

Helena Falkenberg, Katharina Näswall, Magnus Sverke

Personalens arbetsattityder och hälsa vid privatisering – en jämförelse mellan två svenska akutsjukhus

Privatiseringar motiveras ofta med höjd effektivitet och kvalitet, men resultatet av en privatisering beror sannolikt på hur personalen reagerar på förändringen. Trots detta är det ännu oklart vilka konsekvenser privatiseringar får för personalen. Här undersöks hur privatiseringen av ett akutsjukhus kan påverka personalens arbetsattityder och självrapporterade ohälsa både på sjukhusnivå och uppdelat på tre hierarkiska nivåer: läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.

Privatiseringar har genomförts över hela världen under de senaste två decennierna i syfte att öka konkurrensen och därmed även produktiviteten och effektiviteten inom olika verksamheter (Megginson & Netter, 2001). I Sverige har en ökad marknadsanpassning skett inom en mängd olika områden, till exempel telekommunikation, kollektivtrafik och elförsörjning. En sektor där en mängd förändringar har skett är inom hälso- och sjukvård (Öhrming & Sverke, 2003), där marknadsanpassningen har inneburit bolagiseringar och privatiseringar av verksamheter som vårdcentraler, äldreboenden och i vissa fall även akutsjukhus.

Det finns ännu inte särskilt mycket forskning kring hur personalen påverkas av privatiseringar, men det verkar som att privatiseringar, liksom andra typer av organisationsförändringar, kan innebära en ökad osäkerhet för personalen (Nelson, Cooper & Jackson, 1995). Osäkerhet är en stressfaktor som kan få en mängd negativa konsekvenser såsom försämrad hälsa och minskad trivsel (Ashford, 1988; Mantler, Matejcek, Matheson & Anisman, 2005; Shaw, Fields, Thacker & Fisher, 1993). Graden av osäkerhet kan troligen variera, exempelvis med mängden information och inflytande över förändringsprocessen. Följaktligen kan reaktionerna på en

Helena Falkenberg, fil mag, doktorand,
hfg@psychology.su.se
Katharina Näswall, docent,
knl@psychology.su.se
Magnus Sverke, professor,
mse@psychology.su.se
Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

förändring också se olika ut. Höga chefer känner troligen att de har mer inflytande över händelseutvecklingen än arbetstagare på lägre hierarkisk nivå (Henry, 2005; Olson & Tetrick, 1988) och faktorer såsom information, kontroll och inflytande har visat sig vara viktiga både för en positiv arbetsmiljö och för att reducera osäkerhet och stress (Hackman & Oldham, 1975; Karasek, 1979). Om det ska vara möjligt att förutse och förebygga negativa konsekvenser av privatisering i arbetsmiljö och medarbetarhälsa är det därför viktigt att ta hänsyn till de anställdas position. Konsekvenser av privatisering är självklart angeläget ur de anställdas perspektiv, men hur personalen reagerar på privatisering bör även få konsekvenser för verksamhetens kvalitet och organisationens ekonomiska resultat och är således av intresse även ur ett organisationsperspektiv.

Syftet med denna studie är att undersöka dels hur privatiseringen av ett sjukhus påverkar olika aspekter av personalens arbetsattityder och ohälsa, dels om effekterna av privatisering skiljer sig mellan yrkeskategorier på olika hierarkiska nivåer. För att studera detta undersöktes två svenska akutsjukhus (S:t Görans och Södertälje sjukhus), både före och efter att det ena sjukhuset privatiserades. Privatiseringen innebar att S:t Görans sjukhus övergick i privat ägo, medan finansieringen fortfarande i huvudsak kom från landstinget. På båda sjukhusen studerades förändringar i arbetsattityder (arbetstrivsel, organisationsamhörighet och intention till uppsägning) samt ohälsa (psykiska och fysiska hälsobesvär och känslomässig utmattning) för yrkeskategorier på tre hierarkiska nivåer – läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.

Bakgrund till privatiseringar inom hälso- och sjukvård

Syftet med privatiseringar kan vara både ekonomiskt och ideologiskt. Ekonomiskt är utgångspunkten att organisationer som privatiseras utsätts för marknads-ekonomisk konkurrens och därmed krav på lönsamhet för att överleva. Detta antas leda till både kostnadseffektivisering och kvalitetsutveckling (Bishop, Kay & Mayer, 1994). Ideologiskt syftar privatiseringar till att minska det offentliga makt över medborgarna och öka medborgarnas inflytande och valfrihet genom att bryta offentlighetens monopol (Blomqvist & Rothstein, 2000).

De ekonomiska faktorerna har varit viktiga för den ökade marknadsanpassningen inom hälso- och sjukvården. Från 1960 har det skett en kontinuerlig ökning av vårdkostnaderna och det finns anledning att tro att ökningen kommer att fortsätta eftersom andelen äldre i befolkningen stiger (Blomqvist & Rothstein, 2000). I takt med den medicinska forskningens utveckling förbättras möjligheterna att behandla och bota allt fler sjukdomar, vilket i sin tur höjer kraven på behandlingar, mediciner och apparatur från såväl patienter som vårdpersonal (SOU, 2004). För att hejda de allt större kostnaderna för hälso- och sjukvård har marknadsanpassning setts som ett sätt att öka effektiviteten inom sektorn samtidigt som kvalitet upprätthålls (Öhrming & Sverke, 2001).

En rad förändringar som skulle skapa marknadsekonomisk dynamik och stärka medborgarnas valfrihet har genomförts i Sverige. Vårdgarantin som infördes 1992, husläkarreformen 1993 och lagen om systematiskt kvalitetsarbete 1997 är några av dessa förändringar (Bejerot & Hasselbladh, 2002). I Stockholms läns landsting var en av reformerna den så kallade Stockholmsmodellen som bland annat innebar att patienter fick ökad makt att välja vårdgivare och att landstinget företrädde patienten i egenskap av beställare av sjukvård. Landstinget blev på så sätt köpare av sjukvård medan vårdgivarna, det vill säga sjukhus och andra vårdinrättningar, blev producenter (Öhrming & Sverke, 2001). Bland de mest dramatiska uttrycken för det ökade inslaget av marknadsstyrning inom Stockholms läns landsting var bolagiseringen 1994 och privatiseringen 1999 av akutsjukhuset S:t Görän (Öhrming & Sverke, 2001).

Privatiseringen av S:t Görän

Den första januari 1994 blev S:t Görän, som första akutsjukhus i Sverige, ett landstingsägt bolag som skulle drivas utan vinstsyfte. Processen som ledde fram till detta hade påbörjats redan 1992, då Stockholms läns landsting lät olika intressenter lägga anbud på driften av S:t Görans sjukhus (och även Sabbatsbergs sjukhus). Detta resulterade i att ett franskt företag erbjöds halva ägandeskapet av S:t Görän, en lösning som det dock inte gick att nå en överenskommelse om. Landstinget beslutade att istället vidareutveckla S:t Görän som ett oberoende bolag inom landstinget. I samband med denna bolagisering ändrades namnet till S:t Görans Sjukhus AB. En verkställande direktör tillsattes hösten 1993 och en styrelse tillträdde vid årsskiftet 1993/1994. I och med bolagiseringen klargjordes fördelningen av ansvar och befogenheter mellan landstinget och S:t Görän, vilket möjliggjorde en tydligare styrning av sjukhuset från ledning och styrelse. Den verkställande direktören lade mycket kraft på att skapa en samhörighetskänsla inom sjukhuset och att ersätta det gamla förvaltningstänkandet med ett nytt marknadsorienterat och kostnadsmedvetet tankesätt (Öhrming & Sverke, 2001).

