligt är ju för mig rena patientkontakten, att det funkar, att man får något slags förtroende och att man kan lägga upp en plan som man tror kommer att hålla. Tillfredsställelsen är ju inte det att man har haft 20 patienter på en nattjour, utan det är ju den där gubben som kramade om en för att han tyckte att han var väl omhändertagen.

Uppskattningen från patienter ställdes ofta i kontrast mot att deltagarna sällan kände att de fick uppskattning från chefer eller arbetsledning. Det var i kontakterna med patienterna som de fick återkoppling på sitt arbete och en bekräftelse på att de behövdes.

Negativa upplevelser och erfarenheter

Deltagarna tyckte att flera faktorer i deras arbete var belastande. De negativa upplevelser och erfarenheter som togs upp var kopplade till olika svårigheter, som antingen utgjorde grund till att de unga i studien inte trivdes med sina arbeten eller att de övervägde att lämna sina nuvarande arbeten.

Mötet med den omöjliga ekvationen

Samtliga yrkesgrupper ansåg att arbetet försvårades av att det fanns för lite personal för att utföra arbetsuppgifterna. Arbetsuppgifterna upplevdes ha blivit fler, bland annat till följd av ökade dokumentationskrav, men även till följd av att personalstyrkan inte ökat i takt med uppgifterna. Många berättade att tjänster inte återtillsatts med nya personer när kollegor gått ner i arbetstid eller gått på föräldraledighet. Detta upplevdes ha skapat större belastning för dem som fanns kvar. Flera deltagare menade att det fanns för många patienter per anställd, vilket gav deltagarna en ”omöjlig ekvation” att hantera på egen hand. I flera fall resulterade detta i att deltagarna ständigt arbetade övertid och att de hade svårt att gå hem när de egentligen skulle sluta för dagen. Otydlighet i organisationen och otydliga prioriteringar skapade ytterligare svårigheter. Här en dialog mellan två läkare:

Läkare 1:

Jag kan känna, att kan man inte få ett rakt ja eller nej, så att man kan anpassa sig efter det? Så att man vet vilka patienter man ska prioritera ... så att man vet att det är den här sjukvården man får för de här pengarna man pytsar in.

Läkare 2:

Det är ju det oerhörda felet som vi varit inne på, att vi förväntas driva mer sjukvård än de resurser vi får in. Och, jag menar att det ju inte kan bli annat än att vi blir stressade. Det är som en omöjlig ekvation som vi ska lösa på något sätt.

Läkare 1:

Och så är vi drillade ända sedan vi var små på något sätt, att vi alltid har varit den som varit duktig och alltid varit den som fixar och liksom, då gör man det, då jobbar man tills man stupar.

Läkare 2:

... och frågan är hur bra läkare man är då egentligen? Innan man stupar? ...

Deltagarna upplevde det som frustrerande att hur mycket de än arbetade så fanns det ändå alltid fler som behövde få hjälp. En sjuksköterska beskrev sin stressfyllda situation: ”till slut känns det som att – kan inte jag få åtta armar så att jag kan göra allt på samma gång!”.

De som arbetade på mottagning uttryckte att de kände sig stressade över att väntelistan var för lång och omöjlig att komma ikapp. De kunde visserligen se att det egentligen inte var deras ansvar att ta fler patienter än vad de gjorde idag, utan att det var ett ledningsansvar att anställa mer personal, men menade att det ändå var svårt att säga nej till mer arbete då det var patienterna som blev lidande av att vänta.

Läkarna upplevde att arbetsbelastningen hindrade dem från att utvecklas som läkare. Det fanns ingen tid att sätta sig ned och läsa på om något område där fördjupade kunskaper behövdes eller att mer ingående rådfråga någon kollega. De som var inom opererande specialiteter upplevde sig tvingade att välja mellan att hinna utföra sina arbetsuppgifter på avdelningen eller att vara med vid operationer för att utvecklas. Deras uppgift var att hinna båda delarna men det fanns inget tidsmässigt utrymme för att delta vid operationer.

Alla grupperna uttryckte att den arbetsbelastning de upplevde påverkade privatlivet. För en del bestod detta mest i att man var trött när man kom hem och behövde få vara i fred ett tag. De som arbetade mycket övertid ansåg dock att arbetet till stor del inverkar på privatlivet och skapade svårigheter att hinna med fritidsaktiviteter och vänner. Flera av läkarna ställde sig frågande till hur det skulle gå att arbeta när de i framtiden skulle ha barn. De såg idag inga möjligheter att kombinera sitt yrkesliv med familjebildning, men hoppades att de skulle ha lärt sig att prioritera annorlunda när det blev aktuellt.

Mötet med tuffa arbetskrav var också en anledning till att flera deltagare inte ville rekommendera vården till bekanta och syskon. Flera uttryckte att de inte hade förväntat sig att arbetet var ”så tufft” och ”så slitigt”. Några hade till och med aktivt avrått yngre syskon från sina yrkesval.

Att inte kunna ägna tid åt patienterna

Hos alla yrkesgrupper, förutom hos läkarsekreterare, fanns upplevelsen av att arbetet bestod av arbetsuppgifter som de inte ansåg höra till deras yrke. Det administrativa arbetet i form av dokumentation, registrering och bokning av

patienter upplevdes ta allt för mycket tid från det direkta patientarbetet, vilket var det som deltagarna egentligen ville ägna sig åt.

Utöver administrationen fanns andra uppgifter som deltagarna ansåg ligga utanför deras huvudsakliga arbetsuppgifter. Detta gällde framför allt kontakter med personer utanför sjukvården, som handläggare vid Försäkringskassan eller kommunala biståndshandläggare. En läkare uttrycker sin frustration:

Idag har jag varit här åtta timmar, jag har jobbat häcken av mig och jag har bara gjort struntsaker, jag har varit fem minuter hos patienten, jag har varit tre timmar med ett intyg, fem timmar i telefon med Försäkringskassan eller Polismyndigheten.

Administrationen och nödvändigheten av att ta externa kontakter gjorde att arbetet upplevdes som tråkigt, splittrande och stressigt. Såväl sjuksköterskor som läkare sa att de hade varit medvetna om att yrket innebar mycket administration innan de började arbeta, men att de ändå hade blivit förvånade över hur mycket tid som faktiskt ägnades åt detta.

Att bli lämnad ensam med ansvar

Framför allt sjuksköterskorna och läkarna i studien menade att det ansvar de hade i arbetet var betungande. De upplevde att de ofta kände sig ensamma i sin yrkesutövning och att de förväntades fatta beslut och agera arbetsledare för andra yrkesgrupper, utan något direkt stöd från erfarna kollegor. De hade upplevt att de stod ensamma med det slutliga ansvaret för patienten, när de egentligen hade behövt någon att rådfråga. Yrkesgrupperna inom rehabiliteringsområdet kunde uppleva en svårighet i att vara ensam representant för sin profession i teamet, utan att ha någon erfaren kollega nära tillhands.

Situationer med svåra bedömningar och ställningstaganden hade för några deltagare blivit förknippade med negativa upplevelser och känslor. De jämförde med hur de hade upplevt liknande situationer under utbildningen. Då hade de tyckt det var spännande, nu när ansvaret vilade på deras axlar kunde de snarare känna olust. Några läkare vittnade om svårigheterna med att som ny inte få stöd eller back up under jourtjänstgöringen på akuten.

Flera deltagare påpekade att de inte tyckte att utbildningen förberedde dem inför kraven i ”verkligheten”. Få av de intervjuade hade erfarenhet av någon introduktion eller av tillräcklig bredvidgång med erfaren kollega för att komma in i arbetet.

Att inte ha så mycket att säga till om

Det fanns erfarenheter inom samtliga yrkesgrupper av att inte kunna påverka sin situation eller att förändra verksamheten. De uttryckte att de kunde ha möjlighet att påverka det egna arbetet, i arbetslaget eller det direkta patientarbetet, men däremot upplevde de inget inflytande över beslut högre upp i organisationen.

Deltagarna beskrev det som att det gick att påverka sin ”minivärld”, hur man själv jobbade, men inte alls hur kliniken fungerade.

En anledning till att jag vill jobba privat är just det här med korta beslutsvägar, alltså att man är en enhet, vi ska utföra ett arbete och vi ska göra det så bra som möjligt för patienterna. Då gör man det tillsammans och så är det lättare att genomföra förändringar ... Det jag känner är väldigt frustrerande, att jag jobbar i en organisation där jag överhuvudtaget inte kan påverka det arbete som utförs, mer än det jag gör. Jag kan bara påverka om jag tar 10 eller 15 patienter och om det blir en bra vård om avdelningen fungerar någorlunda.

Läkare

I några fall hade deltagarna upplevt att de inte haft något att säga till om vid omorganisationer, att de känt sig ”överkörda” och illa behandlade.

Inflytandet påverkades också av att organisationen upplevdes otydlig och trög. I flera fall hade deltagarna upplevt det som att chefer utan kunskap om det dagliga arbetet fattat besluten över deras huvuden.

Alla yrkesgrupper förutom sjuksköterskor ansåg att sjukvårdens stora organisation till viss del skapade problem när det gällde att få inflytande. De uttryckte även att det fanns en otydlighet i organisationen, där man inte visste vem man skulle vända sig till för att få svar på frågor eller vem som egentligen hade ansvar över olika områden. De kunde ha mött chefer som lovat saker, som de sedan fått backa ifrån för att de inte haft mandat i frågan. De visste därmed inte alltid till vem de skulle vända sig till med sina synpunkter eller idéer. En annan sak som försvårade inflytandet var att organisationen upplevdes som långsam, att det från ledningshåll fanns en undfallenhet när det gällde att fatta beslut och genomföra förändringar. Allt tog så lång tid, och de kände sig inte delaktiga i processen. Flera beskrev att organisationen kändes trög och att det inte gick att förändra/utveckla verksamheten, arbetsformer och/eller rutiner.

Det jag tycker att jag märkt efter ett tag är att ... när man ska göra saker, är det ganska tungrott, liksom. Beslut som tas ovanför våra huvuden, som påverkar oss, de beslutsleden kan vara lite oklara ibland. Det tas beslut och sedan är det något som gäller alla och så har man inte fått vara med och diskutera det. Sånt gillar inte jag. Då märker man att det är en stor organisation och att det är olika nivåer ... så det är trögt.

Sjukgymnast

Det känns som att det är otroligt byråkratiskt. Det diskuteras där och sen diskuteras det i en annan grupp, vi som jobbar får aldrig riktigt veta vad som händer och därför känns det som att det inte händer någonting.

Läkarsekreterare

Deltagarna i studien kände att de ibland möttes av motstånd hos de äldre kollegorna när det gällde att förändra inarbetade rutiner. De äldre upplevdes helst vilja fortsätta arbetet på samma sätt som det alltid utförts.

Utsatt anställningssituation

Drygt två tredjedelar av deltagarna hade tidsbegränsade anställningar av olika slag. De inom rehabilitering hade alla vikariatsanställningar. Situationen som de visstidsanställda befann sig i skapade osäkerhet och otrygghet, vilket gav upphov till känslor av utsatthet. En undersköterska beskriver sitt dilemma med att inte ha någon framförhållning:

Just det här att gå till jobbet och känna hur jobbar jag imorgon? Jobbar jag överhuvudtaget? Så ibland kan man kanske jobba tio dagar i rad för man tänker – jaha, men jag måste ju jobba för tänk om det inte är något sen.

Upplevelser av utsatthet fanns inom alla yrkesgrupper och handlade för de flesta deltagarna om den tuffa konkurrensen på arbetsmarknaden, mot bakgrund av bland annat anställningsstopp inom vården, och om osäkerheten av att inte veta om de hade ett arbete när tiden för anställningen löpte ut.

Men visst, det blir ju alltid pressen på att ... vad händer sedan? Jag har inte möjlighet att gå tillbaka till a-kassan eller sånt. Jag tänkte redan i somras på att söka nytt jobb, men så fick jag ju detta. Så redan nu börjar man ju tänka på om man kommer att hitta något annat, så att man är beredd den dagen det kommer.

Sjuksköterska

Flera av de intervjuade beskriver den hårda konkurrensen utifrån egna erfarenheter om att flera hundra kunde söka till varje tjänst. De uppgav att arbetsgivaren ”vet att alla vill ha jobbet” och att de själva ”inte har något alternativ”, det finns inget annat jobb att ”försvinna” till. Alternativet för dem var arbetslöshet. De upplevde att de var i arbetsgivarens händer och att det ”inte var tal om” att förhandla lön eller andra villkor. Flera av de visstidsanställda uppgav att de gång på gång fått tjänsten förlängd i så korta perioder som två månader i taget, inte sällan med någon veckas varsel. De hade erfarenhet av att arbetsgivaren alltid verkade räkna med att de skulle vilja vara kvar när deras anställningstid löpt ut, att det togs förgivet. De upplevde att attityderna från arbetsgivarens sida var att de borde ”veta sin plats”, att de ”borde vara tacksamma över att få vara där överhuvudtaget”. Bland de visstidsanställda fanns också upplevelser av att vara orättvist behandlade genom att inte ha samma möjligheter till inflytande, kompetensutveckling eller löneförhandling.

