

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Ledere må prioritere arbeidsmiljøet for å redusere utbrenthet og pasientskader

Et godt arbeidsmiljø og sterk pasientsikkerhetskultur gjør helsetjenesten mer attraktiv. Medarbeiderundersøkelsen ForBedring viser lederne hvor de bør sette inn tiltak.

Magnhild Vikan

Operasjonssykepleier, universitetslektor og ph.d.-kandidat

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

Ellen Catharina Tveter Deilkås

Lege og seniorforsker

Avdeling for helsetjenesteforskning, Akershus universitetssykehus

Arvid Steinar Haugen

Spesialrådgiver, forsker og professor

Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland universitetssjukehus og Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet

Stein Ove Danielsen

Operasjonssykepleier og førsteamanuensis

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

Ledelse

Pasientsikkerhet

Medarbeider

Arbeidsmiljø

Sykepleien 2025;113(100966):e-100966

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.100966](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2025.100966)

Hovedbudskap

Et godt arbeidsmiljø og en trygg kultur for pasientsikkerhet bidrar til at kompetent helsepersonell ønsker å bli værende i helsetjenesten. Den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring kan gi verdifull innsikt, og ledere på alle nivåer bør bruke den aktivt for å innføre forbedringstiltak. Dette kan være et viktig skritt mot en mer bærekraftig helsetjeneste.

Et godt arbeidsmiljø og tiltak som styrker pasientsikkerheten gjør helsetjenesten til en mer attraktiv arbeidsplass. For at helsepersonell skal ønske å bli værende, må ledere ha kunnskap

om hvordan arbeidsforholdene er, og jobbe aktivt med forbedringer.

ForBedring er en årlig undersøkelse av arbeidsmiljø, HMS og pasientsikkerhetskultur. Den gjennomføres ved alle norske sykehus og koordineres av de regionale helseforetakene.

Undersøkelsen kartlegger blant annet engasjement, samarbeidsklima, sikkerhetskultur og lederatferd. Den kan avdekke utfordringer og bidra til forbedringsarbeid.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 fastslår at tilgang på kompetent helsepersonell er den største utfordringen for bærekraftige helsetjenester (1). For å møte utfordringen må ledere på alle nivåer – også toppledere – følge utviklingen nøye og jobbe aktivt for å sikre et godt arbeidsmiljø og en god pasientsikkerhetskultur.

FAKTA

Hvem er topplederne i norsk helsevesen?

Toppledelsen i norsk helsevesen består av helse- og omsorgsministeren, statssekretærene og de politiske rådgiverne, samt departementsråden – som er øverste administrative leder i departementet. I tillegg regnes lederne for de regionale helseforetakene og direktørene i Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet som en del av toppledelsen.

Dette forutsetter at resultatene fra den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring blir brukt aktivt, og at ledelsen setter en tydelig kurs. På den måten kan vi heve kvaliteten på helsetjenestene, redusere pasientskader og forebygge utbrenthet, sykefravær og høy turnover. Vi mener dette er riktig vei mot en bærekraftig helsetjeneste – med nok kompetente fagfolk.

Et godt arbeidsmiljø fremmer pasientsikkerhet

Regjeringen oppfordrer helsetjenesten til å intensivere arbeidet med å forbedre arbeidsmiljøet og sikre en jevnere arbeidsbelastning (1). Arbeidsmiljøet påvirkes av hvordan jobben planlegges, organiseres og gjennomføres – og dette har igjen betydning for det psykososiale, organisatoriske og fysiske miljøet (2).

Forskning viser at et godt psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø henger sammen med økt pasientsikkerhet (3, 4).

«Utbrenthet er assosiert med flere uønskede hendelser – som feilmedisinering, infeksjoner og lavere pasienttilfredshet.»

Det er også godt dokumentert at helsepersonells trivsel, engasjement og jobbtillfredshet bidrar til høyere kvalitet på helsetjenesten, bedre pasientutfall og at flere velger å bli i yrket (5, 6). For

eksempel er utbrenthet assosiert med flere uønskede hendelser – som feilmedisinering, infeksjoner og lavere pasienttilfredshet (6).