År 1998 beslutade Stockholms läns landsting att ett antal bolag skulle säljas till privata aktörer. När det gäller S:t Görans Sjukhus togs det formella beslutet i november 1999, och försäljningen avslutades den sista december 1999, då Investmentbolaget Bure Hälsa och Sjukvård AB (numera Capio AB) tog över aktierna i S:t Görans Sjukhus AB (S:t Görans Sjukhus AB, 1998, 1999). En ny styrelse tillsattes i januari 1999 och styrelsen byttes ännu en gång i början av år 2000. En ny verkställande direktör tillträdde i april år 2000. Redan under bolagstiden hade två kliniker på S:t Görän sålts och efter privatiseringen bildade S:t Görans Sjukhus AB två självständiga dotterbolag av ytterligare två verksamheter (S:t Görans Sjukhus AB, 1999, 2000). Samtidigt utvecklades S:t Görän som nätverkssjukhus, vilket innebar att de olika enheterna inom sjukhuset skulle vara

självständiga, men samtidigt ha ett nära samarbete samt att verksamheter kunde läggas utanför sjukhusets område för att komma närmare patienterna (S:t Görans Sjukhus AB, 1998). I tanken med nätverkssjukhus ingick även att andra aktörer än Stockholms läns landsting skulle kunna finansiera vården, exempelvis andra landsting, försäkringskassor eller försäkringsbolag (Öhrming & Sverke, 2001).

Ända sedan bolagiseringen 1994 har S:t Görans avyttrat verksamheter och samarbetat med andra vårdgivare. Formen med styrelse och VD, självständigheten gentemot landstinget och vanan att sätta upp egna formulerade mål har också funnits sedan bolagiseringen (Öhrming & Sverke, 2001, 2003). Den verkliga förändringen som privatiseringen innebar var att sjukhuset fick en privat huvudman i stället för landstinget, även om finansieringen i huvudsak kom från landstinget genom avtal om vård att utföra. Ytterligare en viktig förändring som privatiseringen innebar var att sjukhuset blev en vinstdrivande verksamhet med reella krav på avkastning till ägarna.

Konsekvenser av privatisering

Privatisering innebär en förändring av huvudmannaskap. En organisation går från att tillhöra det offentliga till att helt eller delvis ägas av en privat aktör. Denna slags ägarförändring kan, men behöver inte, ha gemensamma drag med andra typer av organisationsförändringar, såsom sammanslagningar, uppköp eller nedskärningar. I likhet med sammanslagningar och uppköp innebär privatisering en förändring av ägande (Burke & Cooper, 2000), men det är ingen nödvändig följd att organisationens struktur ändras. På samma sätt kan en privatisering innebära nedskärningar i form av personalneddragningar (Burke & Nelson, 1998), men inte heller detta ligger nödvändigtvis i privatiseringsbegreppet. Kulturen har visat sig kunna förändras inom en organisation som går från att vara offentlig till att bli privat (Cunha & Cooper, 2002), men det är inte givet på samma sätt som vid en sammanslagning eller ett uppköp. Privatisering är således en organisationsförändring som är svår att exakt definiera och konsekvenserna är svåra att förutsäga, särskilt som det ännu endast finns begränsat med forskning kring hur denna typ av förändring påverkar personalen.

Resultaten från de få studier som har undersökt privatiseringars konsekvenser för personalen är till viss del motsägelsefulla. Exempelvis framkom i en longitudinell studie av privatiseringen av ett regionalt vattenverk i Storbritannien att arbetstrivseln sjönk och att den psykiska och fysiska hälsan försämrades i samband med privatiseringen (Nelson m fl, 1995). I motsats till detta visade en portugisisk studie, som med hjälp av både tvärsnittsdata och longitudinella data jämförde en offentlig, en delvis privatiserad och en helt privatiserad organisation, att privatisering var förknippat med högre arbetstrivsel. Privatisering var dock relaterat till en sämre psykisk och fysisk hälsa även i denna studie (Cun-

ha, 2000). Inom hälso- och sjukvård har tvärsnittsstudier visat att sjukhusets driftsform kan ha betydelse för personalens arbetsattityder och upplevelser av arbetsklimatet. Aspekter såsom ledarskap, rättvisa och tillit till ledningen skattades högre av personal som arbetade på bolagiserade och privatiserade sjukhus jämfört med uppfattningarna hos personalen på ett förvaltningsdrivet sjukhus (Hellgren, Sverke, Falkenberg & Baraldi, 2005). Känslan av samhörighet med organisationen skattades däremot högre i en icke-vinstdrivande organisation inom mentalvården jämfört med en vinstdrivande mentalvårdsinstitution (Morris & Bloom, 2002).

Trots delvis motsägelsefulla resultat verkar privatisering vara förknippat med försämrad psykisk och fysisk hälsa. Detta har antagligen att göra med att privatiseringar, i likhet med andra organisationsförändringar, ofta innebär en osäkerhet inför framtiden för de anställda (Ashford, 1988; Burke & Cooper, 2000). Vid förändringar är det vanligt att det uppstår oklarheter om vilka nya krav som kommer att ställas på individerna, vilket försvårar bedömningen om kraven kommer att vara möjliga att behärska. Stress uppstår när det är oklart om den egna förmågan kommer att räcka till för att hantera de krav som kan uppstå (Lazarus & Folkman, 1984). Det har antagits att arbetsbelastningen och kraven på prestation är högre i privatiserade organisationer (Cunha, 2000). Privatisering är dessutom förhållandevis ovanligt för den enskilde arbetstagaren, vilket gör att få anställda har erfarenhet av att handskas med situationen (Nelson m fl, 1995). Sammantaget innebär det att privatisering är en potentiellt mycket stressande händelse för de anställda. Det är dock oklart hur anställda på olika hierarkiska nivåer berörs av en privatisering.

Hierarkisk nivå

Människor berörs främst av händelser i sin närmiljö. Det är således i första hand proximala situationer som tolkas, snarare än mer avlägsna, distala situationer (James & Sells, 1981). Det är sannolikt att en förändring som direkt rör arbetsituationen påverkar arbetstagare mer än en förändring som berör mer avlägsna faktorer (jämför Westlander, 1993). En förändring berör antagligen inte närmiljön för alla anställda i samma utsträckning. Det är därför rimligt att anta att en organisationsförändring kan resultera i olika konsekvenser beroende på i vilken utsträckning som den anställdes närmiljö och direkta arbetsinnehåll påverkas. Att en konkret förändring sker i närmiljön är ett sätt att se på en proximal förändring, men att befinna sig nära beslutsfattandet rörande en förändring har antagligen också betydelse för i vilken utsträckning de anställda påverkas. Det är troligt att personer som själva är med och fattar beslut om en förändring eller personer som hierarkiskt är nära beslutsfattandet också berörs mer av förändringen än personer som befinner sig längre ifrån beslutsfattandet.

På samma sätt är det troligt att tillgången till information och möjligheten till kontroll och inflytande varierar med hierarkisk nivå (Henry, 2005). Anställda på hög hierarkisk nivå har sannolikt större tillgång till information och fler möjligheter att delta och utöva inflytande över förändringsprocessen – faktorer som i tidigare forskning visat sig dämpa negativa konsekvenser av organisationsförändringar (Heller, Pusic, Strauss & Wilpert, 1998). I linje med detta har tidigare studier antagit att höga chefer känner mer kontroll än andra anställda (Henry, 2005; Olson & Tetrick, 1988). De som fattar besluten kring en förändring eller som hierarkiskt befinner sig nära de som fattar besluten kan dock känna ett större ansvar för att förändringen genomförs på ett framgångsrikt sätt, något som kan vara en källa till osäkerhet och oro (Väänänen, Pahkin, Kalimo & Buunk, 2004). Anställda på en lägre hierarkisk nivå kan också känna osäkerhet och oro, men av andra skäl. Brist på information och avsaknad av kontroll över förändringen kan innebära en större osäkerhet och privatisering har visat sig kunna försämra den fysiska hälsan för anställda på en låg hierarkisk nivå (Nelson m fl, 1995).