En av deltagarna beskrev konsekvenserna av att som visstidsanställd tvingas sluta på den avdelning som man varit på under längre tid, för att lämna plats till någon ny med längre anställningstid men från någon annan verksamhet. Att som

vikarie få lära upp den person som kom för att överta ens jobb var en starkt negativ upplevelse:

Jag kände det nästan som jag kvävdes, som att de torterade en, förstår du, idag börjar en ny anställd och jag, jag väntar på att mina dagar går ut, jag måste sluta.

För läkargruppen handlade utsattheten inte om huruvida de hade möjlighet till en fast anställning i framtiden, utan snarare om deras anställningsförhållanden. De beskrev en otrygghet i att de när som helst kunde tvingas flytta runt i Skåne eller för en längre tid placeras på en ort där det behövdes folk, något som var svår-förenat med att ha ett familjeliv. Utsattheten i anställningssituationen fick deltagarna att känna sig ”utbytbara”, utan möjlighet att påverka sin situation. En läkare beskriver sin upplevelse:

Jag tycker inte Region Skåne är någon attraktiv arbetsgivare, det tycker jag inte. Jag kan känna, det jag sa innan om att man inte vill känna sig utbytbar, det kan man känna här. Att man är som en pinne på en schemarad. Man är anställd i hela Regionen, ena veckan kan man vara i Lund, nästa vecka är det dålig bemanning i Kristianstad och då får man arbeta där, och det tycker jag inte alls känns bra ...

Läkarsekreterarna å sin sida uttryckte en viss osäkerhet över sin framtid, även om de hade fasta tjänster. De oroade sig över yrkets framtid eftersom de såg att de yngre läkarna skrev sina egna journalanteckningar, vilket för någon redan inneburit minskade arbetsuppgifter.

Att inte känna sig värderad av arbetsgivaren

Lönen upplevdes genomgående för alla yrkesgrupper som orimligt låg i förhållande till arbetsinsats och ansvar. Trots att lönen syntes viktig fanns det dock resonemang framför allt bland läkarna om att högre lön inte kunde kompensera omöjliga arbetsförhållanden. Det fanns hos flera yrkesgrupper viss förståelse för att lönerna inte var så höga i vården, men de upplevdes ändå som orättvisa. Det känns som att ”slita för en skitlön” som några uttryckte det. De flesta intervju-personerna upplevde inte att cheferna gav tillräcklig återkoppling på deras arbetsinsats. De kunde få veta om de inte gjort något bra, men sällan något mer positivt.

Förväntningarna från intervju-personerna var att sjukvården som arbetsgivare borde satsa mer på personalförmåner som friskvård och hälsokontroller. ”Det är alltid tänk kring att patienten ska ha det bra, men det är ju inte alltid tänk kring att personalen egentligen ska ha det bra”, som en sjuksköterska beskrev det. Avsaknad av andra förmåner som julklappar och personalfester påtalades även, särskilt i relation till andra arbetsgivare inom den privata sektorn och inom kommunerna.

Att inte känna sig värderad av arbetsgivaren hängde ihop med olika negativa upplevelser och erfarenheter som de intervjuade hade av arbetsgivarens hantering av exempelvis omorganisationer eller avslut/förlängning av visstidsanställning. Det hängde också ihop med att inte känna sig sedd i en stor organisation.

Några sjukgymnaster och arbetsterapeuter berättade att de vid en omorganisation hade blivit helt bortglömda och att de därmed inte fått tillgång till lokaler eller hjälpmedel som behövdes för att de skulle kunna utföra sitt arbete. En erfarenhet som gjorde att de kände sig varken sedda eller värderade.

Hantering av negativa upplevelser och erfarenheter

Hantering av den omöjliga ekvationen

De hanteringsstrategier som deltagarna i studien använde sig av var främst olika former av gränssättning. Detta gjordes på ett par olika sätt.

Några av de intervjuade menade att de hade lärt sig att *sätta gränser för arbetet* genom att gå hem när arbetsdagen var slut, trots att det fortfarande fanns arbetsuppgifter kvar. Andra såg att de borde göra detta men hade svårt att tillämpa strategin, eftersom de upplevde att patienterna blev lidande. Sjuksköterskorna såg att de i högre grad borde *delegera* mera, men tyckte samtidigt att det tog för lång tid att få någon annan insatt i vad som skulle göras och utfördes därför oftast sysslorna själva. Flera deltagare insåg att de måste *prioritera* bland sina arbetsuppgifter för att orka med arbetet, men hade svårt att välja vad som var viktigast. Gränssättningen kunde också handla om att *avgränsa sitt uppdrag*, det vill säga hur många patienter de egentligen kunde ta, i förhållande till vad de kunde ta ansvar för. För läkarna handlade mycket av gränssättningsfrågorna om att *definiera sitt ansvar för patienterna*, var det egna slutade och när det var någon annan som skulle överta ansvaret.

Läkare 1:

Jag har faktiskt börjat köra mer på det. Vad kan jag göra, och vad kan jag inte göra. För på något sätt ... man kan tänja på sina egna gränser ett tag, men det går inte i längden. Så vårt primära ansvar är att säga att det här kan jag hantera och det här kan jag inte hantera. Jag kan bara hantera så här många patienter på den arbetstid jag har ...

Läkare 2:

Hur länge är ansvaret ditt? Om du har sagt till? Du har ju sagt att den här packen tar jag inte ansvar för. Om något händer, är det fortfarande du som är ansvarig?

Strategin att avgränsa arbetet försvårades framför allt för de unga läkarna, då de äldre läkarna upplevdes stå för ett annat förhållningssätt till arbetet. Skillnaden i förhållningssätt handlade enligt de yngre om att de äldre kollegorna ”levde för arbetet” och att de själva inte önskade arbeta lika ”gränslöst”. De äldre läkarnas

synsätt gav upphov till oskrivna regler och förväntningar på de yngre att jobba mycket och prioritera arbetet framför vänner och familj, något som de yngre tog värderingsmässigt avstånd ifrån. De äldre läkarnas kommentarer om att exempelvis inte ha ätit lunch tidigare i yrkeslivet, sågs inte som något eftersträvansvärt, snarare tvärt om. En av de unga läkarna beskriver sin syn på skillnaden mellan yngre och äldre läkare:

De gjorde säkert så när de var underläkare, men då kanske de hade hemmafru som ordnade med allt det praktiska, och kanske var det mer så förr att ”det här är mitt kall, det är hela mitt liv, jag är läkare” och jag tror det är få i vår generation som riktigt känner så att det här är hela mitt liv, utan man vill ha ett annat liv också.

För läkarna innebar den omöjliga ekvationen att de upplevde sig tvingade att välja mellan att sköta sitt rutinarbete eller att delta i operationer eller annat utvecklande arbete. Om avdelningsarbetet prioriterades bort upplevde de sig inte göra ett bra jobb, och de ville inte välja bort utvecklingsdelarna i arbetet som var så viktiga för dem. Valet däremellan upplevdes bli nästintill omöjligt. Läkarna hanterade ofta detta genom att *jobba över* eller gå in och ta extra arbetspass. En annan hanteringsstrategi var att *välja specialitetsinriktningar* som hade rimligare arbetsvillkor, så att de gick att kombinera med ett ”liv utanför jobbet”. För de flesta läkare var denna strategi en ständigt närvarande fråga, några hade redan handlat i enlighet med strategin, andra stod i valet att göra det. Några läkare hade valt att hantera den omöjliga ekvationen genom att *prata sig samman med kollegerna* och *lyfta problemen med chefen*.

Deltagarna i studien beskrev att det var svårt att avgränsa arbetet eftersom de var så engagerade i arbetet med patienterna. En sjukgymnast beskriver dilemmat kopplat till frågan om hon skulle kunna tänka sig att rekommendera vården till närstående:

Jag är väldigt kluven, det är jag. Å ena sidan håller jag med om att man aldrig går hem och känner ”åh, vilken meningslös dag det var idag” – det händer ju aldrig, men jag kan också känna att det är det som är baksidan av det, för man är så känslomässigt engagerad. Man känner att man har så mycket ansvar för människor, vilket ibland kan göra det svårt att sätta ner foten och markera sådant man tycker är fel eller som berör en själv och ens arbetssituation.

För dem som hade börjat säga nej och avgränsat sitt arbete fanns en känsla av att inte känna tillfredsställelse inför arbetet eftersom de tvingades avsluta innan de blivit nöjda. Deltagarna upplevde även att deras försök att avgränsa arbetet innebar merarbete för någon annan kollega, att det inte förbättrade situationen eller ”löste den omöjliga ekvationen”.

En strategi som bland annat undersköterskor, sjuksköterskor och läkare hade tillämpat när de kände att arbetsbelastningen blev allt för tung var att *byta arbetsplats*. Detta tycktes oftast ha föregåtts av försök att förändra situationen på den tidigare arbetsplatsen, men när det inte lyckats återstod inget annat än att byta. En ytterligare identifierad strategi hos deltagarna för att hantera tuffa arbetskrav var att *söka stöd och bekräftelse hos patienter*. Deltagarna beskriver hur uppskattningen från patienterna gör att de ”orkar lite till”.

Hantering av att inte kunna ägna tid till patienterna

När det gäller hantering av administrativa och andra uppgifter som gick ut över patientarbetet var förhållningssättet att de själva inte kunde göra något åt saken. Framför allt läkarna uttryckte att *om de bara hade fått mer tid* avsatt för sådana uppgifter, så hade deras situation kunnat förbättras. Det var helt enkelt inte ett problem som de själva kunde lösa, utan *någon annan skulle lösa saken* genom att ge dem mer tid. Enligt läkarna skulle mer tid för administration lösa den arbetsbörda och stress som var förenad med administrationshantering. De reflekterade aldrig över strategier eller lösningar som skulle åstadkomma mer tid till det direkta patientarbetet.

Hantering av att lämnas ensam med ansvar

Deltagarna i studien hanterade upplevelser där de blivit lämnade ensamma med ansvar, främst genom att *söka stöd från kollegor*. Stödet kunde komma både från äldre och yngre kollegor inom den egna yrkesgruppen, men också från andra yrkesgrupper. Generellt sett kan man säga att våra intervjupersoner i första hand sökte sig till kollegor och inte till chefer för att få stöd i att hantera svåra upplevelser.

De flesta intervjuade uppgav att det var viktigt att känna att de hade möjlighet att få stöd från äldre kollegor. Möjligheterna till stöd varierade, och flertalet av intervjupersonerna upplevde att stödet inte fanns med automatik, utan att det var mycket upp till en själv att aktivt söka stöd. De kunde uppleva att det sällan fanns stöd i de direkta situationerna, när det behövdes, utan först dagen efter. Framför allt läkarna menade att det stöd de hade behov av fick de försöka skaffa sig i fikarummet eller genom att gripa tag i någon när behov uppstod, eftersom det inte fanns något mer organiserat stöd tillgängligt.

Organiserade handledningsgrupper eller *handledning* där det fanns utrymme för att diskutera frågor man behövde hjälp med att hantera fanns tillgängliga för några av sjuksköterskorna och undersköterskorna. Det var dock mer sällsynt inom de somatiska verksamheterna än inom psykiatrin, där en annan tradition fanns. Någon deltagare hade på eget initiativ bildat handledningsgrupper tillsammans med kollegor för att kunna *stötta varandra* och få möjlighet att prata om svårigheter i arbetet.

Några deltagare beskrev hur de ständigt brottades med att hantera de ensamma situationerna, och hoppades på att de skulle *lära sig att hantera situationerna med tiden*, ju längre erfarenhet och mer kunskap de fick.

Hantering av att inte ha så mycket att säga till om

Den vanligaste strategin för att hantera den upplevda bristen på påverkansmöjligheter var att helt enkelt att *försöka stå ut* och hoppas på att det blev bättre i en framtid. Sjuksköterskorna, läkarna och rehabiliteringspersonalen var i flera fall beredda att göra några ”hundår”, de kunde se att det fanns bättre möjligheter för dem längre fram i karriären, om de bara orkade kämpa på tills de hunnit skaffa sig mer erfarenhet eller en ”annan ställning” i organisationen. Läkarna beskrev det med att *”försöka se ljuset där framme, ljuset i tunneln”*.

Några av deltagarna hade mer *uttalat resignerat* och menade att det ”inte var lönt att försöka göra någonting”, eftersom det ändå inte gick att påverka situationen.

En strategi som några av intervjupersonerna använt sig av var att *byta arbetsplats*. Bytet av arbetsplats hade ofta föregåtts av flera aktiva försök att förändra situationen, framförallt genom olika påtryckningar till cheferna. Deltagarna menade att på mindre arbetsplatser, och även inom privata företag, var det kortare beslutsvägar och lättare att få inflytande och driva igenom förändringar.