Samtidig ser vi at emosjonell overbelastning og utbrenthet brer om seg i helsetjenesten – nesten som en pandemi. Denne utviklingen er knyttet til økt risiko for selvmord, tanker om å forlate yrket, uønskede hendelser og høyere pasientdødelighet (5, 7).

Ledere har et særlig ansvar for arbeidsmiljøet. De må ha rammevilkår og kompetanse for å kunne jobbe strategisk med å styrke trivselen blant ansatte – noe som også er viktig for pasientsikkerheten (1).

Ledere har stor innflytelse på pasientsikkerhetskulturen

Arbeidsmiljøet henger sammen med pasientsikkerhetskulturen i de ulike avdelingene i helsetjenesten (3). Pasientsikkerhetskultur handler om de felles normene, verdiene og atferdsmønstrene knyttet til pasientsikkerhetsarbeid på ulike nivå i en organisasjon.

Det gjelder hvordan man kommuniserer, samarbeider og prioriterer pasientsikkerhet – både innad i avdelinger og på tvers av behandlingsenheter (8).

Hvordan kolleger og ledere håndterer og lærer av en uønsket hendelse, gjenspeiler pasientsikkerhetskulturen (8).

Ledere har stor innflytelse på pasientsikkerhetskulturen i en enhet, og derfor er lederskap den dimensjonen som vektlegges mest i spørreundersøkelser (8). Flere systematiske oversiktsartikler har konkludert med at en god kultur for pasientsikkerhet henger sammen med færre pasientskader og bedre pasientutfall (9, 10).

En sterk pasientsikkerhetskultur er også knyttet til lavere emosjonelle belastning og mindre utbrenthet blant helsepersonell etter uønskede hendelser (11).

Manglende varsling svekker pasientenes trygghet

Psykologisk trygghet er en viktig del av pasientsikkerhetskulturen. Det handler om at ansatte tør å stille spørsmål eller si ifra om mulig risiko eller skade – uten å frykte at det kan gå utover samarbeid eller egen karriere (12). Mot til å si ifra kan være spesielt krevende i dynamiske team preget av hierarki og autoritære holdninger (13).

Helsepersonell i kirurgiske team i Norge – uavhengig av spesialitet – har erfart at nedlatende kommunikasjon og tydelige hierarkier kan gjøre det vanskelig å delta fullt ut og stille spørsmål om mulig risiko.

«Mot til å si ifra kan være spesielt krevende i dynamiske team preget av hierarki og autoritære holdninger.»

I en studie fortalte en deltaker om en situasjon der et teammedlem sa: «Jeg synes jo det var litt rart» etter en hendelse, i stedet for å varsle med en gang om risikoen han eller hun hadde sett (14).

Noe liknende opplever også norske kirurgiske pasienter. De beskriver et tydelig hierarki blant helsepersonell, der noen lar være å si ifra når de burde – og pasientenes opplevelse av trygghet reduseres (15).

Å endre denne kulturen krever at arbeidet med pasientsikkerhetskultur er kontinuerlig og gjennomførbart over tid. Dette er også viktig for å beholde og rekruttere kompetent helsepersonell (3, 12).

Organiseringen påvirker faglig integritet

Faglig autonomi, kompetanse til å mestre arbeidsoppgaver og opplevelsen av støtte, anerkjennelse og tilhørighet er viktige elementer i et attraktivt arbeidsmiljø (2, 16, 17).

Det forutsetter at organisasjonen eller virksomheten er strukturert slik at fagpersoner får brukt kompetansen sin – med en arbeidsbelastning som ikke går utover forsvarlig pasientbehandling eller egen helse. Det krever både riktig bemanning og tilstrekkelig kompetanse på jobb til enhver tid, samt en god balanse mellom arbeid og fritid (4, 5).

Både sykepleiere og leger opplever det som demotiverende når effektivitet vektlegges mer enn forsvarlighet og faglig godt utført arbeid (15).