Utifrån resonemanget ovan är det möjligt att anta att när det gäller sjukhus kan läkare, som är den yrkesgrupp bland vårdpersonalen som befinner sig närmast beslutsfattandet, komma att beröras mer än yrkesgrupper som befinner sig längre ifrån beslutsfattandet. Samtidigt har läkare möjligen en större kontroll över förändringen, vilket kan innebära att eventuella negativa konsekvenser av förändringen dämpas. Sjuksköterskor antas bli berörda i mindre utsträckning än läkare medan undersköterskor, enligt resonemanget, skulle beröras minst. Avståndet från beslutsfattandet för sjuksköterskor och undersköterskor kan således innebära färre konsekvenser av förändringen, men en tänkbar brist på kontroll skulle kunna resultera i att de konsekvenser som ändå uppstår upplevs som mer negativa för dessa yrkesgrupper. Vårdpersonal har dock i tidigare studier visat sig känna en inneboende säkerhet gällande utförandet och målet med sitt arbete (Öhrming & Sverke, 2003), något som skulle kunna innebära att även en relativt omfattande förändring inte påverkar den säkerhet som vårdpersonal ofta känner i det dagliga arbetet.

Syfte

Det finns således en hel del oklarheter om hur personalen påverkas när en organisation privatiseras. Både positiva och negativa konsekvenser av privatisering har framkommit i tidigare studier. Denna studie syftar därför till att explicit undersöka hur en privatisering kan påverka personalens arbetsrelaterade attityder och hälsa. Eftersom det är inte tillräckligt utrett vilken roll hierarkisk nivå spelar i sammanhanget syftar studien även till att undersöka hur personal på olika hierarkiska nivåer reagerar på privatisering. Mer konkret är vår avsikt att svara på följande frågeställningar:

1. Är privatisering associerat med förbättringar eller försämringar i arbetsattityder (arbetstrivsel, organisationssamhörighet och intention till uppsägning) och ohälsa (psykiska och fysiska hälsobesvär samt känslomässig utmattning)?
2. Är effekterna av privatisering olika för yrkeskategorier på olika hierarkisk nivå (läkare, sjuksköterskor och undersköterskor)?

Metod

Urval och procedur

Basnivådata samlades in under 1998 (Tid 1), alltså mer än ett år innan privatiseringen genomfördes i december 1999. Den uppföljande datainsamlingen genomfördes 2002 (Tid 2), ungefär två år efter det att privatiseringen genomförts. Datainsamlingen omfattade både det privatiserade S:t Görans Sjukhus AB och det landstingsdrivna Södertälje sjukhus. Sjukhusen är båda akutsjukhus och jämförbara i storlek, men Södertälje sjukhus har förblivit förvaltningsdrivet inom Stockholms läns landsting under hela tiden för datainsamlingen. Även om mindre strukturella förändringar har genomförts på Södertälje har sjukhuset förändrats i mindre utsträckning än S:t Görans som genomgick privatiseringen under samma period.

Data samlades in med enkäter som skickades hem till samtliga läkare, sjuksköterskor och undersköterskor på de båda sjukhusen tillsammans med ett brev som förklarade syftet med undersökningen. I brevet försäkrades även att svaren skulle behandlas konfidentiellt och det klargjordes att det var fullkomligt frivilligt att besvara enkäten. Ytterligare ett brev, där sjukhusledningen på respektive sjukhus gav sitt stöd till undersökningen, samt ett förfrankerat svarskuvert, medföljde utskicken. På grund av personalomsättningen på sjukhusen och den relativt långa tidsperioden mellan undersökningstillfällena var det tyvärr många som endast besvarade enkäten vid det första eller andra undersökningstillfället. I denna studie ingår endast de personer som har besvarat enkäten vid bägge undersökningstillfällena och som dessutom har kompletta data i studiens samtliga variabler.

S:t Görans sjukhus. Sammanlagt fick 954 läkare, sjuksköterskor och undersköterskor enkäten på S:t Görans sjukhus vid det första undersökningstillfället varav 544 personer besvarade och återsände enkäten (svarsfrekvens 57 procent). Vid det andra undersökningstillfället vände vi oss till totalt 1 090 personer och av dessa var det 620 som besvarade enkäten (svarsfrekvens 57 procent). Av dem som deltagit i undersökningen vid det första undersökningstillfället arbetade 269 personer fortfarande kvar vid det andra undersökningstillfället. Av dessa deltog 214 (80 procent) även vid Tid 2. Det effektiva urvalet (där endast de med kompletta data i studiens samtliga variabler togs med) på S:t Görans utgörs av 39

läkare, 82 sjuksköterskor och 53 undersköterskor. Medelåldern för dessa var 43 år (SD = 10), anställningstiden på sjukhuset var i medeltal 10 år (SD = 8) och 76 procent var kvinnor.

Södertälje sjukhus. På Södertälje sjukhus skickades enkäter till totalt 842 läkare, sjuksköterskor och undersköterskor vid det första undersökningstillfället. Av dessa besvarades 583 enkäter (svarsfrekvens 69 procent). Vid det andra undersökningstillfället skickades enkäten till 957 personer och 700 svarade (svarsfrekvens 73 procent). Det var 325 personer av dem som besvarat enkäten vid Tid 1 som arbetade kvar också vid Tid 2 och av dessa besvarade 274 (84 procent) enkäten en andra gång. Det effektiva urvalet (där endast de med kompletta data i studiens samtliga variabler togs med) från Södertälje sjukhus består av 20 läkare, 97 sjuksköterskor och 101 undersköterskor. För dessa var medelåldern 46 år (SD = 10), anställningstiden på sjukhuset var i medeltal 15 år (SD = 9) och 84 procent var kvinnor.

Bortfallsanalys. För att studera om urvalen på de båda sjukhusen påverkats av självselektion genomfördes en bortfallsanalys för varje sjukhus. I bortfallsanalysen jämfördes skillnader i ålder, anställningstid, kön och Tid 1-värden för studiens samtliga variabler mellan följande tre grupper: (1) de som besvarade enkäten vid båda tillfällena (studiens longitudinella urval); (2) de som arbetade kvar på sjukhuset vid Tid 2, men som då inte besvarade enkäten; (3) de som inte längre arbetade på sjukhuset vid Tid 2. Resultaten av bortfallsanalysen visade att det i stort sett inte fanns några skillnader mellan det longitudinella urvalet och de som arbetade kvar på sjukhuset vid Tid 2, men som valde att inte besvara enkäten vid det andra undersökningstillfället. De skillnader som fanns var mellan dem som besvarade enkäten vid bägge tillfällena och de som hade lämnat sjukhuset vid det andra undersökningstillfället. De som hade lämnat sjukhuset vid Tid 2 rapporterade generellt mer negativa arbetsrelaterade attityder och sämre hälsa vid det första undersökningstillfället, jämfört med det longitudinella urvalet. Mönstret var detsamma på båda sjukhusen.