Vissa av de intervjuade, framför allt läkarsekreterarna och yrkesgrupperna inom rehabilitering, försökte *marknadsföra sin yrkeskompetens* genom att visa framfötterna och ”ta för sig” så mycket de kunde i organisationen.

För några deltagare, framför allt undersköterskor, eller de som hade erfarenhet av att ha arbetat som undersköterskor, upplevdes *vidareutbildning* och *att lämna yrket* ett sätt att få större möjlighet till inflytande.

En alternativ strategi för att hantera inflytandefrågorna som ingen av deltagarna tog upp, var att engagera sig fackligt eller försöka få de fackliga organisationerna intresserade av att driva deras frågor.

Hantering av en utsatt anställningssituation

En framträdande hantering av den otrygga anställningssituationen handlade om att deltagarna *avgränsade sitt engagemang* i arbetet. Det gjordes genom inställningen att ”bara göra sitt jobb” och *inte känslomässigt engagera sig i patienter eller i verksamheten*. Avgränsningen kunde också handla om att *inte dra igång nya utvecklingsprojekt* eller om att *avstå från arbetsuppgifter med mer utvecklingsinriktning*. Detta senare förhållningssätt återfanns främst hos läkare och rehabiliteringspersonal, som menade att de kanske inte ansträngde sig så mycket för att ändra på något på längre sikt i och med att de troligtvis inte skulle komma att vara kvar så länge i verksamheten. En sjukgymnast uttryckte det:

Man är inte motiverad att engagera sig när man vet att jag ska vara här i tre månader. Är det lönt att dra igång något projekt eller någon ny träningsgrupp? Nej, det känns inte roligt.

Några deltagare beskriver att de faktiskt ändrat förhållningssätt till den otrygga situationen, från att avgränsa engagemanget när man har kort tid kvar, till att ta dagen som den kommer och ”göra allt så länge man är kvar” för att öka sina chanser för en fortsatt anställning. Som en arbetsterapeut beskriver:

Man får ändå göra det så roligt som möjligt för sin egen skull. Man får dra igång något och sen blir det ingenting så, skit samma, jag försökte i alla fall få vara kvar.

Ett sätt att hantera den otrygghet och korta framförhållning som tidsbegränsade anställningar upplevdes ge, var annars att *resignera* inför den otrygga situationen. Man försökte helt enkelt sluta oroa sig, genom att *inte bry sig om framtiden*. En intervjuperson beskriver hur omställningen att få lämna arbetet och bli arbetslös, för att senare komma tillbaka, har lett till att hon mer eller mindre inte bryr sig om hur det ska bli framöver och nästan är glad om hon slipper gå igenom samma process en gång till.

Den utsatta anställningssituationen påverkade även deltagarnas möjligheter till inflytande. Deltagarna upplevde att det kunde vara svårt att förändra något på längre sikt, eftersom de ”bara” hade tidsbegränsade anställningar. Det upplevdes även som viktigt att *inte kritisera för mycket* eftersom man måste vara mån om att ligga väl till hos chefen för att få fortsatt anställning. En läkare uttryckte det som:

Jag måste hela tiden väga av hur mycket kritik eller förändringsarbete man vill göra, kontra att jag vill ha den tjänst som kommer. Det är många som fajtas om dom [tjänsterna] och man måste se om sitt eget hus också, man kan inte vara hur kritisk som helst förrän man har en fast tjänst.

När deltagarna inte fick fast tjänst, även om de hade arbetat i flera år, kände de sig utnyttjade och inte alls uppskattade. Deltagarna hanterade upplevelsen av att vara illa behandlad som visstidsanställd med arbetsgivarens ständigt korta framförhållning, genom att *ironisera* över arbetsgivaren. Någon uttryckte också att de skulle önska att alla vikarier slutade samtidigt för att på så sätt *markera sitt värde*.

Ett sätt att minska utsattheten i anställningssituationen var att *sträva efter att bli mindre ”utbytbar”*, för att bättre kunna hävda sig. En sjuksköterska uttryckte detta efter att ha bytt arbetsplats: ”Nu tror jag att jag har bättre möjligheter, för nu är det bara jag som gör det jag gör.” Genomgående för samtliga yrkesgrupper var att ökad specialisering var viktigt, både för att utvecklas, men också för att bli ”unik” i organisationen.

Hantering av att inte känna sig värderad av arbetsgivaren

Deltagarnas upplevelse av att inte vara värderade hanterades främst genom att *bli snål tillbaka mot arbetsgivaren*. Detta förhållningssätt kan jämföras med hur de hanterade en utsatt anställningssituation och orättvis behandling från arbetsgivarens sida med avgränsning i engagemang. En läkarsekreterare uttryckte det som att ”man har en dålig lön och man har inte mycket förmåner, och då tänker jag inte göra mer än jag får betalt för”.

Deltagarna gav uttryck för att de ville ha något mer tillbaka. Ett exempel på en undersköterskas förhållningssätt:

Det får vara slut med sådant nu. Jag har ställt upp jättemycket och jobbat natt och sådana grejor, tagit extrapass, sen är det precis som om man inte får något tillbaka.

Ett förhållningssätt som kunde kopplas till att inte känna sig värderad var att de uttryckte att de gärna kunde tänka sig att jobba för en annan arbetsgivare, om det var möjligt. Någon läkare uttryckte en stark önskan att ”komma bort från landstinget” och att detta också var avgörande för val av specialitetsinriktning. De privata alternativen upplevdes av merparten som attraktivare arbetsgivare, även om någon hade erfarenheter som talade i motsatt riktning.

En annan tänkbar strategi som diskuterades i några fokusgrupper var att tydligare *visa upp sin kompetens i medierna*, med hopp om att få mer uppskattning och möta en annan värdering från samhället jämfört med arbetsgivarens. Strategin att sträva efter ”outbytbart”, för att få mer att säga till om, var delvis också en strategi för *att bli mer synlig* och därmed mer värderad av arbetsgivaren.

6 Diskussion

I detta kapitel analyserar och diskuterar vi studiens resultat utifrån valda teorier. Deltagarnas upplevelser och erfarenheter av arbetet i vården analyseras med utgångspunkt i Siegrists (1996) teoretiska modell om obalans mellan arbetsinsats och belöning. Deltagarnas handlingsstrategier analyseras med hjälp av coping-teori (Lazarus & Folkman 1984, Tobin m fl 1989) samt med Hirschmans teori (1970) om Exit, Voice, Loyalty. Vi inriktar oss på att söka förklaringar till de ungas förhållningssätt och ageranden i relation till organisationen samt belysa dess konsekvenser. Vi diskuterar även studiens resultat i förhållande till tidigare forskning på området, samt studiens begränsningar. Förslag till konkreta förbättringar och strategiska utmaningar för organisationen presenteras, liksom förslag till fortsatt forskningsinriktning på området.

Upplevd obalans mellan arbetsinsats och belöning

I den genomförda studien var de viktigaste motiven för att söka sig till vården en önskan att arbeta med människor, att få göra något meningsfullt och att få utvecklas. Vi kan konstatera att det är just dessa saker som står för de positiva upplevelserna av arbetet i vården. Av studien framkommer en bild av att deltagarna i stora drag trivs med sitt arbete i så måtto att de är nöjda med sitt yrkesval och att de upplever att arbetet inom sjukvården är både meningsfullt och utvecklande. Samtidigt visar studien på olika sätt att de unga brottas med att hantera en hel del negativa upplevelser och erfarenheter. De svårigheter i arbetet som deltagarna i studien tar upp kan kopplas till att de som unga, för det första, är relativt nya i sin yrkesroll. För det andra, till att de unga i studien upplever en utsatt situation både på arbetsmarknaden och i organisationen. Deltagarna är i början av sina yrkeskarriärer, då mycket handlar om att lära sig hur man förhåller sig till omvärldens och sina egna krav och förväntningar – utöver att lära sig hantera det ansvar som följer yrkesutövningen. Deltagarna upplevde små möjligheter att förändra verksamheten och att kunna påverka sin situation. Som ny, ung och vikarie hade många av deltagarna ett utgångsläge som skulle kunna ses som längst ner i hierarkin.

Vi börjar med att analysera upplevelserna av arbetet utifrån Siegrists (1996) teoretiska modell om obalans mellan arbetsinsats och belöning. Vi kan av studiens resultat konstatera att den upplevda *arbetsinsatsen* är högre än vad deltagarna förväntat sig när de sökte sig till vården. De hade inte trott att det skulle vara ”så tungt” och ”så slitigt”. Deltagarna kunde uppleva att arbetet gick ut över privatlivet och upplevde sig framför allt pressade av *yttre krav* i arbetet, att alltid ställa upp, men det fanns även inslag av *inre krav* på att utvecklas, prestera och göra ett bra jobb. Deras upplevelser ska här också sättas i relation till att de inte

kände tillräckligt med stöd att hantera den höga arbetsbelastningen och att stå ensam med ansvar som ny.

Deltagarnas förväntningar på *belöning* handlar dels om att få uppskattning för arbetsinsatsen, dels om att få utlopp för drivkrafter som gjort att man sökt sig till vården. Att få utlopp för viktiga drivkrafter kan liknas vid belöningar som faller under begreppet statuskontroll, till exempel att få prestera, ha en viss position, tillhöra en viss grupp, något som Siegrist (1996) betraktar som viktiga delar i belöningen. De belöningar som de unga förväntar sig handlar alltså om att få arbeta med människor, göra något viktigt och att få utvecklas. I det stora hela ser vi att de unga upplever att de får ut detta av sitt arbete i sjukvården. Samtidigt visar studien att möjlighet till utveckling till viss del hämmas av otrygga anställningar, både till följd av att visstidsanställda utestängs från kompetensutvecklingsinsatser, men också till följd av att den anställde själv avgränsar sitt engagemang i verksamhetens utvecklingsarbete. Möjligheterna att kunna göra en viktig insats och hjälpa människor upplevdes också bli begränsade av administration och andra ”mindre viktiga” arbetsuppgifter.

Majoriteten av deltagarna i studien hade tidsbegränsade anställningar och negativa upplevelser och erfarenheter som var kopplade till en utsatt anställningssituation. I tider med anställningsstopp och tuff konkurrens på arbetsmarknaden kunde varken förväntningar på anställningstrygghet eller möjligheten att byta arbetsplats och vidareutvecklas i en stor organisation, fullt ut infrias. Detta bidrog troligen till upplevelsen av att inte få tillräcklig belöning. De unga i studien kunde uppleva att de ”slet”, men inte fick något tillbaka, ”inte ens ett fast jobb”. Siegrist (1996) menar att just anställningsförhållanden är en viktig belönande faktor som också anknyter till det sociala sammanhanget som arbetet utgör för individen. Otrygga anställningar ger upphov till låg belöning i statuskontroll, eftersom hela den sociala samvaron ruckas.

Av Siegrists (1996) modell framgår att en upplevd hög arbetsinsats från den anställde skapar förväntningar på en hög belöning. De ungas återkommande uttalanden om att de ”sliter för en skitlön” kan tydligt ses som att belöningen inte upplevs tillräckligt kompensera arbetsinsatsen. Trots att deltagarna menar att lönen inte varit särskilt viktig när de valde att söka sig till vården och att de hade haft kännedom om att lönerna var låga, upplevs detta ändå som ett problem. Deltagarna upplevde sig dåligt avlönade i förhållande till det arbete som de utförde. Jämförelser gjordes med arbeten inom kommunala eller privata arbetsplatser som enligt deltagarna bedömdes ”mindre viktiga” eller ”mindre kvalificerade”, men bättre betalda. Eftersom återkoppling på arbetet inte heller kom från arbetsgivaren, utan från patienter eller kollegor, kände sig deltagarna inte värderade eller uppskattade av arbetsgivaren.

Vi kan sammantaget konstatera en upplevd obalans mellan arbetsinsats och belöning – att förväntningar på arbetsinsats och på belöning inte motsvarades av dem som fanns när de sökt sig till vården.

Olika hanteringsstrategier och förhållningssätt

Framträdande hanteringsstrategier

De strategier som deltagarna använde sig av för att hantera negativa upplevelser och erfarenheter kännetecknas av både problem- och känslfokuserad coping (Folkman & Lazarus 1985), med inslag av mer eller mindre aktiva eller passiva förhållningssätt (Tobin m fl 1989). Vi har i studien identifierat fem framträdande hanteringsstrategier i studien som kortfattat beskrivs nedan.

Ta hjälp av andra. Hanteringsstrategin att söka kollegialt stöd förekom hos samtliga yrkesgrupper framförallt för att hantera svårigheten av att vara ny i yrket och ha en tuff arbetsbelastning. Att söka stöd från omgivningen kan ses som ett aktivt förhållningssätt som både ger problem- och känslfokuserad coping, i den mån de unga genom sina kollegor både får hjälp att lösa sina problem och stöd att hantera sina känslor.