Historiefortelling er en nyttig metode for å vise hvilken kultur man ønsker, og hvordan ulike verdier kan veies mot hverandre i gitte situasjoner (18). Ved å dele historier med konkrete eksempler kan ledere vise hvordan ansatte kan ivareta faglig integritet, forsvarlighet og god tidsbruk ved praktiske utfordringer (4, 5, 15, 19). Her har ledere en mulighet som vi mener ikke er fullt utnyttet.

Ledere bygger kultur for åpenhet og samarbeid

Felles for pasientsikkerhetskultur og psykologisk trygghet er at ledere har en sentral rolle i å fremme den atferden de ønsker å se (8, 12). Medlemmer av kirurgiske team peker på at både formelle og uformelle ledere er viktige for å bygge en kultur preget av gode relasjoner, åpenhet om uønskede hendelser og psykologisk trygghet (14).

Å styrke pasientsikkerhetskulturen i en avdeling handler om å legge til rette for godt samarbeid og åpen dialog om risiko i det daglige arbeidet. Samarbeidet bør involvere pasientrepresentanter og foregå både innenfor og på tvers av ulike enheter.

«Å styrke pasientsikkerhetskulturen handler om å legge til rette for godt samarbeid og åpen dialog om risiko i det daglige arbeidet.»

Tiltak som team- og kommunikasjonstrening, pasientsikkerhetsvisitter og dialogmøter kan bidra til å forbedre pasientsikkerhetskulturen.

For at tiltak skal ha god effekt på pasientsikkerhetskulturen, må de vare over tid og være godt forankret i ledelsen, organisasjonen og i det faglige rammeverket (20).

I vår norske studie peker helsepersonell også på hvor viktig kontinuitet, relasjoner og godt samarbeid mellom kolleger er for pasientsikkerheten på operasjonsstuen. Ledere bør derfor legge til rette for tverrfaglige møteplasser der risiko og uønskede hendelser kan diskuteres åpent (14).

ForBedring gir oversikt over utfordringer i arbeidsmiljøet

Selv om pasientsikkerhetskulturen varierer mest mellom enheter på laveste organisatoriske nivå, som sengeposter eller poliklinikker, er det viktig at ledere på alle nivåer engasjerer seg i å redusere denne variasjonen (21).

Kulturforbedrende dialogtiltak bør settes inn der det er størst behov, og ressursene til dette må styres av overordnede ledere. Toppledere på norske sykehus kan få oversikt over hvilke arbeidsenheter som har utfordringer med pasientsikkerhetskulturen, ved å be om rapporter fra ForBedring-undersøkelsen.

Undersøkelsen ForBedring måler pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø ved alle norske sykehus og gjennomføres årlig under ledelse av de regionale helseforetakene (22). Målingen omfatter blant annet teamarbeidsklima og sikkerhetsklima, og resultatene skal beregnes etter en metode utviklet ved Universitetet i Texas – nærmere forklart i faktaboksen under (24).

Dessverre brukes denne beregningsmetoden i liten grad av helseforetakene. Det gjør at ledelsen kan gå glipp av viktige forskjeller i pasientsikkerhetskulturen – og dermed mister en verdifull mulighet til å sette inn riktige tiltak der behovet er størst.

FAKTA

ForBedring – beregningsformel

(Gjennomsnitt skår for alle spørsmål innen faktoren Sikkerhetsklima -1) x 25.

En medarbeider regnes som å oppleve et godt sikkerhetsklima dersom faktorskåren er 75 eller høyere. Parameteren *Prosentandel medarbeidere* med en faktorskår på ≥ 75 viser hvor stor enighet det er i gruppen. Graden av enighet er viktig, fordi den påvirker hvor godt målingen henger sammen med faktiske pasientresultater.

Kilder: The University of Texas Center for Healthcare Quality and Safety (23) og Zohar D, Livne Y, Tenne-Gazit O, Admi H, Donchin Y (24)

Forfatterne kjenner til tilfeller der toppledere som har bedt om korrekt beregnede resultater fra ForBedring, har fått til svar at resultatene kun egner seg for lokal bruk. Det stemmer ikke. Resultatene er nyttige både for lokale forbedringstiltak og for overordnet strategisk styring (25).