Enkäten

Beskrivande statistik, korrelationer och reliabilitet för samtliga variabler för båda sjukhusen vid respektive mättillfälle samt test-retest-korrelationer över tid redovisas i *appendix 1*. Överlag var reliabilitetskoefficienterna (Cronbach's alpha, se Cronbach, 1951) över 0,70 och anses därmed som godtagbara (Nunnally, 1978). Referenser till skalorna, samt exempel på frågor som ingår finns i *tabell 1*.

Arbetsattityder. De variabler som ingår i arbetsattityder är arbetstrivsel, organisationssamhörighet och intention till uppsägning. Samtliga påståenden mättes med en femgradig svarsskala (1 = stämmer inte alls, 5 = stämmer helt). Skalan för arbetstrivsel består av tre påståenden och syftar till att fånga en affektiv dimension av trivsel. Det är en generell trivsel med arbetet snarare än

Tabell 1. Förteckning över i studien ingående variabler.

Mått	Antal frågor	Exempel på frågor som ingår	Referens
Arbetsattityder			
Arbetstrivsel 1 = stämmer inte alls, 5 = stämmer helt	3	Jag känner att jag trivs på mitt arbete	Hellgren, Sverke & Isaksson (1999), baserad på Brayfield & Rothe (1951)
Organisationssamhörighet 1 = stämmer inte alls, 5 = stämmer helt	4	Jag känner att jag är en viktig del av mitt sjukhus	Frågor från Mowday, Steers & Porter (1979); Cook & Wall (1980); Guest & Dewe (1991)
Intention till uppsägning 1 = stämmer inte alls, 5 = stämmer helt	3	Jag känner för att säga upp mig från min nuvarande anställning	Sjöberg och Sverke (2000) baserad på Lyons (1971) och Camman, Fishman, Jenkins & Klesh (1979)
Ohälsa			
Mentala hälsobesvär 0 = aldrig, 3 = alltid	12	Har du de senaste veckorna känt dig väldigt pressad?	Goldberg (1972, 1978)
Fysiska hälsobesvär 1 = aldrig eller nästan aldrig, 5 = alltid/nästan alltid	10	Har du under de senaste 12 månaderna lidit av huvudvärk	Isaksson och Johansson (1997), baserad på Andersson (1986)
Känslomässig utmattning 1 = stämmer inte alls, 5 = stämmer helt	9	Jag känner mig förbrukad när arbetsdagen är slut	Maslach, Jackson & Leiter (1996)

tillfredsställelsen med specifika aspekter av arbetet som avses. Organisationssamhörighet mättes med fyra frågor som utvecklades för att fånga Allen och Meyers (1990) affektiva dimension av organisationssamhörighet och fångar en allmän psykologisk identifikation med organisationen. Intention till uppsägning är en skala som består av tre påståenden och speglar individens önskan att frivilligt lämna organisationen.

Ohälsa. De ohälsvariabler som ingår i den här undersökningen är mentala hälsobesvär, fysiska hälsobesvär och känslomässig utmattning. Skalan för mentala hälsobesvär (GHQ) är tänkt att fånga hur ofta undersökningsdeltagarna upplevde olika psykiska symptom på stress, såsom koncentrationssvårigheter och nedstämdhet. De tolv frågorna mättes med en fyrgradig svarsskala (0 = aldrig, 3 = alltid). Skalan för fysiska hälsobesvär består av frågor om arbetstagaren har upplevt olika hälsobesvär såsom huvudvärk, led- och muskelvärk, besvär med hjärta och bröst et cetera under de senaste tolv månaderna. De tio frågorna besvarades på en femgradig svarsskala (1 = aldrig eller nästan aldrig, 5 = alltid eller nästan alltid). Känslomässig utmattning är en underdimension av utbrändhet, och skalan som mäter detta består av nio påståenden som mäter i vilken utsträckning den tillfrågade känner sig känslomässigt uttömd och i vilken grad som kontakten med patienterna upplevs som pressande. Påståendena besvarades på en femgradig svarsskala (1 = stämmer inte alls, 5 = stämmer helt).

Kontrollvariabler. Ålder (i år), anställningstid på sjukhuset (i år) samt kön (1 = kvinna, 0 = man) inkluderades som kontrollvariabler.

Analys

För att undersöka konsekvenserna av privatisering för anställda på olika hierarkisk nivå genomfördes en multivariat variansanalys med kovariat (MANCOVA). Kovariaten utgjordes av Tid 1-värden för samtliga variabler samt ålder, anställningstid på sjukhuset och kön. Genom att på detta sätt kontrollera för initialvärden samt för ålder, anställningstid och kön är det möjligt att studera hur de undersökta variablerna förändras över tid. De oberoende variablerna bestod dels av sjukhustyp med två nivåer (privatiserat, förvaltningsdrivet) och dels av hierarkisk nivå med tre nivåer (läkare, sjuksköterska, undersköterska). Det som analyserades var för det första huvudeffekten av sjukhustyp, där en signifikant effekt innebär att det privatiserade sjukhuset och det förvaltningsdrivna sjukhuset utvecklats olika mellan Tid 1 och Tid 2, oavsett hierarkisk nivå. För det andra undersöktes huvudeffekten av hierarkisk nivå, där en signifikant effekt betyder att de hierarkiska nivåerna utvecklats olika mellan de två undersökningstillfällena, oavsett sjukhustillhörighet. För det tredje analyserades interaktionseffekten mellan sjukhustyp och hierarkisk nivå. En signifikant interaktionseffekt innebär att de hierarkiska nivåerna utvecklats olika på det privatiserade sjukhuset jämfört med det förvaltningsdrivna sjukhuset. De multivariata effekterna följdes upp med univariata F-test för att närmare undersöka vilka variabler som förändrades över tid. För att analysera hur de specifika hierarkiska nivåerna skiljer sig åt genomfördes kontrasttest med den högsta nivån (läkare) som referensgrupp.

Resultat

Av *tabell 2* framgår medelvärden för samtliga variabler för de olika hierarkiska nivåerna på det privatiserade S:t Görans och det förvaltningsdrivna Södertälje sjukhus, före och efter privatiseringen av S:t Görans. Tabellen redovisar även resultaten av de uppföljande univariata F-testen.

Den multivariata effekten av sjukhustyp var signifikant ($F[6,372] = 2,86$, $p < ,01$) vilket innebär att sjukhusen S:t Görans och Södertälje utvecklades olika mellan Tid 1 och Tid 2. Däremot framkom inte någon signifikant multivariat effekt av hierarkisk nivå ($F[12,746] = 1,52$, $p > ,05$), vilket innebär att de tre yrkesgrupperna generellt inte utvecklades olika mellan de båda undersökningstillfällena. Interaktionen mellan sjukhustyp och hierarkisk nivå var däremot signifikant i den multivariata analysen ($F[12,746] = 2,04$, $p < ,05$). Det innebär att utvecklingen för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor skilde sig åt mellan det privatiserade och det förvaltningsdrivna sjukhuset. Samtliga kovariat utom anställningstid gav upphov till multivariata effekter (se not i *tabell 2*).

Tabell 2. Medelvärden och test för medelvärdesskillnader.