Gränssättning av uppdraget. För att hantera en tuff arbetsbelastning använde sig de unga i studien också av olika former av gränssättning av uppdraget. Det kunde handla om att försöka gå hem när arbetstiden var slut, att försöka delegera/prioritera arbetet, definiera det egna ansvaret för patienterna eller avgränsa antalet patienter. Dessa hanteringsstrategier ser vi som aktiva, problemfokuserade strategier som syftar till att få en lösning på problemet. Gränssättning av uppdraget var en strategi som deltagarna i studien verkade ha svårigheter att tillämpa i praktisk bemärkelse.

Söka sig vidare. Andra aktiva hanteringsstrategier som kom fram i studien, men som inte alltid tillämpades, var de som handlade om att byta arbetsplats, specialitetsinriktning eller yrke. Dessa strategier var kopplade till att försöka få en bättre arbetssituation, totalt sett. För undersköterskorna handlade det specifikt om att tänka sig att lämna yrket för att få bättre möjligheter till utveckling, eller för att man inte trodde sig orka fysiskt, för läkarna om att byta specialitet för att kunna kombinera arbetet med familj. För samtliga yrkesgrupper var strategin att byta arbetsplats en aktiv problemfokuserad coping för att hantera maktlöshet och orimliga arbetsförhållanden. För en del av deltagarna var planerna på att söka sig vidare mer av en mental flyktväg, där vetskapen om möjligheten kan ha fungerat som en känslfokuserad coping.

Avskärma engagemang. Hanteringsstrategin att avgränsa engagemang i förhållande till arbetet sågs som ett sätt att hantera känslor av att inte vara uppskattad och värderad av arbetsgivaren. Det var ett sätt att avskärma sig mot organisationen. De fall då deltagarna aktivt valde att vara snåla mot arbetsgivaren, att inte ställa upp extra eller att inte dra igång nya utvecklingsprojekt, kan liknas vid

problemfokuserad, passiv coping. Hanteringen syftar till att lösa ett konkret problem, exempelvis att som visstidsanställd skapa mer utrymme att kunna söka nya jobb, men förhållningssättet att avskärma sig står för ett reaktivt och passivt förhållningssätt.

Invänta bättre tider. Deltagarnas hanteringsstrategier visade i vissa fall även på passiva förhållningssätt som resignation. De unga i studien försökte hantera både svårigheterna med att vara ny i yrket och med att inte uppleva något inflytande genom att stå ut i nuet, blicka framåt och hoppas att situationen skulle förändras. De försökte se "ljuset i tunneln" och på så sätt hantera sina negativa känslor. För läkarna handlade valet av strategi också om att det fanns en tradition av att göra några "hundår", för att senare i karriären få det bättre.

Hanteringsstrategier befäster obalans

Om vi kopplar de olika hanteringsstrategierna till den tidigare konstaterade obalansen mellan arbetsinsats och belöning kan vi se att strategierna påverkar obalansen. Aktiva strategier som att ta hjälp av andra, söka stöd hos kollegor eller att söka sig vidare för att få mer utveckling eller kanske mer att säga till om, kan leda till ökad belöning och därmed minskad obalans. Detta kan även sägas gälla de hanteringsstrategier som exempelvis handlade om strävan efter att göra sig mindre utbytbar, genom att specialisera sig mer i yrket. Hos deltagarna fanns istället hanteringsstrategier som att dra ner på arbetsinsatsen, som gränssättning av uppdrag och avgränsning av engagemang. Risken med dessa hanteringsstrategier är dock att möjligheterna till belöning i form av patientuppskattning och känslan av att göra en viktig insats samtidigt minskar. Deltagarnas svårigheter med att gränssätta arbetet i praktiken skulle kunna bero just på att de genom avgränsningen tar bort en av de få positiva återkopplingar på arbetsinsatsen som de upplevde sig få.

Att inte delta i verksamhetens utvecklingsarbete är också en strategi som hindrar en viktig drivkraft som utveckling och därmed belöning. Hanteringsstrategierna som minskar arbetsinsats parallellt med minskad belöning riskerar att bilda negativa handlingsspiraler, där den anställde aldrig upplever en tillräcklig belöning i förhållande till arbetsinsatsen.

I valet mellan Exit och Voice

De hanteringsstrategier som vi ser i studien kan också kopplas till Hirschmans (1970) teori om hur anställda förhåller sig till organisationen. *Exit* motsvarar här valet att söka sig vidare, att lämna vården, byta yrke, specialitet eller arbetsplats. *Voice* motsvaras av att försöka förändra och förbättra. *Loyalty* motsvaras av valet att vara kvar och stödja organisationen.

Då deltagarna i huvudsak trivdes med sina yrkesval, var benägenheten till *Exit* i form av att helt lämna vårdsektorn eller vårddyrket inte särskilt påtaglig. De flesta hade dessutom investerat i en längre högskoleutbildning, vilket gör förutsättningarna för att sadla om till ett nytt yrke begränsade i praktiken. Benägenheten att lämna Region Skåne som arbetsgivare kan däremot sägas vara större. Deltagarna beskriver ett missnöje med såväl organisation som arbetsgivare. De privata alternativ som nämndes, liksom kommunerna, upplevdes dock inte kunna ge samma utvecklingsmöjligheter som den offentliga vården kan. Så länge inga reella alternativ står till buds förblir de unga i studien kvar i den offentliga vården. Rörligheten bort från den offentligt drivna vården kan sägas vara latent.

Ett högst reellt *Exit*-alternativ var däremot att söka sig till en ny arbetsplats inom Region Skåne, även om rörligheten vid studiens genomförande till viss del var begränsad på grund av anställningsstopp. Att byta arbetsplats sågs av de unga i studien både som en utvecklingsmöjlighet och som ett sätt att hantera problem på den nuvarande arbetsplatsen.

Studien indikerar att *Voice* är en problematisk strategi. Det passiva förhållningssättet att inte anse det "lönt" att ens försöka förändra, kan förklaras antingen utifrån tidigare erfarenheter av att ha misslyckats eller utifrån att de upplevde sig ha litet handlingsutrymme "längst ner i hierarkin". Enligt Hirschman (1970) minskar just benägenheten att använda sig av *Voice* om de anställda inte upplever sig ha möjlighet att påverka. I studien fanns exempel på svårigheter i att ta till *Voice* kopplat till en utsatt anställningssituation. För att kunna få en eftertraktad tjänst upplevde man exempelvis att det inte gick att kritisera för mycket. Valet mellan att försöka förändra verksamheten och att få anställningstrygghet eller kunna ta ett kliv i karriären syntes enkelt. Det passiva förhållningssättet "vänta och se" kan lite tillspetsat sägas gå ut på att de unga avstår från *Voice*. De "köper" att de inte kan förändra organisationen, och räknar med att mer makt och inflytande kommer att komma till dem senare, med ökad ålder och erfarenhet.

Att "vänta och se" är den strategi som närmast kan beskrivas stå för *Loyalty*, valet att stanna kvar och stödja organisationen. Av de ungas passiva förhållningssätt ser vi att lojaliteten inte främst har sin utgångspunkt i att de *vill* stödja organisationen, utan att de helt enkelt sätter sin egen karriär främst. Man kan säga att lojaliteten med den egna karriären minskar benägenheten till *Voice*. Detta indikerar en problematisk användning av *Voice* i samband med byte av arbetsplats. I vår studie sågs byte av arbetsplats som en förutsättning för utveckling/karriär. Risken att få sämre referenser och därmed mindre möjlighet till att byta arbetsplats/göra karriär skulle kunna förklara varför man avstår från att framföra kritik och ifrågasätta verksamheten. Att utvecklingsmöjligheter var en stark drivkraft för de unga i studien kan tala för att *Exit*-strategin, i form av byte av arbetsplats, är en överordnad hanteringsstrategi i jämförelse med *Voice* och *Loyalty*. Det som tydligast framkom i vår studie var att deltagarna byter arbetsplats först när de känner att de inte längre kan påverka en ohållbar anställ-

ningssituation, när de bedömer sig ha uttömt möjligheterna till att försöka förändra. Det vill säga att *Exit* föregås av *Voice*. Detta skulle ge stöd för att *Voice* är den primära strategin och först när den strategin inte bedöms möjlig/lyckosam, används den sekundära *Exit*-strategin, att söka sig vidare. Oavsett hur det förhåller sig kan vi fundera över om *Voice* egentligen är ett reellt alternativ i jämförelse med *Exit* och *Loyalty*, när utvecklingsmöjligheter är en så stark drivkraft hos de unga i studien. Sammantaget tolkar vi resultaten som att deltagarna i studien befinner sig i valet mellan *Exit* och *Voice*, det vill säga mellan att byta arbetsplats eller stanna kvar och försöka förändra.

Möjliga konsekvenser för organisationen

Inverkan på framtida förhållningssätt

Några av deltagarnas hanteringsstrategier kan förmodligen ha positivt långsiktiga konsekvenser, både för dem själva och för sjukvården. Att söka stöd hos kollegor, vidareutbildning, byte av arbetsplats eller specialisering, kan ge erfarenheter och kunskaper som både kan komma individen själv och organisationen till godo. Däremot kan andra hanteringsstrategier med mer passiva inslag riskera att få mer negativa konsekvenser. De strategier som deltagarna använde var ett sätt att hantera svårigheter och problem i en specifik situation. Om problemen kvarstår att hantera under längre tid finns en risk att den kortsiktiga hanteringen blir en kvarvarande långsiktig strategi. Lazarus och Folkman (1984) menar att när en individ utsätts för samma sak om och om igen är det troligt att reaktionen på situationen tenderar att bli automatisk. Passiva hanteringsstrategier som önsketänkande, att se ljuset i tunneln eller resignation, riskerar att få långsiktigt negativa konsekvenser (Tobin m fl 1989, Pallant & Lae 2002). Risken är att deltagarnas passiva hanteringsstrategier påverkar deras framtida förhållningssätt. I studien kan vi se tendenser till detta, att de redan har gett upp, ”det går inte att göra något åt situationen”, ”det går inte att påverka beslut högre upp”, ”det är ingen som lyssnar” etcetera. De ser inte heller sin egen roll i att förbättra situationen, utan lägger över ansvaret på organisationen att lösa de problem som de upplever. Passivt väntar man också in ökad makt som väntas komma med åren. Risken som vi ser kan snarare vara att problemet kvarstår eller till och med ökar i takt med att familjebildning ställer högre krav på att kunna förena arbete med familj. Om framtiden inte upplevs bli bättre riskerar den anställde att känna sig sviken och lurad, med risk för ytterligare resignation. Vi ställer oss frågan hur en tidig tillämpning av passiva förhållningssätt i yrkeslivet påverkar framtida förhållningssätt och medarbetarskap, liksom möjligheter till yrkesutveckling.

Risk för ökad ohälsa

Utifrån Siegrists (1996) resonemang finns en risk för ökad ohälsa hos de anställda när det uppstår en obalans mellan arbetsinsats och belöning. Medarbetare

som upplever obalanser kan därmed sägas riskera sämre hälsa. Hälsan hos deltagarna togs inte upp som en särskild frågeställning i studien. Det som framkom var att undersköterskorna uttryckte att den fysiskt tunga arbetsbelastningen hade gett dem besvär, och övriga grupper vittnade om psykiska påfrestningar i arbetet som hade fått dem att må dåligt.

Av studien ser vi att de hanteringsstrategier som används av deltagarna riskerar att befästa obalanser. Vi ser också att deltagarna använder sig av passiva hanteringsstrategier, vilket i studier blivit förknippade med sämre välbefinnande och ökad risk för ohälsa (Månsson 2006, Tobin m fl 1989). Den höga arbetsbelastning som deltagarna gav uttryck för kan också på längre sikt tänkas leda till känslor av mental utmattning. Enligt Rafnsdottir med flera (2003) finns ett starkt samband mellan upplevd tidspress och känslan av mental utmattning. Hälsoproblem och upplevelser av en sämre livssituation är också kopplade till lägre engagemang i arbetet (Wikman 2005). Så även om deltagarna i dag inte upplever sin hälsa som ett problem kan de på sikt riskera att utveckla ohälsa kopplad till sin anställningssituation och sin coping.

Sedan tidigare finns forskning där ohälsa kopplas till inlåsningseffekter på arbetsmarknaden (Månsson 2006). Då studien indikerar att de unga ser Exit-strategier både som ett sätt att få utveckling och att kunna lämna en ohållbar arbetsituation, kan vi se risker för ökad ohälsa om möjligheterna till Exit begränsas. Här kan vi fundera över hälsokonsekvenser av långvarigt anställningsstopp, liksom begränsningar i möjligheter för undersköterskor att vidareutbilda sig och för läkare att byta specialiseringsriktning.

Viktig förändringskraft tillvaratas inte

För deltagare med tidsbegränsade anställningar kan valet att inte delta i verksamhetens utvecklingsarbete verka logisk, eftersom det saknas tydlighet om hur resultatet av arbetsinsatsen skulle komma dem själva till del. Det är inte heller svårt att föreställa sig att anställda med visstidsanställning av naturliga skäl måste rikta sin energi mot att söka nya jobb för att trygga framtiden. Individens avgränsning att inte delta i utvecklingsarbete får dock konsekvenser för verksamhetens möjligheter till förändring. I studien ser vi att en utsatt anställningssituation gör det problematiskt att försöka förändra verksamheten, att föra fram kritik till ledningen. Det tyder på att det finns arbetsplatser där klimatet inte är tillåtande och där det finns ett motstånd mot förändringsarbete eller att tillvarata de ungas erfarenheter och idéer.