Toppledere må sette inn målrettede tiltak

ForBedring legger til rette for samarbeid mellom ledere på ulike nivåer og medarbeidere for å redusere risikoen for pasientskader – et samarbeid som utgjør kjernen i pasientsikkerhetsarbeidet.

At toppledere får tilgang til gyldige resultater fra ForBedring-undersøkelsen, er avgjørende for at alle pasienter skal få behandling i trygge arbeidsmiljøer og med en god pasientsikkerhetskultur. Toppledere må kunne sette en målrettet agenda og tilføre ressurser til arbeidsmiljøer der pasientsikkerheten står i fare.

Vi mener dette er veien å gå for å bygge en bærekraftig helsetjeneste – med nok kompetent helsepersonell.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



ENGASJERTE ANSATTE: Forskning viser at helsepersonell blir værende lenger i yrket når de opplever støtte, samarbeid og psykologisk trygghet. *Illustrasjonsfoto: PeopleImages.com - Yuri A / Shutterstock / NTB*

1. Meld. St. 9 (2023–2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024 [hentet 18. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>

2. Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami). Hva er arbeidsmiljø? [internett]. Oslo: Stami; 2024 [hentet 18. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://stami.no/hva-er-arbeidsmiljo/>
3. Brubakk K, Svendsen MV, Deilkås ET, Hofoss D, Barach P, Tjomsland O. Hospital work environments affect the patient safety climate: a longitudinal follow-up using a logistic regression analysis model. PLoS One. 2021;16(10):e0258471. DOI: [10.1371/journal.pone.0258471](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258471)
4. Eklöf M, Törner M, Pousette A. Organizational and social-psychological conditions in healthcare and their importance for patient and staff safety. A critical incident study among doctors and nurses. Safety Sci. 2014;70:211–21. DOI: [10.1016/j.ssci.2014.06.007](https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.06.007)
5. Rehder K, Adair KC, Sexton JB. The science of health care worker burnout: assessing and improving health care worker well-being. Arch Pathol Lab Med. 2021;145(9):1095–109. DOI: [10.5858/arpa.2020-0557-RA](https://doi.org/10.5858/arpa.2020-0557-RA)
6. Mossburg SE, Himmelfarb CD. The association between professional burnout and engagement with patient safety culture and outcomes: a systematic review. J Patient Saf. 2021;17(8):e1307–19. DOI: [10.1097/PTS.0000000000000519](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000519)
7. Galaiya R, Kinross J, Arulampalam T. Factors associated with burnout syndrome in surgeons: a systematic review. Ann R Coll Surg Engl. 2020;102(6):401–7. DOI: [10.1308/rcsann.2020.0040](https://doi.org/10.1308/rcsann.2020.0040)
8. Churrua K, Ellis LA, Pomare C, Hogden A, Bierbaum M, Long JC, et al. Dimensions of safety culture: a systematic review of quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals. BMJ Open. 2021;11(7):e043982. DOI: [10.1136/bmjopen-2020-043982](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043982)
9. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. BMJ Open. 2017;7(11):e017708. DOI: [10.1136/bmjopen-2017-017708](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708)
10. Vikan M, Haugen AS, Bjørnnes AK, Valeberg BT, Deilkås ECT, Danielsen SO. The association between patient safety culture and adverse events – a scoping review. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):300. DOI: [10.1186/s12913-023-09332-8](https://doi.org/10.1186/s12913-023-09332-8)
11. Vogus TJ, Ramanujam R, Novikov Z, Venkataramani V, Tangirala S. Adverse events and burnout: the moderating effects of workgroup identification and safety climate. Med Care. 2020;58(7):594–600. DOI: [10.1097/MLR.0000000000001341](https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001341)
12. Edmondson AC, Bransby DP. Psychological safety comes of age: observed themes in an established literature. Annu Rev Organ Psychol Organ Behav. 2023;10(1):55–78. DOI: [10.1146/annurev-orgpsych-120920-055217](https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-055217)
13. Pattni N, Arzola C, Malavade A, Varmani S, Krimus L, Friedman Z. Challenging authority and speaking up in the operating room environment: a narrative synthesis. Br J Anaesth.