Variabel	S:t Göran		Södertälje		F ^a Sjukhus	Univariata effekter		F ^b Ålder	Kovariat	
	Tid 1	Tid 2	Tid 1	Tid 2		F ^c Nivå	F ^d Sjukhus x Nivå		F ^e Ånstilltid	F ^f Kön
ARBETSATTITYDER										
Arbetsrivsel										
Läkare	3,91	3,85	4,00	3,47	,95	,42	7,66***	7,00**	1,26	7,67**
Sjuksköterskor	4,16	3,80	3,85	4,08						
Undersköterskor	4,13	4,00	3,89	3,79						
Totalt	4,11	3,89	3,88	3,89		,28	3,16*	,94	,00	,22
Organisationsomhörighet										
Läkare	3,19	3,27	2,99	2,98						
Sjuksköterskor	3,08	3,03	2,55	2,99						
Undersköterskor	3,01	3,08	2,63	2,83						
Totalt	3,09	2,63	3,10	2,92						
Intention till uppsägning										
Läkare	1,87	2,03	1,90	2,83	3,64	3,29*	9,09***	8,48**	,43	1,24
Sjuksköterskor	1,82	2,17	2,21	1,91						
Undersköterskor	1,93	1,91	2,35	2,16						
Totalt	1,86	2,24	2,04	2,12						
OHÄLSA										
Psykiska hälsobesvär										
Läkare	2,29	2,17	2,20	2,27	,91	,26	1,44	,00	,00	,03
Sjuksköterskor	2,15	2,14	2,19	2,12						
Undersköterskor	2,23	2,17	2,22	2,18						
Totalt	2,21	2,21	2,15	2,16						
Fysiska hälsobesvär										
Läkare	2,03	1,95	2,17	2,51	14,24***	3,01	3,60*	,00	2,51	4,45*
Sjuksköterskor	1,96	1,97	2,17	2,13						
Undersköterskor	2,12	1,97	2,08	2,05						
Totalt	2,03	2,13	1,97	2,14						
Känslomässig utmattning										
Läkare	2,60	2,30	2,54	2,67	3,27	3,54*	3,30*	9,59**	1,19	,02
Sjuksköterskor	2,25	2,13	2,40	2,13						
Undersköterskor	2,24	2,11	2,31	2,14						
Totalt	2,32	2,36	2,15	2,18						

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$; n privatiserat sjukhus = 174; n förvaltningsdrivet sjukhus = 218; Skala 1-5 för alla variabler utom för psykiska hälsobesvär (0-3).
^a Univariata F -test för Tid 2 skillnader eller kontroll för ålder, anställningstid på sjukhuset, kön och initialvärden för samtliga variabler.
^b Multivariata F -test. Huvudeffekter: Sjukhus: $F(16,372) = 2,86, p < .01$; Hierarkisk nivå: $F(12,746) = 1,52, p = ns$. Interaktion Sjukhus x Hierarkisk nivå: $F(12,746) = 2,04, p < .05$. Tid 1 arbetsrivsel: $F(6,372) = 4,04, p < .001$; Tid 1 organisationsomhörighet: $F(6,372) = 14,77, p < .001$; Tid 1 intention till uppsägning: $F(6,372) = 4,48, p < .001$; Tid 1 psykiska hälsobesvär: $F(6,372) = 13,96, p < .001$; Tid 1 fysiska hälsobesvär: $F(6,372) = 24,22, p < .001$; Tid 1 känslomässig utmattning: $F(6,372) = 9,20, p < .001$.
 Kovariat: Ålder: $F(6,372) = 3,53, p < .01$; Anställningstid: $F(6,372) = 1,95, p = ns$; Kön: $F(6,372) = 3,04, p < .01$.

Arbetsattityder

Arbetstrivsel. För arbetstrivsel framkom varken någon signifikant univariat effekt av sjukhustyp eller hierarkisk nivå, men däremot en signifikant interaktionseffekt mellan sjukhustyp och nivå, efter kontroll för initialskillnader för samliga variabler samt ålder, anställningstid och kön. Vid närmare analys av interaktionseffekten visade det sig att medan arbetstrivseln knappt förändrades för läkarna på S:t Görans sjukhus, minskade trivseln betydligt för läkarna på Södertälje sjukhus. Sjuksköterskorna på S:t Göran och även undersköterskorna på samma sjukhus, rapporterade minskad trivsel mellan Tid 1 och Tid 2. Sjuksköterskorna på Södertälje uppgav däremot ökad trivsel, medan undersköterskorna uppgav att trivseln minskat något. Vid närmare analys av kovariaten framkom att äldre personer rapporterade högre trivsel och att kvinnor rapporterade högre trivsel än män.

Organisationssamhörighet. Den enda univariata effekt som framkom för organisationssamhörighet efter kontroll för demografi och samtliga variablers Tid 1-värden var en interaktion mellan sjukhustyp och hierarkisk nivå. Nivån av samhörighet ökade något för läkare på S:t Göran, men var i stort sett oförändrad för läkare på Södertälje sjukhus. Sjuksköterskorna på S:t Göran rapporterade en marginell minskning av organisationssamhörigheten, medan känslan av samhörighet med organisationen steg för sjuksköterskorna på Södertälje. Undersköterskorna på båda sjukhusen rapporterade en ökning av organisationssamhörighet, men ökningen var större på Södertälje.

Intention till uppsägning. För intention till uppsägning framkom signifikanta univariata effekter av hierarkisk nivå liksom av interaktionen mellan sjukhustyp och hierarkisk nivå, efter att hänsyn tagits till Tid 1-värden för alla variabler samt ålder, anställningstid och kön. Trots att den multivariata effekten av hierarkisk nivå inte var signifikant, framkom således en univariat effekt på intention till uppsägning. Överlag steg intentionen att sluta för yrkesgruppen läkare, medan nivån var oförändrad för sjuksköterskor och sjönk för undersköterskor. Läkarna hade enligt kontrasttesten det högsta värdet för denna variabel vid Tid 2 och var således den yrkesgrupp som var mest benägen att säga upp sig. Eftersom den multivariata huvudeffekten för hierarkisk nivå inte var signifikant bör detta resultat dock tolkas med försiktighet. När interaktionseffekten analyserades visade det sig att läkarna på S:t Göran rapporterade en något ökad intention till uppsägning. För sjuksköterskorna var ökningen större, medan intentionen var i stort sett oförändrad för undersköterskorna. Läkarna på Södertälje rapporterade en markant ökad intention att vilja säga upp sig. För sjuksköterskorna och undersköterskorna på samma sjukhus var förändringen den motsatta; för dessa grupper minskade intentionen att sluta sitt arbete på sjukhuset. Den univariata effekten av kovariatet ålder visade att yngre anställda var mer benägna att säga upp sig än äldre.

Ohälsa

Psykosiska hälsobesvär. När det gäller psykosiska hälsobesvär framkom inga univariata effekter, efter kontroll för ålder, anställningstid, kön samt Tid 1-värden för samtliga variabler. Varken sjukhusen eller de hierarkiska nivåerna utvecklades således olika mellan Tid 1 och Tid 2 när det gäller psykosiska hälsobesvär.

Fysiska hälsobesvär. För fysiska hälsobesvär uppkom univariata effekter av sjukhustyp samt av interaktionen mellan sjukhustyp och hierarkisk nivå, efter kontroll för ålder, anställningstid och kön samt initialskillnaderna för samtliga variabler. Den univariata effekten av sjukhustyp visade att de fysiska hälsobesvärerna sjönk överlag på S:t Görans, medan nivån var relativt oförändrad på Södertälje. När interaktionseffekten studerades närmare framkom att förekomsten av fysiska hälsobesvär minskade något eller var oförändrad för samtliga yrkesgrupper på S:t Görans sjukhus. Även på Södertälje sjukhus sjönk nivåerna av fysiska hälsobesvär något för sjuksköterskor och undersköterskor. Läkarna på Södertälje rapporterade däremot en betydande ökning av fysiska hälsobesvär. En analys av kovariatet kön visade att kvinnor rapporterade något mer fysiska hälsobesvär än män.