Vi ser i studien att Exit-strategier, som att byta arbetsplats, kan vara den enda tillgängliga lösningen för en individ. För organisationen kan det också vara positivt med en viss intern rörlighet, men konsekvensen kan också vara att nyttig förändringskraft inte tas tillvara. För unga som värnar sin karriär kan det vara enklare att byta arbetsplats än att försöka förändra strukturer på den nuvarande

arbetsplatsen. Problem i verksamheten kvarstår dock för nästa unga generation att hantera. Vilka möjliga konsekvenser får det för vårdens utveckling, om det skulle vara så att Voice generellt sett inte upplevs som ett reellt alternativ för unga, att de inte ges möjlighet att påverka vårdens utformning och utveckling? Vi kan också fundera över om det kan vara specifikt unga som hanterar maktlöshet genom att byta arbetsplats istället för att vara kvar och försöka förändra maktstrukturen.

Benägenhet att lämna organisationen

Avgränsningen av engagemang i arbetet var i studien en strategi för att hantera en utsatthet både på arbetsmarknaden och i organisationen. Det passiva förhållningssättet uppkom mot bakgrund av att ha en utsatt anställningssituation, att man inte känt sig uppskattad av arbetsgivaren eller upplevt sig ha blivit illa behandlad. Vi ser förhållningssättet att avskärma sitt engagemang i arbetet och att bli snål mot arbetsgivaren som en minskad lojalitet mot organisationen. För organisationen kan ett minskat engagemang få ödesdigra konsekvenser, eftersom verksamheten inom hälso- och sjukvården bygger på medarbetarnas engagemang. Den arbetstagare som har lågt engagemang kan få svårt att själv motivera patienter till behandlingar och att orka stötta patienter och deras anhöriga i svåra livssituationer. Medarbetare som är engagerade i verksamhetens utveckling brukar ses som en viktig framgångsfaktor för organisationer. Wikman (2005) pekar på att engagerade arbetstagare är en tillgång för organisationer genom att de har större kreativitet och arbetar effektivare.

I vår studie ser vi att deltagarna uttrycker missnöje på olika sätt, trots att de i stort upplever sig nöjda med sitt yrkesval och tycker att de har intressanta och utvecklande arbeten. Studien visar att deltagarna har haft andra förväntningar på arbetet – och framför allt på arbetsgivaren. Det fanns en förväntan av att få en trygg och förutsägbar anställning, att ha en rimlig arbetsbelastning, att få utveckling i arbetet, att kunna ägna tid till patienter, att få en bra introduktion och att få känna sig uppskattad av arbetsgivaren. När de unga i studien inte upplever att förväntningarna infrias uppstår ett missnöje riktat mot organisationen. Man kan se det som att lojaliteten till organisationen försvagas. Forskning visar att arbetstagare som inte får det som de uppfattar sig berättigade till känner sig mer missnöjda, sänker sin prestationsnivå, är mindre lojala mot företaget och har högre intention att sluta sina anställningar (Robinson 1996, Isaksson & Bellaagh 2005).

Missnöjet kan kopplas till de negativa upplevelsorna och erfarenheterna, inte minst då deltagarna känt sig illa bemötta i samband med förlängning av vikariat eller i situationer när de försökt förändra sin situation. Att inte uppleva sin arbetsinsats värderad minskade också förtroendet för arbetsgivaren. Deltagarna jämförde med den privata sektorn och menade att där fanns mycket av det som efterfrågades i form av högre lön, bättre anställningsförmåner och kortare besluts-

vägar. Utifrån dagens arbetsmarknad, med relativt få privata alternativ inom sjukvården, är de anställdas möjligheter att lämna den offentliga vården små. De privata alternativ som finns upplevs inte heller som tillräckligt attraktiva, eftersom de inte kan ge lika stora utvecklingsmöjligheter. Vid en förändrad arbetsmarknadssituation riskerar de anställda att inte vara benägna att stanna kvar och vara lojala mot organisationen. Vi har i kapitel 3 tidigare presenterat flera undersökningar som visar på anställdas önskan att lämna sitt arbete. Läkarna, som är den grupp som har längst utbildning, har minst benägenhet att lämna sitt yrke, samtidigt har de en hög benägenhet att lämna organisationen. I en undersökning bland yngre läkare uppger sig 87 procent vara intresserade av att arbeta i egen privat verksamhet och 89 procent överväger en karriär utanför landstinget (Larsson & Ericsson 2003).

En annan förklaring till missnöjet kan vara upplevelsen av obalans mellan arbetsinsats och belöning. Månsson (2006) har i analys av offentliganställdas upplevda arbetsmiljö visat på samband mellan missnöje och obalans mellan arbetsinsats och belöning. Missnöjda anställda hade inte balans mellan arbetsbelastning och belöning, medan nöjda upplevde att de positiva delarna i arbetet övervägde, att belöningen var högre än arbetsbelastningen. Någon skillnad i missnöje kunde varken kopplas till ålder eller anställningsform. Däremot fanns en skillnad mellan yrkesgrupper, där läkare återfanns bland dem som hade högst skillnad mellan upplevd arbetsbelastning och belöning.

Månsson (2006) visar på att missnöjda i högre grad använde sig av passiv coping och nöjda av aktiv coping. Passiva hanteringsstrategier som vi ser hos deltagarna i studien kan därför ses som ett sätt att hantera missnöje. Vi frågar oss om tillämpning av passiva hanteringsstrategier som avgränsning av engagemang och resignation, skulle kunna leda till ett ökat missnöje och på sikt påverka anställdas vilja att inte bara lämna organisationen, utan även vården som verksamhet.

Unga inga ambassadörer för vården

Det stora flertalet av deltagarna kunde inte tänka sig att rekommendera sjukvården som arbetsplats till syskon, vänner eller släktingar. Några deltagare hade aktivt avrått syskon från att söka sig till sjukvården. De menade att arbetet var mycket tuffare och tyngre än de själva trott och att de därför inte ville locka in andra i något som kanske var svårt att förstå vad det innebar. Vi fick intryck av att de ville skydda sina syskon från liknande svårigheter som de själva mött. Några deltagare ansåg även att de inte ville rekommendera sjukvården eftersom arbetsmarknaden var så dålig, att det inte sågs som lönt att söka sig dit. Andra argument var dåliga anställningsvillkor och lön.

Det paradoxala är att deltagarna själva säger att de trivs med sina yrken och att de troligtvis kommer att vara kvar inom sjukvården. Denna paradox mellan vad

de säger för egen del och vilket budskap som riktats utåt, skulle kunna förklaras med att deltagarna i själva verket inte är så nöjda med sitt yrkesval som de säger sig vara. Det man uppger i studien skulle i så fall vara en form av rättfärdigande inför sig själv till varför man fortfarande är kvar inom yrket. Den altruistiska drivkraften kan också tänkas rättfärdiga valet av att man är kvar, trots att man inte trivs. Att arbeta för den ”goda saken” blir förklaringen som gör att man kan leverera, utan att man behöver framstå som dum för att man är kvar och ”sliter för en skitlön”. En annan tolkning av paradoxen är att deltagarna inte är missnöjda med sitt yrkesval, utan missnöjda med faktorer som har att göra med organisationen. Ännu opublicerade resultat från en stor enkätstudie på sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster 2,5 år efter examen, stödjer detta resonemang. Den visar på ett utbrett missnöje med arbetsledning och arbetsorganisation i vården, men majoriteten av de tillfrågade var nöjda med sitt yrkesval (Öhman, ännu opublicerade resultat).

En förklaring är att just den upplevda obalansen mellan arbetsinsats och belöning gör det svårt att rekommendera någon annan att hamna i samma situation – att inte känna sig uppskattad trots att man tycker sig göra en viktig och stor insats. Att inte rekommendera vården blir också konsekvensen av en svag lojalitet till organisationen, trots att man kanske är nöjd med sitt yrkesval och arbetet i sig.

Ungas rekommendationer att ”inte välja vården”, kan medföra stora problem för sjukvården att rekrytera framtida medarbetare, inte minst då unga skapar sina föreställningar tillsammans med andra unga. Det kan självklart vara avskräckande för potentiella anställda att höra att någon som arbetar inom vården avråder från att söka sig dit.

Koppling till tidigare forskningsresultat

Av denna studie framgår att de mest framträdande drivkrafterna, oberoende av yrke, är att få arbeta med och för människor och att få möjlighet till utveckling. Dessa identifierade drivkrafter bekräftas av resultat från tidigare studier om varför man söker sig till vården (till exempel Nyman 1988, Hammarberg 1990). Just möjligheten till kontakt med patienter och det utbyte som detta ger är en vanlig motivationsfaktor i människonära arbeten (Wikman 2005). Drivkrafterna hos de unga i studien är tydliga utslag av postmaterialistiska arbetsvärderingar som altruism och självförverkligande, vilket inte minst stöds av Hagströms och Westerholms (1998) forskning om sjuksköterskors värderingar. Kopplingen mellan lörens ökade betydelse över tid till arbetsbelastningen (Hagström & Kjellberg 2005) kan vi se paralleller till i vår studie. Lönen upplevdes vara mindre viktig/obetydlig när man sökte sig till vården, men en hög upplevd arbetsinsats upplevdes inte ge tillräcklig lön för mödan.

Negativa upplevelser och erfarenheter av arbetet som de unga tar upp i studien återfinns tydligt i de tidigare undersökningarna som gjorts på anställda i vården (till exempel Nyman 1988, Håkansson & Jarneryd 1995, Landstingsförbundet 2003). Det handlar om tuff arbetsbelastning, brist på inflytande och missnöje med att inte känna sig uppskattad. De svårigheter i arbetet som vår studie visar på kan liknas vid de identifierade psykosociala stressorerna i Herttings forskning (2003). Att lämnas efter/stå utanför en organisation som också ses som otillräcklig speglar de upplevelser som deltagarna hade av att vara i en utsatt situation och stå ensamma att hantera ”den omöjliga ekvationen”. De möjligheter som vi utifrån resultatet av vår studie lyfter fram, att förbättra förutsättningar för inflytande och utvecklings- och karriärmöjligheter, stämmer också väl med Herttings (2003) identifierade motivatorer.

Frustrationerna i arbetet som kommer fram i studien har också fångats i en tidigare kvalitativ studie på sjuksköterskor som lämnat den offentliga vården till förmån för ett bemanningsföretag (Allvin m fl 2003). Vårdarbetet beskrivs här som ett *gränslöst arbete*, i flera dimensioner: kraven är oändliga, arbetstider inte fasta, stora krav på tillgänglighet och att ställa upp när som helst, ansvaret inte tydligt avgränsat, och det finns en lojalitet till kolleger och samhället ”att inte svika”. Hos sjuksköterskorna som lämnat landstinget kunde två olika förhållningssätt ses, relaterat till ålder. Förhållningssättet ”aldrig mera landstinget”, det vill säga en mer bitter inställning, var mer utbredd bland dem över 40 år. Förhållningssättet ”det här passar mig just nu”, som en del i att förverkliga sina livsplaner, var ett mer vanligt förhållningssätt bland dem under 40 år. Kritiken från de unga tycktes inte främst riktad till landstinget som arbetsgivare, utan mot en trög och stor organisation. De upprördes över invanda och orubbliga rutiner inom landstinget. Skillnaden gentemot de äldre var att de äldre just tycktes sluta på grund av att de inte fick stabilitet och förutsägbarhet i organisationen. Allvin med flera (2003) resonerar att de yngres förhållningssätt mer handlar om att vara lojal mot sig själv och den egna karriären, att de unga i högre grad skaffar sig kontroll genom att ”rösta med fötterna”, vilket kan jämföras med de identifierade Exit-strategierna i vår studie om att söka sig vidare, att vidareutbilda sig eller byta arbetsplats.

I vår studie ser vi att passiva förhållningssätt som avskärmning av engagemang och resignation kunde kopplas till negativa upplevelser och erfarenheter och ett missnöje mot arbetsgivaren. Denna koppling bekräftas av tidigare forskning (Månsson 2006).

Vi har inte hittat någon forskning som bekräftar användning av Exit-strategier utifrån samma helhetsperspektiv som vi pekar på i vår studie: att Exit är ett sätt att både hantera viktiga drivkrafter som utveckling och upplevda svårigheter på arbetsplatsen, samtidigt som Voice-strategier på olika sätt upplevs problematiska. Däremot finns det tidigare forskning på anställda vid ett svenskt universitets-

sjukhus som visar att de copingstrategier som används för att hantera otrygghet i arbetet främst var kopplade till Exit och Voice (Sverke & Hellgren 2001).