2019;122(2):233–44. DOI: [10.1016/j.bja.2018.10.056](https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.10.056)

14. Vikan M, Deilkås EC, Valeberg BT, Bjørnnes AK, Husby VKS, Haugen AS, et al. The anatomy of safe surgical teams: an interview-based qualitative study among members of surgical teams at tertiary referral hospitals in Norway. *Patient Saf Surg.* 2024;18(1):7. DOI: [10.1186/s13037-024-00389-w](https://doi.org/10.1186/s13037-024-00389-w)
15. Vikan M, Haugen AS, Valeberg BT, Bjørnnes AK, Husby VKS, Deilkås ECT, et al. Patient safety culture through the lenses of surgical patients: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2025;25(1):215. DOI: [10.1186/s12913-025-12366-9](https://doi.org/10.1186/s12913-025-12366-9)
16. Maunz LA, Glaser J. Longitudinal dynamics of psychological need satisfaction, meaning in work, and burnout. *J Vocat Behav.* 2024;150:103971. DOI: [10.1016/j.jvb.2024.103971](https://doi.org/10.1016/j.jvb.2024.103971)
17. Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami). Faktabok om arbeidsmiljø og -helse [internett]. Oslo: Stami; 2024 [hentet 18. februar 2025]. Rapport nr. 7/2024. Tilgjengelig fra: <https://noa.stami.no/wp-content/uploads/2024/09/Faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2024.pdf>
18. Boris V, Peterson L. Telling stories: how leaders can influence, teach, and inspire [internett]. Boston: Harvard Business Publishing; 2018 [hentet 18. februar 2025]. Tilgjengelig fra: https://www.harvardbusiness.org/wp-content/uploads/2018/11/20681_CL_Storytelling_Brief_Nov2018.pdf
19. James-Scotter M, Walker C, Jacobs S. An interprofessional perspective on job satisfaction in the operating room: a review of the literature. *J Interprof Care.* 2019;33(6):782–94. DOI: [10.1080/13561820.2019.1593118](https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1593118)
20. Finn M, Walsh A, Rafter N, Mellon L, Chong HY, Naji A, et al. Effect of interventions to improve safety culture on healthcare workers in hospital settings: a systematic review of the international literature. *BMJ Open Qual.* 2024;13(2):e002506. DOI: [10.1136/bmjopen-2023-002506](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002506)
21. Deilkås E, Hofoss D. Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:85. DOI: [10.1186/1472-6963-10-85](https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-85)
22. Helsedirektoratet. Pasientsikkerhetskultur i norske helseforetak og sykehus. Undersøkelser gjennomført i 2012 og 2014 [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2016 [hentet 18. februar 2025]. Rapport nr. 01/2016. Tilgjengelig fra: <https://kudos.dfo.no/dokument/11484/pasientsikkerhetskultur-i-norske-helseforetak-og-sykehus-undersokelser-gjennomfort-i-2012-og-2014>
23. The University of Texas Center for Healthcare Quality and Safety (UTHealth Houston). Short Form Scoring Key [internett]. Houston, TX: UTHealth Houston; u.å. [hentet 8. august 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.uth.edu/chqs/short-form-scoring-key>

24. Zohar D, Livne Y, Tenne-Gazit O, Admi H, Donchin Y. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. Crit Care Med. 2007;35(5):1312–7. DOI: [10.1097/01.CCM.0000262404.10203.C9](https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000262404.10203.C9)
25. Helsedirektoratet. ForBedring – kartlegging av sikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [hentet 18. februar 2025]. Tilgjengelig fra: forbedring-kartlegging-av-sikkerhetskultur-i-spesialisthelsetjenesten (2).pdf