Känslomässig utmattning. För känslomässig utmattning framkom signifikanta univariata effekter av hierarkisk nivå samt av interaktionen mellan sjukhustyp och hierarkisk nivå. Då den multivariata huvudeffekten av hierarkisk nivå inte var signifikant bör den univariata effekten tolkas med försiktighet. Samtliga yrkesgrupper rapporterade minskad känslomässig utmattning, men minskningen var något mindre för sjuksköterskorna. Resultaten antyder att nivån av utmattning var högst för läkare även om kontrasttesten inte visade någon signifikant skillnad mellan de hierarkiska nivåerna. När interaktionseffekten studerades visade det sig att nivån av känslomässig utmattning hade sjunkit för samtliga yrkesgrupper, på båda sjukhusen, med undantag för läkarna på Södertälje sjukhus som rapporterade ökad utmattning. En univariat effekt av kovariatet ålder bestod i att äldre personer rapporterade en lägre grad av känslomässig utmattning.

Diskussion

Syftet med den här artikeln var dels att undersöka om privatisering av sjukhus påverkar personalens arbetsattityder och ohälsa, dels om yrkesgrupper på olika hierarkisk nivå påverkas på olika sätt av privatisering. Privatiseringar motiveras ofta med att de ökar konkurrensen och därmed höjer effektiviteten och kvaliteten på den vård som produceras. Hur framgångsrik en privatisering blir beror dock antagligen på vad förändringen innebär för personalen (Morris & Bloom, 2002). I denna studie har akutsjukhuset S:t Görans undersökts både före och efter privatiseringen 1999 och förändringar i personalens arbetsattityder och ohälsa kontrasterades mot utvecklingen på akutsjukhuset Södertälje som kvarställt som förvaltningsdrivet sjukhus. Det bör betonas att privatiseringen gäller ägandet av

S:t Görans sjukhus, medan finansieringen av vården till största del fortfarande kommer från landstinget. På båda sjukhusen har de tre yrkeskategorierna läkare, sjuksköterskor och undersköterskor studerats för att avgöra om personal på olika hierarkisk nivå påverkas på olika sätt av privatisering.

Övergripande effekter av privatisering

På en övergripande nivå verkar det som att privatiseringen av ett sjukhus – i den mån som personalen över huvud taget berörs – inte behöver vara särskilt negativ. I motsats till vad tidigare forskning funnit (Cunha, 2000; Nelson m fl, 1995) fann vi att de fysiska hälsobesvärerna minskade efter privatiseringen, medan övriga aspekter av personalens arbetsattityder och ohälsa inte förändrades (när sjukhusen jämfördes i sin helhet).

Det finns i denna studie ett antal faktorer som kan ha bidragit till att de observerade effekterna av privatisering var ganska små, och som därmed behöver kommenteras. Det var relativt långt mellan de två undersökningstillfällena, vilket gör att andra faktorer än privatiseringen kan ha legat bakom förändringarna i arbetsattityder och ohälsa (jämför Cook & Campbell, 1979). Det är möjligt att resultaten skulle ha sett annorlunda ut om eftermätningarna genomförts efter en kortare eller längre tid efter privatiseringen (jämför Zapf, Dormann & Frese, 1996). Dessa nackdelar måste dock vägas mot fördelarna med en longitudinell design där för- och eftermätningarna gör det möjligt att studera hur arbetsattityder och ohälsa förändras.

En annan aspekt som bör tas i beaktande är svårigheten att jämföra så komplexa organisationer som akutsjukhus. De två sjukhus som studeras i denna undersökning är utvalda för att likna varandra – de är båda akutsjukhus av ungefär samma storlek med relativt liknande specialiteter och belägna i samma geografiska region – men trots dessa likheter finns det skillnader. Exempelvis var det privatiserade sjukhuset redan ett bolag vid det första undersökningstillfället, även om det ägdes av Stockholms läns landsting och inte var vinstdrivande. Skillnaderna i driftsform kan ha bidragit till olika organisationskulturer, vilket försvårar en jämförelse. S:t Göran var också det första sjukhuset i Stockholmsregionen som privatiserades och att effekterna av privatiseringen överlag inte blev mer negativa kan vara kopplade till den uppmärksamhet från bland annat medier som detta innebar (jämför Roethlisberger & Dickson, 1939/1967).

Det är även möjligt att effekterna av privatisering har underskattats på grund av bortfallet av deltagare i studien. Bortfallsanalysen visade att de som inte längre arbetade på S:t Göran vid det andra undersökningstillfället hade mer negativa attityder och sämre hälsa vid det första undersökningstillfället. Mönstret var dock detsamma även på Södertälje sjukhus, vilket minskar sannolikheten för att resultaten i denna studie beror på självselektion i urvalet.

Betydelsen av hierarkisk nivå

Även om privatisering endast hade mindre övergripande effekter på personalens attityder och välbefinnande på sjukhusnivå, framkom intressanta skillnader när analyserna preciserades till att utöver sjukhustillhörighet även ta hänsyn till hierarkisk nivå. Utvecklingen i arbetsattityder och ohälsa skiljde sig nämligen åt mellan de anställda på olika hierarkiska nivåer beroende på om de arbetade på ett sjukhus som privatiserades eller ej. Skillnader i utveckling mellan yrkesgrupperna på de båda sjukhusen framkom i samtliga aspekter av arbetsattityder och ohälsa med undantag av psykiska hälsobesvär.

Två synsätt kan förklara hur en privatisering kan få skilda konsekvenser för personal på olika hierarkisk nivå. Det ena synsättet, det *proximala perspektivet*, innebär att avståndet till beslutsfattandet har betydelse för hur berörd en yrkesgrupp på en viss hierarkisk nivå blir av en förändring. Ju närmare beslutsfattandet rörande en förändring en yrkesgrupp befinner sig, desto mer berörd av förändringen antas gruppen bli (jämför James & Sells, 1981; Westlander, 1993). Det andra synsättet, *kontrollperspektivet*, innebär att anställda på olika hierarkisk nivå har olika mycket inflytande och tillgång till information rörande en förändring. Ju närmare beslutsfattandet, desto mer kontroll över händelseutvecklingen antas en anställd ha (Henry, 2005; Olson & Tetrick, 1988), och de negativa effekterna av en förändring antas minska med sådan närhet. Våra resultat antyder att båda de ovan nämnda resonemangen behövs för att förstå konsekvenserna av privatisering på olika hierarkisk nivå.

Läkarna, som befann sig på den högsta hierarkiska nivån i denna studie, borde enligt det proximala synsättet ha påverkats mest negativt av privatiseringen. Förutom en något ökad intention till uppsägning och minskad känslomässig utmattning, förändrades läkarnas attityder och ohälsa över huvud taget inte särskilt mycket på det privatiserade sjukhuset. För läkarna på det förvaltningsdrivna sjukhuset var utvecklingen däremot betydligt mer negativ. Att konsekvenserna för läkarna på det privatiserade sjukhuset inte blev mer omfattande kan förstås utifrån kontrollperspektivet. Närheten till beslutsfattandet skulle enligt detta synsätt möjliggöra en god tillgång till information samt inflytande och kontroll över såväl förändringen som sjukhusets allmänna verksamhet. Dessa faktorer har i tidigare studier visat sig dämpa osäkerhet och oro vid förändring (Ashford, 1988; Heller m fl, 1998).

Anställda på en låg hierarkisk nivå skulle kunna uppleva en förändring särskilt negativt som följd av brist på kontroll (Henry, 2005; Olson & Tetrick, 1988). De anställda på den lägsta hierarkiska nivån, det vill säga undersköterskorna, verkar dock inte ha upplevt privatiseringen speciellt negativt. Det skulle kunna tyda på att denna yrkesgrupp inte berördes i någon större utsträckning av privatiseringen, och därför inte drabbades negativt av eventuell brist på inflytande eller

kontroll över processen. Antagandet styrks av att utvecklingen var likartad för undersköterskorna på de båda sjukhusen.