Studiens begränsningar

Resultatet i studien speglar upplevelser och erfarenheter hos en liten grupp unga individer. Det finns därmed en risk för att dessa få deltagare inte fångar in alla de aspekter som kan vara av intresse, att det finns unga anställda i verksamheter som inte representeras i studien som skulle kunna ge andra bilder, att skillnaden mellan att arbeta på ett litet sjukhus och ett stort inte kommer fram etcetera. En begränsning i studien är således att deltagarna inte är representativa för unga anställda inom hälso- och sjukvården i stort. Majoriteten av deltagarna hade exempelvis ingen fast tjänst, vilket inte speglar de faktiska anställningsvillkoren. Deltagarnas fokus på anställningsotrygghet kan därför tänkas vara ett mindre utbrett fenomen för ett representativt urval unga anställda i hälso- och sjukvården. En orsak till deltagarnas negativa upplevelser med vikariat kan dock vara att de befinner sig i en ålder när det börjat bli aktuellt med att bilda familj, då det kan kännas angeläget att få besked om hur ens framtid och ekonomiska trygghet kommer att se ut. Resultaten bör även ses mot bakgrund av tidpunkten för genomförandet. Hösten 2005 hade Region Skånes kärva ekonomiska läge, med restriktivitet i nyanställning och prövning av vakanta tjänster, fått fullt genomslag. Arbetsmarknaden för nyutexaminerade var relativt tuff och högkonjunkturen hade fortfarande inte skapat den ökning av arbetstillfällen som väntats, med en växande ungdomsarbetslöshet som följd. Deltagarna upplevde själva att det var stor konkurrens om lediga jobb och att deras möjligheter att få en fast tjänst var mycket begränsade. Fokuseringen på anställningsotrygghet är lättare att förstå när deltagarnas alternativ till att få visstidsanställningar var att hamna i arbetslöshet.

Då vi under de sista intervjutillfällena uppfattade att några väsentligt nya aspekter egentligen inte kom fram, att mättnad uppstod, bedömer vi ändå att studien fångar de mest framträdande tendenserna hos unga i vården. Detta stöds av tidigare kvantitativa och kvalitativa undersökningar om upplevelser av arbetet i vården.

Studien har även begränsningar som har med metodvalet att göra. Då vår undersökning utgår från frågor kring det egna yrkesvalet och varför man trivs/inte trivs med det arbete man går till vare dag, fanns säkert inslag av oreflekterade svar som mer svarar på omgivningens förväntningar. Detta hade vi svårt att komma runt i analysen. Möjligtvis skulle enskilda intervjuer ha öppnat upp för bättre analys om vad som egentligen är avgörande för att lämna/stanna kvar i ett yrke/på en arbetsplats. Vi bedömer däremot att vi bättre lyckades komma runt föreställningar om ålder, eftersom vi inte specifikt frågade deltagarna om hur det

är att vara ung i vården, även om det var det perspektivet vi egentligen velat fånga.

Vi vill i detta sammanhang också lyfta en fundering kring yrkesspecifika fokusgrupper, som i och för sig svarar mot kraven på homogenitet, men som vi tror kan utsluta uttryck och attityder som går emot de normer som varje yrkesgrupp förväntas ha. I fokusgrupperna framkom det kollegiala samspelet som finns inom respektive yrke tydligt i samtalsmönstret. Exempelvis karaktäriserades samtalet i läkargrupperna av långa monologer, och i undersköterskegrupperna av interagerande, korta repliker där man fyllde i varandras meningar.

Vid flera tillfällen upplevde vi att fokusgruppen som metod också användes av deltagarna som en hanteringsstrategi. Fokusgruppen blev ett forum för att få stöd/bekräftelse samt att stämma av idéer på hur de skulle hantera en svår situation på hemmaplan. Möjligtvis kan detta ha påverkat resultatet i någon riktning, men vi har svårt att bedöma på vilket sätt. För oss bekräftar det snarare behovet av att träffas kolleger emellan, även över verksamhets/specialitetsgränser, och vikten av att få lyfta oro/ångestladdade känslor som olika situationer gett upphov till.

Sammantaget är resultatet av studien inte helt generaliserbara och säger därför inte hur unga över lag i hälso- och sjukvården varken förhåller sig till sitt arbete eller till att vara kvar i vården. Studien väcker däremot viktiga frågor kring hur upplevelser hos unga i vården formar deras fortsatta förutsättningar i yrkeslivet, hur det påverkar deras engagemang och vilja att arbeta kvar i sjukvården och deras möjligheter att göra ett bra arbete och bidra till sjukvårdens utveckling.

Förslag till fortsatta studier

Faktakunskap om anställdas upplevelser av arbetet i vården saknas egentligen inte. Det vi ändå med en kvantitativ studie skulle vilja få belyst är om de upplevelser och erfarenheter som denna studie främst ger uttryck för är generella för unga i hälso- och sjukvården, samt om de hanteringsstrategier och förhållningssätt som vi identifierat fångar helhetsbilden. Vi skulle även vilja få klarlagt i vilken grad skillnader i hanteringsstrategier och förhållningssätt mellan unga och äldre kan förklaras av ungas särskilda arbetsvillkor.

Utifrån studiens resultat ser vi dessutom två huvudinriktningar för fortsatt forskning. Den ena handlar om *Exitprocessen* i hälso- och sjukvården – att utveckla en modell för att systematiskt kunna fånga upp varför anställda byter arbetsplats eller lämnar organisationen. Den andra handlar om *hur lojaliteten till organisationen kan stärkas*, hur incitamentsstrukturer i en organisation med olika utbildningsbakgrund och individuella skillnader i förväntningar på arbetet kan utvecklas.

7 Praktisk tillämpning

Nedan följer det som vi av studiens huvudsakliga bidrag ser att aktörer inom hälso- och sjukvården har att arbeta vidare med. Det handlar både om konkreta förbättringar som relativt enkelt skulle kunna genomföras, och om utmaningar att arbeta mer långsiktigt med. Strategiskt viktiga områden för en framtida kompetensförsörjning identifieras.

Förändra anställningspolicy

En konkret åtgärd från arbetsgivarens sida för att förbättra situationen är att se över tillämpningen av olika former av visstidsanställningar. Vi har i studien sett tydliga tecken på att passiva strategier används som avgränsning av engagemang för att hantera den utsatthet som tillfälliga anställningar innebär för den enskilde. Enligt en undersökning från SCB (2001) har en tredjedel av vårdpersonalen i åldersgruppen 25–35 år tillfälliga anställningar. Bland dem som är under 30 år är andelen visstidsanställningar ännu högre.

Region Skåne är en stor arbetsgivare, och möjligheten borde därför finnas att i större utsträckning besätta tjänster där ett längre behov föreligger, med fasta anställningar. Några förvaltningar inom Region Skåne arbetar redan, vad vi erfar, utifrån detta sätt med låg andel visstidsanställningar. I gengäld har de fasta tjänsterna som erbjuds som regel inte någon fast placering, vilket innebär att den enskilde fortfarande måste byta arbetsplats när den ordinarie anställde kommer tillbaka. Likväl ger denna lösning en ökad trygghet och en garanterad inkomst, och som skapar helt andra möjligheter till framförhållning än en visstidsanställning. Flera deltagare berättade att de fått sin anställning förlängd gång på gång och till slut fått en fast anställning enligt gällande lagstiftning. Det fanns tecken på att långa tjänstledigheter eller utlåningar till annat sjukhus inte ersattes med annat än visstidsanställningar. Graviditeter och annan frånvaro kunde också vara skäl till att fastna i visstidsanställningar. Med en annan anställningspolicy skulle år av osäkerhet och otrygghet kunna minskas.

En förändring av arbetsgivarens attityder och bemötande vid hantering av förlängning av visstidsanställningar skulle också vara tämligen enkel att genomföra. För att få unga anställda mer motiverade och engagerade med högre benägenhet att stanna i vården är det troligtvis önskvärt att ha längre anställningsperioder än 2–3 månader i stöten. Besked till den anställde bör också kunna lämnas med rimlig framförhållning.

Förbättra introduktion och stöd till nyanställda

En annan konkret åtgärd är att se över introduktionen för nyanställda. Studien visar att flera av de svårigheter som de unga upplever kan kopplas till att de är nya i arbetslivet eller i yrkesrollen. Deltagarna menade att de direkt efter utbild-

ningen till och med hade accepterat en lägre lön i utbyte mot möjligheten att långsamt få slussas in i arbetet med kontinuerligt stöd från en erfaren handledare. En möjlighet att underlätta för nyanställda är att inrätta traineeprogram eller motsvarande, där både handledning/mentorskap och nätverk kan utgöra kompletterande inslag. Deltagarna såg också att olika former av traineetjänster skulle ge dem möjlighet att prova på vilken inriktning eller vilken typ av verksamhet de var mest intresserade av.

En annan förbättringsmöjlighet som deltagarna tog upp var att erbjuda organiserade handledningsgrupper för att få stöd i att hantera olika problem. Det fanns ett stort behov hos deltagarna i studien att få diskutera med kollegor, både utifrån praktiska problem och även mer mentala svårigheter. För just unga och nyutbildade är det förmodligen extra angeläget att känna att det finns både praktisk hjälp och möjlighet till mentalt stöd när man befinner sig i en övermäktig situation. Endast ett fåtal menade att det idag fanns sådana forum. Psykiatrin nämndes som förebild, liksom vissa av läkarnas utbildningsprogram. Vi kan se att organiserade handledningsgrupper eller andra reflekterande forum behövs utifrån den arbetsplats man befinner sig på. Vi tror dock att även yrkesspecifika forum blir allt viktigare i och med att arbetet organiseras i team, vilket förstärker ensamheten i yrkesrollen och försvårar kunskapsöverföringen mellan erfarna och noviser i yrket.

Minska obalans mellan arbetsinsats och belöning

En utmaning på längre sikt för arbetsgivare i hälso- och sjukvården är att verka för att den upplevda obalansen mellan arbetsinsats och belöning minskar, inte minst för att denna obalans kan kopplas till ökad risk för ohälsa. För sjukvårdens del manar detta till handling eftersom ohälsa får negativa konsekvenser både för individer och för organisationen. Detta kan ses som en trovärdighetsfråga, då målet för verksamheten ju är att främja befolkningens hälsa. Organisationen måste hitta strategier som kan bidra till bättre balans och som verkar både på ett strukturellt plan och på individnivå. Strategierna måste troligen både åstadkomma minskade krav på arbetsinsats och ökade möjligheter till belöning. Det kan handla om att förbättra arbetsförhållanden, möjliggöra återkoppling på arbetsinsatsen och skapa utrymme för drivkrafterna – utveckling och att få arbeta med patienter. Tillämpade strategier som befäster obalanser, som till exempel avgränsning av engagemang i arbetet, kan synliggöras och motverkas både genom förändrad personalpolitik och genom att praktiskt försöka stödja individer att använda mer aktiva, hälsoskapande strategier. I vissa lägen kan det krävas att individen får hjälp att hitta lösningar på sina problem, även om det handlar om att hantera ett problem som inte finns i arbetet utan i den privata sfären, eftersom detta kan påverka individens upplevelser och förhållningssätt till arbetet och arbetsgivaren (bekräftas bland annat i ännu opublicerade resultat av Öhman).

Uppmuntra aktiva hanteringsstrategier

För att som arbetsgivare kunna hitta lösningar måste man tränga in i varför de passiva strategierna, som avgränsning av engagemang, över huvudtaget används av de unga anställda. Finns de alternativa aktiva strategierna överhuvudtaget tillgängliga för individen? Vilka möjligheter har egentligen de unga att agera annorlunda? Vi ser i studien tendenser till att unga avgränsar sitt engagemang och i mycket resignerar inför de problem de möter i arbetet. De förhåller sig passiva till att själva medverka till förbättringar. Förklaringar till ett passivt förhållningssätt har vi hittat i ungas utsatthet – både på arbetsmarknaden och i organisationen.

Tillämpningen av passiva strategier kan sägas spegla strukturella problem inom sjukvården med kvarvarande hierarkiska maktstrukturer. De unga upplever sig inte ha något att säga till om, de saknar en naturlig plattform att verka utifrån, de har ingen långsiktig anställningstrygghet – de är som de själva uttrycker det ”längst ner i hierarkin”.

De passiva strategierna måste ses i ljuset av att deltagarna tidigare försökt förändra situationen. Beslutet att lämna en arbetsplats hade föregåtts av aktiva försök att förändra situationen. Man kan säga att organisationens oförmåga att hantera de ungas krav och idéer har skapat passivisering hos de unga. Ska de passiva förhållningssätten kunna brytas och ett engagemang istället växa fram hos de unga måste strukturerna också förändras. Ansvar för detta ligger både hos arbetsgivaren och hos de anställda. En viktig frågeställning för framtiden blir därmed hur mer aktiva förhållningssätt kan uppmuntras eller läras in. De unga anställda måste också ställa sig själva frågan vilket ansvar de har för att skapa något bättre eller i att behålla rådande strukturer. Det kan vara lätt att anpassa sig till den befintliga kulturen på en arbetsplats och anamma de värderingar som finns hos den äldre yrkeskåren. Tidigare forskning har visat på att socialiseringsprocesser i sjukvården i första hand är knutna till yrket och det lärlingssystem där kunskapsöverföring sker (Thunborg 1999). Om organisationen ska försöka medverka till att aktiva hanteringsstrategier uppmuntras, tror vi att det lärandet bör integreras i yrkessocialiseringen.

Stärk lojaliteten till organisationen

Vi kan slutligen konstatera att en svår – men förhoppningsvis inte omöjlig utmaning är att få de unga anställda att bli ambassadörer för sjukvården som arbetsplats.

Utveckling av incitamentsstrukturer utifrån identifierade drivkrafter som utveckling och karriärmöjligheter kan vara ett sätt att stärka lojaliteten. Anställdas engagemang skulle kunna uppmuntras genom att det utgår förmåner, som exempelvis längre utbildningskoncept, traineetjänster med rotation på flera verksamheter eller specialtjänster inriktade på förändringsarbete eller forskning. Sam-

tidigt skulle dessa möjliga förmåner stärka lojalitetsbanden till organisationen. En del av dessa koncept finns idag utvecklade på några håll inom hälso- och sjukvården, men i princip uteslutande för dem med högskoleutbildning. Vår bedömning är att dessa koncept skulle kunna utvecklas mer systematiskt och också finnas för samtliga yrkeskategorier. Då undersköterskeyrket mer och mer blir ett genomgångsyrike, är det en viktig utmaning att både skapa utveckling inom yrket och uppmuntra till utveckling inom andra vårdyrken.

Nyckeln ligger i att på olika sätt stärka banden till Region Skåne och få de unga anställda att vara stolta över att arbeta i vården, tala väl om sin arbetsgivare till andra unga och att aktivt bidra till att Region Skåne blir en mer utvecklande och attraktiv arbetsplats.

Strategiska områden för kompetensförsörjningen

Studien belyser främst vårdens möjligheter att behålla unga medarbetare, men lyfter också fram frågor kring förutsättningar att lyckas rekrytera unga människor till vården och att underlätta inträdet på arbetsmarknaden och i yrkeslivet. Studien indikerar att befintliga strukturer inom vården håller de unga utestängda från delaktighet i vårdens utformning och de större förändringsprocesser som präglar hälso- och sjukvården.

Klart är att sjukvården har goda möjligheter att behålla unga medarbetare utifrån att deras mest centrala drivkrafter kan tas tillvara – att få arbeta med och för människor och få möjlighet till kontinuerlig utveckling. Att kunna erbjuda detta till unga medarbetare är sjukvårdens största attraktionskraft. Den stora organisationen och komplexiteten upplevdes problematiskt att få inflytande i, men gav å andra sidan stora möjligheter till utveckling.

Studien visar också på företeelser som kan medföra risker för att unga inte bara önskar lämna organisationen, utan också sjukvården, trots att man trivs med sitt yrke. Det handlar om att förväntningar på arbetet inte infrias, upplevda obalanser mellan arbetsinsats och belöning, känslor av att inte ha något att säga till om och av att inte känna sig uppskattad och värderad av arbetsgivaren.

De strategier som vården som organisation kan använda sig av i arbetet med att behålla och rekrytera unga medarbetare kan ta sin utgångspunkt både i att förstärka attraktionskrafterna och att motverka de faktorer som gör att anställda vill lämna organisationen. Genom att analysera de ungas förhållningssätt har vi i studien identifierat några strategiskt viktiga områden att jobba vidare med:

- Att arbeta med organisationskulturen så att individers strategier att försöka förändra och förbättra verksamheten uppmuntras och att tillvarata anställdas erfarenheter och idéer.
- Att i linje med att vara en lärande organisation systematiskt försöka fånga upp eventuella förbättringsområden i samband med att anställda byter arbetsplats eller lämnar organisationen.

- Att stimulera möjligheterna till utveckling, utbildning och karriärmöjligheter inom organisationen, för att på så sätt stärka lojaliteten till organisationen och bidra till att inte minst de unga anställda blir ambassadörer för vården.

Vi menar dock att studiens bidrag inte ensamt kan utgöra underlag för att utforma kompetensförsörjningsstrategier. Vi ser risker med att kategorisera medarbetare efter ålder, kön eller yrke, även om det ibland kan vara rationellt. Strategierna borde mer utgå ifrån att stora organisationer, som arbetsgivare inom den offentliga hälso- och sjukvården utgör, måste kunna möta en mångfald av värderingar, förväntningar och förhållningssätt hos medarbetare. Mångfalden av individuella mål hos medarbetarna måste kunna balanseras mot organisationens egna värdegrund och medborgarnas förväntningar och krav. Vi menar också att arbetet med kompetensförsörjning inte får bli en dagslända, utan borde bygga på en uthållig och långsiktig grund. Arbetsgivares intresse för studier av ungas attityder till arbete tenderar annars att vara som störst i tider med högkonjunktur och väntad arbetskraftsbrist då konkurrensen om ungdomar börjar bli påtaglig.

Det är vår övertygelse att val av strategier för arbetsgivare inom hälso- och sjukvården måste böttna i förståelse för samspelet mellan individ och organisation. Anställdas val och strategier påverkas av organisationens utformning och av deras situation och särskilda livs- och arbetsvillkor. Förklaringar på problemen är inte heller alltid åldersberoende utan kan sökas i andra faktorer, som exempelvis att otrygga anställningsvillkor som i högre utsträckning förekommer hos unga. Vi vill även ställa oss bakom ungdomsforskaren, Tom Hagström, som menar att det är viktigt att undvika schabloner om hur ungdomar är, för att inte ytterligare bidra till att förstärka etablerade myter (Hagström 1999). Han beskriver myterna kortfattat i följande citat:

Föreställningar om ungdomar tycks lätt bli hårt skruvade och också motstridande. Å ena sidan är de aktiva, framåt och formerande sina egna villkor, å andra sidan är de passiva, drabbade av samhället. Antingen har de helt andra värderingar än äldre generationer eller så har de i stort sett likadana värderingar som de äldre. Antingen är de bortskämda och vill inte arbeta eller är de mycket angelägna att arbeta men får inte chansen.

Slutligen vill vi uppmana hälso- och sjukvården att tillvarata unga anställdas idéer och erfarenheter, som inte minst borde vara värdefulla i arbetet med att anpassa verksamheten mot förändrade patientrelationer och ökade krav på tillgänglighet och professionellt bemötande i vården.

Sammanfattning

Studien är den första inom forskningsprojektet ”Vårdens attraktionskraft – framtidens medarbetare”, ett samarbete mellan Arbetslivsinstitutet i Malmö och Region Skåne.

Syftet med studien var att belysa hälso- och sjukvårdens förutsättningar att behålla unga anställda genom att försöka fånga hur de förhåller sig till sitt arbete i vården. Studien genomfördes med en kvalitativ metod. Anställda under 30 år på Universitetssjukhusen i Malmö och Lund samt på Trelleborgs lasarett intervjuades i så kallade fokusgrupper. De intervjuade representerade olika yrkeskategorier som läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, läkarsekreterare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och kuratorer. Sammanlagt deltog 29 personer i studien som genomfördes hösten 2005.

Av studien framkommer en bild av att de unga deltagarna i studien i stora drag trivs med sitt arbete i så måtto att de är nöjda med sitt yrkesval och att de upplever att arbetet inom sjukvården både är meningsfullt och utvecklande. Att få arbeta med människor, göra en viktig insats och få möjlighet till utveckling var förknippat med positiva upplevelser av arbetet och även motiv till att man sökt sig till vården. Samtidigt visar studien att deltagarna brottas med en hel del negativa upplevelser som handlar om tuff arbetsbelastning med förväntningar på att ställa upp och arbeta över, att inte kunna ägna tid till patienter, att lämnas ensam med ansvar utan tillräckligt stöd, att ha en otrygg anställning, att uppleva brist på inflytande och inte känna sig uppskattad av arbetsgivaren. Svårigheterna i arbetet kan kopplas till att de som unga är relativt nya i sin yrkesroll och att de upplever en utsatt situation både på arbetsmarknaden och i organisationen.

I studien identifierades fem framträdande strategier för att hantera svårigheterna: *att ta hjälp av andra, gränssättning av uppdraget, att söka sig vidare, avskärma engagemang* och *invänta bättre tider*. Strategierna står för både aktiva och passiva förhållningssätt. Passiva förhållningssätt, som avskärmning av engagemang och att invänta bättre tider, kunde kopplas till negativa upplevelser och erfarenheter och att man känt sig illa behandlad av arbetsgivaren. Strategin att söka sig vidare, genom vidareutbildning, byte av arbetsplats eller specialitetsinriktning, var både ett sätt att hantera svårigheter och en strävan efter att få utvecklas. I studien finns tecken på att en utsatt anställningssituation gör det problematiskt att försöka förändra verksamheten och föra fram kritik till ledningen, samt att det kan upplevas som enklare att byta arbetsplats än att stanna kvar och försöka förändra. Konsekvenser för organisationen av ungas hanteringsstrategier och förhållningssätt diskuteras i rapporten.

Sammantaget bedöms sjukvården ha goda möjligheter att behålla unga medarbetare utifrån att deras mest centrala drivkrafter kan tas tillvara – att få arbeta med och för människor och få möjlighet till kontinuerlig utveckling. Att kunna erbjuda detta till unga medarbetare är sjukvårdens största attraktion. Den stora

organisationen och komplexiteten upplevdes problematisk att få inflytande i, men gav å andra sidan stora möjligheter till utveckling. Då unga upplever att förväntningar på arbetet inte infrias, att de inte får tillräcklig belöning i förhållande till arbetsinsatsen, att de är längst ner i hierarkin och inte känner att de kan påverka sin situation, riskerar de inte bara lämna organisationen utan också sjukvården, trots att man trivs med sitt yrke. Flera deltagare i studien ville inte rekommendera sitt yrke eller vården som arbetsplats till syskon, vänner och bekanta.

Resultatet av studien inte helt generaliserbara och säger därför varken hur unga över lag i hälso- och sjukvården förhåller sig till sitt arbete eller till att vara kvar i vården. Studien väcker däremot viktiga frågor kring hur upplevelser hos unga i vården formar deras fortsatta förutsättningar i yrkeslivet, hur det påverkar deras engagemang och vilja att arbeta kvar i sjukvården och deras möjligheter att göra ett bra arbete och bidra till sjukvårdens utveckling.

Ett avslutande kapitel i rapporten vänder sig till aktörer inom hälso- och sjukvården, där olika förbättringsområden presenteras utifrån studiens resultat. Utöver saker som att exempelvis förändra anställningspolicy och förbättra introduktion och stöd till nyanställda lyfts några strategiskt viktiga områden för kompetensförsörjningen fram:

- Att arbeta med organisationskulturen så att individers strategier att försöka förändra och förbättra verksamheten uppmuntras och att tillvarata anställdas erfarenheter och idéer.
- Att i linje med att vara en lärande organisation systematiskt försöka fånga upp eventuella förbättringsområden i samband med att anställda byter arbetsplats eller lämnar organisationen.
- Att stimulera möjligheterna till utveckling, utbildning och karriärmöjligheter inom organisationen, för att på så sätt stärka lojaliteten till organisationen och bidra till att inte minst de unga anställda blir ambassadörer för vården.

Referenser

- Allvin M, Jacobson A, Isaksson K (2003) *Att avgränsa det gränslösa sjuksköterskearbetet. En intervjustudie om sjuksköterskors villkor och valmöjligheter i bemanningsbranschen*. Arbetsliv i omvandling 2003:12, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Arnell-Gustafsson U (1990) ”’Ungdomsarbetsmarknaden’ och flickorna”, *Arbete-Människa-Miljö*, nr 4, s 238–243.
- Arnell-Gustafsson U (1991) ”Ungdomars arbetsliv – nu och i framtiden”, *Socialmedicinsk tidskrift*, nr 68, s 381–386.
- Arnell-Gustafsson U (2003) ”Ungdomars inträde i arbetslivet – följer för individen och arbetsmarknaden” s 113–134 i von Otter C (red) *Ute och inne i svenskt arbetsliv. Forskare analyserar och spekulerar om trender i framtidens arbete*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Calnan M, Wadsworth E, May M, Smith A & Wainwright D (2004) “Job Strain, Effort–Reward Imbalance, and Stress at Work: Competing or Complementary models?”, *Scandinavian Journal of Public Health*, vol 32, s 84–93
- Esaiasson P, Giljam M, Oscarsson H & Wängnerud L (2002) *Metodpraktikan – Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts juridik
- Folkman S & Lazarus RS (1985) ”If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination”, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol 48, s 150–170.
- Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A & Gruen RJ (1986a) ”Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes”, *Journal of personality and social psychology*, vol 50.
- Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ & DeLongis A (1986b) ”Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms”, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol 50, s 571–579.
- Fürth T, Holmberg I, Larsson O & Raaterova M (2002) *80-talisterna kommer. Om kollektiva egoister, självoppoffrande livsnjutare och andra ungdomar*. Halmstad: Konsultförlaget Uppsala Publishing House.
- Gamberale F, Sconfienza C & Hagström T (1996) *Värderingar och förhållningssätt till arbete bland ungdomar i Sverige. En kartläggning av ett representativt urval*. Arbete och Hälsa 1996:19, Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Gardulf A, Söderström I-L, Orton M-L, Eriksson LE, Arnetz B & Nordstöm G (2005) ”Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs?”, *Journal of Nursing Management*, vol 13, s 329–337.
- Graneheim UH & Lundman B (2004) ”Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness”, *Nurse Education Today*, vol 24, s 105–112.
- Hagström T (red) (1999) *Ungdomar i övergångsåldern – handlingsutrymme och rationalitet på väg in i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.