Resultaten av denna studie antyder att yrkesgrupper som befinner sig på en hierarkisk mellannivå tycks vara mest utsatta vid privatisering. Sjuksköterskorna på S:t Görans uppvisade minskad arbetstrivsel och en ökad intention till uppsägning efter privatiseringen. Möjligen är bakgrunden att anställda på denna hierarkiska nivå påverkas relativt mycket av en privatisering, samtidigt som avståndet till beslutsfattandet ändå är så långt att känslan av kontroll över förändringsprocessen inte är tillräcklig för att dämpa osäkerheten (jämför Heller m fl, 1998). Denna grupp skulle således kunna vara den – i förhållande till hur mycket den påverkas – som i minst utsträckning har tillgång till information eller inflytande som underlättar hanteringen av förändringen.

En rad åtgärder har vidtagits för att uppväga de potentiella bristerna i denna undersökning. För det första används longitudinella data, som förbättrar möjligheterna att förstå händelseförlopp eftersom det finns en förmätning att utgå från. För det andra jämfördes två akutsjukhus som liknar varandra och för det tredje kontrollerade vi för ålder, anställningstid och kön i analyserna. De skillnader som framkommit i denna studie mellan olika hierarkiska nivåer kan dock bero på andra faktorer än positionen i organisationen, såsom skillnader i utbildning, lönenivå, social klass och levnadsstandard. Eftersom det inte är möjligt att kontrollera för alla potentiella faktorer som kan påverka attityder och välbefinnande (Judd, Jessor, & Donovan, 1986), har vi i denna studie begränsat oss till faktorer som kan tänkas hänga samman med variation i individers reaktioner på organisationsförändringar (kön, ålder) och till inflytande och tillgång till information (anställningstid).

Eftersom studien sträcker sig över en längre tidsperiod skedde en del förändringar i personalstyrkan mellan mätningarna vid de olika tillfällena. Flera slutade efter den första mätningen och flera nyanställdes innan den andra mätningen. Hur de som slutat upplevt privatiseringen är i nuläget oklart, men skulle kunna vara ett viktigt bidrag till kunskapen om privatisering. Likaledes skulle de nytillkomna vid mätning 2 kunna ge viktig information om varför de började på det privatiserade sjukhuset, som i sin tur kan bidra till förståelsen av hur det är att arbeta på ett privatiserat sjukhus. Dessa analyser låg dock utanför ramen för den föreliggande studien, men måste anses intressanta för framtida forskning om privatisering.

Det är möjligt att upplevelsen av privatisering inom verksamheter som rör vård och omsorg skiljer sig från hur personal upplever privatiseringar inom andra verksamheter. Den effektivisering och det krav på vinst som privatisering syftar till skulle inom vårdverksamhet kunna upplevas som mer konfliktyllt jämfört med verksamheter där arbetet inte rör människor på samma direkta

sätt. Tidigare studier har dock visat att sjukvårdspersonal känner sig säkra i sin yrkesroll och har en tydlig bild av målet med sitt arbete och hur arbetet ska utföras (Öhrming & Sverke, 2003). Denna säkerhet skulle kunna innebära att sjukvårdspersonal inte ändrar sitt dagliga patientarbete särskilt mycket och inte påverkas i någon större utsträckning av förändringar som sker i organisationen. En förutsättning för vårdpersonalens säkerhet är dock att tid och utrymme finns för reflektion och kommunikation med kollegor (Öhrming & Sverke, 2003). En privatisering som syftar till att öka effektiviteten hotar att minska tiden och möjligheterna för sådan reflektion och kommunikation. Det finns således faktorer som talar både för och emot att sjukvårdspersonal skulle drabbas särskilt hårt av privatisering.

Slutsatser

Denna studie tyder på att konsekvenserna av privatisering inte behöver bli särskilt omfattande på organisationsnivå. Den enda förändring som skedde på sjukhusnivå (utan beaktande av yrkestillhörighet) var en minskning av de fysiska hälsobesvärerna efter privatiseringen. Däremot verkar konsekvenserna av en privatisering kunna se olika ut beroende på de anställdas hierarkiska nivå. För mellannivån, det vill säga sjuksköterskorna, försämrades arbetsattityderna mest, vilket kan bero på att denna yrkesgrupp påverkades relativt mycket av privatiseringen, men saknade tillräcklig kontroll över förändringen. Anställda på högre (läkare) och lägre (undersköterskor) nivå rapporterade endast mindre förändringar i arbetsattityder och ohälsa. För att få en mer detaljerad bild av en privatiserings konsekvenser verkar det således väsentligt att studera hur olika hierarkiska nivåer påverkas.

Sjukvård, och särskilt akutsjukvård, är en personalintensiv verksamhet som berör såväl personal som patienter och anhöriga. Vårdkvaliteten är beroende av personalens bemötande av patienter och anhöriga. Personalens välbefinnande är en viktig komponent för att skapa en god vårdkvalitet, något som i sin tur är viktigt för konkurrenskraften. Det är därför väsentligt att förändringar inom vården genomförs på ett sätt som minskar risken för en försämrad arbetssituation för vårdpersonalen. Att minimera osäkerhet och stress vid genomförandet av organisationsförändringar förutsätter att det finns kunskap om vad olika typer av förändringar innebär för personalen. Förhoppningsvis kan denna studie bidra med information när det gäller privatisering av sjukhus och dess konsekvenser för yrkesgrupper på olika hierarkiska nivåer som kan användas av politiker som kan behöva fatta beslut rörande privatisering, för ledare som kan komma att genomföra privatisering samt för personal inom organisationer som planerar privatisering.

Referenser

- Ashford, S.J. (1988). Individual strategies for coping with stress during organizational transitions. *Journal of Applied Behavioral Science*, 24, 19-36.
- Allen, N.J., & Meyer, J.P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18.
- Andersson, K. (1986). *Utveckling och prövning av ett frågeformulärsystem rörande arbetsmiljö och hälsotillstånd*. Rapport 2: 1986. Örebro: Yrkesmedicinska kliniken.
- Bejerot, E., & Hasselbladh, H. (2002). *Kvalitet utan gränser: En kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Lund: Academia Adacta AB.
- Bishop, M., Kay, J., & Mayer, C. (1994). Introduction: Privatisation in performance. I M. Bishop, J. Kay, & C. Mayer (red.), *Privatisation and economic performance* (s. 1-14). New York: Oxford University Press.
- Blomqvist, P., & Rothstein, B. (2000). *Välfärdsstatens nya ansikte: Demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*. Stockholm: Agora.
- Brayfield, A.H., & Rothe, H.F. (1951). An index of job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 35, 307-311.
- Burke, R.J., & Cooper, C.L. (2000). The new organizational reality: Transition and renewal. I R.J. Burke, & C.L. Cooper (red.), *The organization in crisis: Downsizing, restructuring, and privatization* (s. 4-18). Oxford/Massachusetts: Blackwell Publishers Ltd.
- Burke, R.J., & Nelson, D. (1998). Mergers and acquisitions, downsizing, and privatization: A North American perspective. I M.K. Gowing, J.D. Kraft, & J.C. Quick (red.), *The new organizational reality: Downsizing, restructuring, and revitalization* (s. 21-54). Washington DC: APA.
- Camman, C., Fishman, M., Jenkins, D., & Klesh, J. (1979). *The Michigan Organizational Assessment Questionnaire*. University of Michigan, Ann Arbor, MI: Unpublished manuscript.
- Cook, T.D. & Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experimentation: Design & analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Cook, J., & Wall, T. (1980). New work attitude measures of trust, organizational commitment and personal need non-fulfilment. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 39-52.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cunha, R.C. (2000). Impact of privatization in Portugal. I R.J. Burke, & C.L. Cooper (red.), *The organization in crisis: Downsizing, restructuring and privatisation* (s. 44-57). Oxford/Massachusetts: Blackwell.
- Cunha, R.C., & Cooper, C.L. (2002). Does privatization affect corporate culture and employee wellbeing? *Journal of Managerial Psychology*, 17, 21-49.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational Research.
- Guest, D.E., & Dewe, P. (1991). Company or trade union: Which wins workers allegiance? A study of commitment in UK electronic industry. *British Journal of Industrial Relations*, 29, 75-96.