- Hagström T & Kjellberg A (2005) *Arbetsvärderingars stabilitet och föränderlighet i ett genusperspektiv. Sjuksköterskor och högskoleingenjörer i övergången från yrkesutbildningen in i arbetslivet*. Arbetsliv i omvandling 2005:6, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Hagström T & Westerholm P (1998) "Sjuksköterskors arbetserfarenheter och värderingar. En uppföljning cirka ett och ett halvt år efter yrkesutbildningen", Arbetslivsrapport 1998:6, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Hammarberg L (1990) *Unga i vården: en explorativ studie av unga kvinnors syn på val av utbildning och framtid*. Rapportserie i vårdpedagogik nr 9, november 1990, Stockholm: Institutionen för vårdläroutbildning.
- Hammersley M & Atkinson P (1995) *Ethnography. Principles in practice*. 2:nd ed. London: Routledge.
- Hertting A (2003) *The Health Care Sector: A challenging or Draining Work Environment. Psychosocial Work Experiences and Health among Hospital Employees during the Swedish 1990s*. Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Hirschman AO (1970) *Exit, Voice, Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Håkansson G & Jarneryd J (1995) *Att vara ung på Akademiska sjukhuset: en dialog om utveckling och framtid, "DIALOG 20"*. Rapport nr 7/95. Stockholm: Trygghetsfonden för kommuner och landsting.
- Härenstam A, Johansson K, Wiklund P, Ahlberg-Hultén G & Westberg H (1996) *Lust att vårda eller vårdförlust? En studie av vårdarbetare ur ett internt och externt perspektiv*. Rapport från Yrkesmedicinska enheten 1996:9, Stockholm: Karolinska sjukhuset.
- Isaksson K & Bellaagh K (2005) *Anställningskontrakt och psykologiska kontrakt – förändrade relationer på arbetsplatserna*. Arbete och Hälsa 2005:15, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Johansson G (1996) *Drivkrafter för arbete: Attityder och värderingar i arbetskraften*. Rapport till den Arbetspolitiska kommittén, februari 1996, Stockholm: Psykologiska institutionen.
- Jönsson S (2005) *Client work, job satisfaction and work environment aspects in human service organisations*. Doktorsavhandling, Lund: Psykologiska institutionen.
- Landstingsförbundet (2003) "Jag skulle välja mitt yrke igen". *En jämförande studie av arbetsmiljön mellan yrkesgrupper i vård och andra branscher*. Vårdens villkor, Stockholm.
- Larsson J & Ericsson A (2003) *Karriärenkät 2002 – Unga läkares syn på karriär, anställningsvillkor, ledarskap och jämställdhet*. SYLF, Sveriges Yngre Läkares Förening.
- Lazarus RS & Folkman S (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

- Lindh M-L (2000) *Enkätundersökning "Varför slutar personal vid Universitetssjukhuset i Lund?" Genomförd 2000*. Lund: Universitetssjukhuset i Lund.
- Lindgren G (1999) *Klass, kön och kirurgi. Relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liber AB.
- Lindgren M, Lüthi B, Fürth T (2005) *The MeWe Generation. What business and politics must know about next generation*. Stockholm: Karios Future.
- Loughlin C & Barling J (2001) "Young workers' work values, attitudes, and behaviours", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol 74, s 543–558.
- Lu H, While AE & Barriball KL (2005) "Job satisfaction among nurses: a literature review", *International Journal of Nursing Studies*, vol 42, s 211–227.
- Månson E (2006) "Att vara nöjd med sitt arbete – vad betyder det?" s 37–58 i Petersson H, Leppänen V, Jönsson S & Tranquist J (red) *Villkor i arbete med människor – en antologi om human servicesarbete*. Arbetsliv i omvandling 2006:4, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Nilsson K (2005) *Pension eller arbetsliv? Medarbetare 55 år och äldre inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Nilsson K & Wahlström-Persson K (2002) *Den attraktiva arbetsplatsen – en rapport om nya och yngre medarbetares syn på sin yrkesroll*. Lund: Region Skåne.
- Nyman R (1988) *Ungdomsrapporten. Om arbete i vården*. Personalförsörjningsprojektet, Stockholm: Landstingsförbundet.
- Pallant JF & Lae L (2002) "Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale", *Personality and Individual Differences*, vol 33, s 39–48
- Rafnsdottir G L, Gunnarsdottir HK & Tomasson K (2003) "Work organisation, well-being and health in geriatric care", *Work*, vol 22, s 49–95.
- Robinsson SL (1996) "Trust and breach of the psychological contract", *Administrative Science quarterly*, vol 41, s 574–599.
- Siegrist J (1996) "Adverse Health Effects of High-Effort/Low Reward Conditions", *Journal of Occupational Health Psychology*, vol 1, s 27–34.
- SCB (1992) *Vilka väljer vårdjobb.. vilka stannar kvar? Rörlighet och utbildningsbakgrund för vård- och omsorgspersonal*. Information om arbetsmarknaden 1992:3, Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- SCB (2001) *Val av arbete*. Statistiska centralbyrån, Örebro.
- SCB (2002) *Trender och prognoser 2002*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- SKI (2006) *Anställda i offentlig sektor mera nöjda än privatanställda*. Svenskt MedarbetarIndex 2006, Stockholm: Svenskt Kvalitetsindex.
- SKL (2005a) *Hälso- och sjukvården till 2030. Om sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2005b) *Ungdomsbarometern 2005/2006. Sammanfattning av rapporten Studier och Karriär*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

- Svensson P-G & Starrin B (1996) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Sverke M & Hellgren J (2001) "Exit, Voice and Loyalty Reactions to Job Insecurity in Sweden: Do Unionized and Non-unionized Employees Differ?", *British Journal of Industrial Relations*, vol 39, s 167–182
- Theandersson C (2000) *Jobbet – för lön, lust eller andra värden*. Göteborg: Sociologiska institutionen.
- Thunborg C (1999). *Lärande av yrkesidentiteter. En studie av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor*. Linköping: Filosofiska fakulteten.
- Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV & Wigal JK (1989) "The Hierarchical Factor Structure of the Coping Strategies Inventory", *Cognitive Therapy and Research*, vol 13, s 343–361.
- Ungdomsstyrelsen (2003) *De kallar oss unga. Ungdomsstyrelsens Attityd- och värderingsstudie 2003*. Ungdomsstyrelsens skrifter 2003:1, Stockholm.
- Wibeck V (2000) *Fokusgrupper – om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Wikman A (2005) *Om arbetsengagemang och andra motiv för arbetet än ekonomiska*. Arbetsliv i omvandling 2005:4, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Zavisc M (2006) "Unga kvinnors och mäns situation i arbetslivet. Första redovisning av regeringsuppdrag kring unga kvinnors och mäns (20–35 år) situation i arbetslivet", Dnr 2006-0428, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Öhman A (opublicerade resultat) "Muntlig uppgift kring resultat av genomförda enkätstudier på sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter 2001 samt läkare 2003", Forskningen bedrivs på Umeå Universitet.

Bilaga 1

Intervjuguide fokusgrupper, "Unga möter vården"

Introduktion

- Bakgrund till studien
- Fokusgrupper som metod
- Tillgång och behandling av materialet
- Återkoppling av resultat

Drivkrafter och förväntningar

Hur kom det sig att ni började arbeta inom vården?

Vilka förväntningar hade ni på arbetet? Hur har dessa motsvarats?

Upplevelser, erfarenheter och attityder

Hur tycker ni att det är att arbeta inom sjukvården?

Vad gör att ni trivs/inte trivs?

På vilket sätt kan man säga att sjukvården är attraktiv som arbetsplats för er?
Finns det något som inte är attraktivt?

Skulle ni rekommendera sjukvården som arbetsplats till andra ni känner?

Framtida yrkesliv

Hur tror ni att ni gör om 5 år?

Vad skulle ni vilja göra? Hur upplever ni era möjligheter att göra detta?

Kommer ni att arbeta kvar i sjukvården fram till pension?

Senast utgivna nummer i Arbetslivsinstitutets
vetenskapliga skriftserie ARBETSLIV I OMVANDLING

2005

- 14 Anna Lundstedt:** Vit governmentalitet. "Invandrarkvinnor" och textilhantverk – en diskursanalys (avhandling).
- 15 Marianne Döös, Marika Hanson, Tomas Backström, Lena Wilhelmson och Åsa Hemborg:** Delat ledarskap i svenskt arbetsliv – kartläggning av förekomst och chefers inställning.
- 16 Fredrik Augustsson:** They Did IT. The Formation and Organisation of Interactive Media Production in Sweden (avhandling).

2006

- 1 Johan Hofvendahl:** Riskabla samtal – en analys av potentiella faror i skolans kvarts- och utvecklingssamtal (avhandling).
- 2 Elisabeth Sundin och Gunilla Rapp:** Städerna som försvann. Individerna i den offentliga sektorn.
- 3 Calle Rosengren:** Tiden som form och upplevelse – om relationen mellan arbete och tid.
- 4 Harry Petersson, Vesa Leppänen, Sandra Jönsson och Joakim Tranquist (red):** Villkor i arbete med människor – en antologi om human servicearbete.
- 5 Gunilla Rapp och Elisabeth Sundin:** Deltidsarbetslöshet som lösning eller problem för arbetsgivare och företagare.
- 6 Jenny Sahlström och Carina Bildt:** "Vet ej" – en studie av heteronormativitet i arbetslivet.
- 7 Klas Levinson och Jan Wallenberg:** Partssamverkan i offentlig verksamhet – en undersökning av svensk ledningsmodell i förändring.
- 8 Christian Lundahl:** Viljan att veta vad andra vet. Kunskapsbedömning i tidig-modern, modern och senmodern skola (avhandling).
- 9 Gunilla Olofsdotter:** I skärningspunkten mellan motstridiga krav och intressen – om ledarskap i bemanningsföretag.
- 10 Kerstin Nilsson:** Äldre medarbetares attityder till ett långt arbetsliv. Skillnader mellan olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.
- 11 Eskil Ekstedt och Elisabeth Sundin (red):** Den nya arbetsdelningen – arbets- och näringslivets organisatoriska omvandling i tid, rum och tal.

12 Joakim Landahl: Auktoritet och ansvar. Lärares fostrans- och omsorgsarbete i historisk belysning (avhandling).

- 13 Ann Hedlund:** Från elev till verksam timmerman – en utvecklingsprocess. Utbildning, yrkeserfarenhet och arbetets attraktivitet.
- 14 Anders Wikman:** Arbetetslivets omvandling genom organisatoriska förändringar – en första sammanfattning från Arbetslivsinstitutets kohortstudie.

15 Lena Gonäs, Lennart Hallsten och Roland Spånt: Uppsagdas och arbetslösas villkor och hälsa – en översikt av forskningen 1995–2005.

- 16 Åsa Mäkitalo (red):** Att hantera arbetslöshet. Om social kategorisering och identitetsformering i det senmoderna.
- 17 Elisabeth Sundin och Annette Thörnquist (red):** När anställda blir företagare. Studier om företagande i ett strukturomvandlings- och arbetsmarknadsperspektiv.

2007

- 1 Åke Sandberg, Fredrik Augustsson och Anne Lintala:** IT and Telecom Companies in Kista Science City, Northern Stockholm – Activities, Networks, Skills and Local Qualities.
- 2 Saeid Abbasian och Carina Bildt:** Kvinnors egenföretagande inom upplevelse-ekonomi. Berättelser från Degerfors och Gotland.
- 3 Anna Eklöf och Carina Bildt:** Hälsa, arbete och kön – en utvärdering av en jämställdhetsåtgärd inom vården.
- 4 Ursula Hård, Elisabeth Sundin och Malin Tillmar:** Kvinnors företagande – arbetsmarknadsbeteende och organisatorisk lösning.
- 5 Paulina de los Reyes:** Att segla i motvind. En kvalitativ undersökning om strukturell diskriminering och vardagsrasism inom universitetsvärlden.
- 6 Tomas Backström och Inger Söderberg:** Organiseringens samtal. Om hållbar utformning av organisation och rum.
- 7 Helena Samuelsson och Maria Flink:** Unga möter vården – upplevelser och förhållningssätt hos unga anställda i sjukvården