- Hackman, J.R., & Oldham, G.R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60, 159-170.
- Heller, F., Pusic, E., Strauss G., & Wilpert, B. (1998). *Organizational participation: Myth and reality*. New York: Oxford University Press.
- Hellgren, J., Sverke, M., Falkenberg, H., & Baraldi, S. (2005). Physicians' work climate at three hospitals under different types of ownership. In C. Korunka, & P. Hoffmann (red.), *Change and Quality in Human Service Work* (pp. 47-65). Munich: Rainer Hampp.
- Hellgren, J., Sverke, M., & Isaksson, K. (1999). A two-dimensional approach to job insecurity: Consequences for employee attitudes and well-being. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 179-195.
- Henry, P.C. (2005). Life stresses, explanatory style, hopelessness, and occupational class. *International Journal of Stress Management*, 12, 241-256.
- Isaksson, K., & Johansson, G. (1997). *Avtalspension med vinst och förlust*. Stockholm: Folksam.
- James L.R., & Sells, S.B. (1981). Psychological climate: Theoretical perspectives and empirical research. In D. Magnusson, *Toward a psychology of situations: An interactional perspective* (pp. 275-295). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Judd, C. M., Jessor, R., & Donovan, J. E. (1986). Structural equation models and personality research. *Journal of Personality*, 54, 149-198.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-307.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lyons, T.F. (1971). Role clarity, need for clarity, satisfaction, tension, and withdrawal. *Organizational Behavior and Human Performance*, 6, 99-110.
- Mantler, J., Matejicek, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2005). Coping with employment uncertainty: A comparison of employed and unemployed workers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 200-209.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory (Research Manual, 3rd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press.
- Meggison, W.L. & Netter, J.M. (2001). From state to market: A survey of empirical studies on privatization. *Journal of Economic Literature*, 39, 321-389.
- Morris, A., & Bloom, J.R. (2002). Contextual factors affecting job satisfaction and organizational commitment in community mental health centers undergoing system changes in the financing of care. *Mental Health Service Research*, 4, 71-83.
- Mowday, R.T., Steers, R.M., & Porter, L.W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-247.
- Nelson, A., Cooper, C.L., & Jackson, P.R. (1995). Uncertainty amidst change: The impact of privatization on employee satisfaction and well-being. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 68, 57-71.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Olson, D.A., & Tetrick, L.E. (1988). Organizational restructuring: The impact on role perceptions, work relationships, and satisfaction. *Group & Organization Studies*, 13, 374-388.
- Roethlisberger, F.J. & Dickson, W.J. (1939/1967). *Management and the worker*. Cambridge: Harvard University Press.

- Shaw, J.B., Fields, M.W., Thacker, J.W., & Fisher, C.D. (1993). The availability of personal and external coping resources: Their impact on job stress and employee attitudes during organizational restructuring. *Work & Stress*, 7, 229-246.
- Sjöberg, A., & Sverke, M. (2000). The interactive effect of job involvement and organizational commitment on job turnover revisited: A note on the mediating role of turnover intention. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 247-252.
- SOU (2004). *Långtidsutredningen 2003/04, 2004:19*. Stockholm: Finansdepartementet.
- S:t Görans Sjukhus AB. (1998, 1999, 2000). *Årsredovisning*. Stockholm: S:t Görans Sjukhus AB.
- Väänänen, A., Pahkin, K., Kalimo R., & Buunk, B. (2004). Maintenance of subjective health during a merger: The role of experienced change and pre-merger social support at work in white- and blue-collar workers. *Social Science & Medicine*, 58, 1903-1915.
- Westlander, G. (1993). *Socialpsykologi: Tankemodeller om människor i arbete*. Göteborg: Akademiförlaget.
- Zapf, D., Dormann, C., & Frese, M. (1996). Longitudinal studies in organizational stress research: A review of the literature with reference to methodological issues. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 145-169.
- Öhrming, J. & Sverke, M. (2001). *Bolagiseringen av S:t Görans sjukhus – en proaktiv organisering*. Lund: Studentlitteratur.
- Öhrming, J., & Sverke, M. (2003). Transition towards privatization: Uncertainty and sensemaking in two Swedish emergency hospitals. I J. Hellgren, K. Näswall, M. Sverke, & M. Söderfeldt (red.), *New organizational challenges for human service work* (s. 75-93). München: Rainer Hampp Verlag.

Appendix 1. Beskrivande statistik, reliabilitetskoefficienter, och interkorrelationer för båda sjukhusen vid Tid 1 och Tid 2.

Variabler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Tid 1															
<i>Arbetsattityder</i>															
1. Arbetsrivsel	-														
2. Organisationsansvarighet	,53	-													
3. Intention till uppsägning	-,69	-,49	-												
<i>Ohälsa</i>															
4. Psykiska hälsobesvär	-,40	-,24	,38	-											
5. Fysiska hälsobesvär	-,33	-,22	,32	,54	-										
6. Känslomässig utmattning	-,48	-,24	,50	,60	,58	-									
Tid 2															
<i>Arbetsattityder</i>															
7. Arbetsrivsel	,40	,27	-,37	-,26	-,18	-,30	-								
8. Organisationsansvarighet	,34	,53	-,37	-,15	-,15	-,20	,56	-							
9. Intention till uppsägning	-,29	-,23	,37	,23	,18	,24	-,73	-,44	-						
<i>Ohälsa</i>															
10. Psykiska hälsobesvär	-,19	-,11	,18	,52	,34	,38	-,49	-,31	,42	-					
11. Fysiska hälsobesvär	-,21	-,14	,20	,39	,62	,42	-,33	-,19	,35	,59	-				
12. Känslomässig utmattning	-,22	-,10	,21	,41	,42	,53	-,52	-,27	,45	,62	,64	-			
<i>Demografivariables (Tid 1)</i>															
13. Ålder	,05	,15	-,11	,02	-,01	-,01	,20	,14	-,19	,02	-,01	-,09	-		
14. Anställningstid	,03	,04	-,06	,01	,04	,01	,19	,06	-,17	,02	-,02	-,02	,51	-	
15. Kön (Kvinna)	,10	-,07	-,09	-,02	,03	-,08	,19	-,00	-,13	-,02	,07	-,07	-,04	,15	-
Medelvärde	3,97	2,83	2,08	2,21	2,08	2,35	3,88	3,00	2,09	2,16	2,06	2,17	44,54	13,14	,81
Standardavvikelse	,90	,79	1,16	,38	,64	,79	,93	,78	1,11	,39	,66	,76	9,64	9,20	-
Reliabilitet	,89	,76	,86	,84	,80	,86	,87	,73	,84	,83	,80	,85	-	-	-

Korrelationer på ,11 eller mer är signifikanta på 5-procentsnivån, korrelationer på eller över ,14 är signifikanta på 1-procentsnivån. - ej tillämbart

