

Hvordan kan ledere forebygge feil i hjemmesykepleien?

Ett tiltak mellomledere i kommunehelsetjenesten kan gjøre for å forebygge feil, er å være med sykepleierne på pasientbesøk.

Rita Solbakken

Sykepleier

Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet

Terese Bondas

Professor og helsesøster

Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

Anne Kasén

Førsteamanuensis

Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet

Kommunehelsetjeneste

Ledelse

Uønskede hendelser

Sykepleien 2019 107 (78400) (e-78400)

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.78400

Hovedbudskap

Selv om forskning om uønskede hendelser i hovedsak har fokusert på institusjonstjenestene, er det rimelig å anta at uønskede hendelser også forekommer i kommunehelsetjenesten. Helsetilsynslovens meldeplikt er nå utvidet til også å omhandle kommunehelsetjenesten. Mellomledere har fagansvar og ansvar for å forebygge uønskede hendelser, også når pasientene mottar tjenester i eget hjem. Våre studier viser betydningen av mellomledernes kliniske tilstedeværelse i forebygging av uønskede hendelser.

Uønskede hendelser skjer i alle ledd i helsevesenet, mens forskning hovedsakelig har satt søkelys på institusjonstjenestene. Det er rimelig å anta at uønskede hendelser også skjer i hjemmetjenestene (1). Hittil har varslingsplikten for alvorlige hendelser omfattet spesialisthelsetjenesten. Fra 1. juli i år ble den utvidet til å omfatte kommunale helse- og omsorgstjenester der også pårørende, pasienter og brukere får rett til å varsle (2). Varslingsplikten vil kunne bidra til å tallfeste uønskede hendelser i kommunetjenesten og muliggjøre forebygging.

Hva er pleielidelser?

Uønskede hendelser innvirker på mer enn pasientenes helse og fare for tidlig død. Vi vil derfor inkludere pleielidelser som en del av begrepet uønskede hendelser i artikkelen. Ifølge Eriksson omhandler pleielidelser: krenkelser av pasientens verdighet, manglende pleie, forsømmelse, straff og maktutøvelse (3). Det er uønskede hendelser som skaper ytterligere lidelse, og som tærer på pasientens helseressurser.

Flere eldre

Antall eldre er økende. Eldre har flere diagnoser og funksjonstap som gjør at de er sårbare for konsekvenser av feil (4). Flere eldre ønsker å bo hjemme med bistand framfor å flytte til institusjoner med døgnkontinuerlig pleie (5). Samhandlingsreformen (6) legger føring for at helsehjelp i størst mulig grad skal ytes i pasientens hjem. Det har derfor de siste årene vært rettet oppmerksomhet mot å øke andelen av hjemmebaserte tjenester og behandling i hjemmet, slik at antall liggedøgn på sykehus og presset på kommunale institusjonsplasser reduseres (7).

Til sammen legger dette et økende press på kommunale helse- og omsorgstjenester (8) både hva angår omfanget av pasienter, komplekse og sammensatte sykdomstilstander og følgelig behov for økt kompetanse hos de ansatte på alle nivå.

Mellomlederens rolle

Mellomlederne har tradisjonelt vært rekruttert fra sykepleieryrket selv om det de senere årene har kommet andre yrkesgrupper til. Ofte er de antatt faglig flinkeste sykepleierne rekruttert til mellomlederstillinger (9). Det er ikke nødvendigvis sammenheng mellom det å være en klinisk dyktig sykepleier og det å være en god leder.



«Ofte er de antatt faglig flinkeste sykepleierne rekruttert til mellomlederstillinger.»

Mellomlederne har stor innvirkning på hvordan avdelingene drives. Lederrollen innebærer å fremme en kultur som støtter en evidensbasert praksis som reduserer pasienters risiko for uønskede hendelser (10). Ledere på alle nivå i helsetjenestene har en nøkkelrolle i å motivere og legge til rette for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Kunnskap og resultater fra ulike kilder skal brukes som grunnlag for målrettede tiltak for å redusere uønsket variasjon og forbedre tjenestene (11).

Ledelsens betydning for å utvikle kvalitet på sykepleien, skape en god praksis og forebygge uønskede hendelser er tett knyttet til sykepleie og pasientomsorg.

Tydelige krav

I januar 2017 kom Forskrift om ledelse og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Den setter tydelige krav til ledere av tjenestene ved å løfte frem faglig forsvarlige tjenester og tydeliggjør den enkelte leders ansvar. Forskriften utdyper kravene til ledelse og styringssystem i hele helse- og omsorgstjenesten og skal bidra til faglig forsvarlige tjenester samt systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (12).

Teoretisk perspektiv

Sykepleiere har lang tradisjon for å lede helsetjenester. Ledelse har helt siden Nightingale vært et aspekt ved sykepleiernes yrke. Ifølge Henderson er sykepleie å hjelpe pasienten med det han eller hun ønsker, men ikke evner å gjøre selv (13). Pasienten skal være i sentrum for sykepleierens beslutninger og handlinger. Å tjene pasienten er derfor sentralt også i sykepleieleidelse (14).



«Pasienten skal være i sentrum for sykepleierens beslutninger og handlinger.»

Bondas teori om caritativ ledelse utgjør det teoretiske perspektivet i våre studier. Teorien har fått navn etter motivet: kjærlighet til mennesket og barmhjertighet. Fem hovedoppgaver beskrives i pasientpleien: det caritative motivet, verdighet, måling og mening i helsevesenet og relasjoner i omsorgskulturen. Det innebærer at lederen skal tilrettelegge for god etisk sykepleiekultur i egen avdeling til beste for pasientene. Uten ledere med klare visjoner om innholdet i pasientpleien vil det være risiko for at fokuset på å tjene pasienten blir borte (15, 16).

Ledernes oppgave er å utvikle sykepleiefaget, tilrettelegge for at sykepleien til enhver tid bygger på best tilgjengelig evidens og kontinuerlig etisk refleksjon med fundament i sykepleie (14, 16).

Press på ledere

Samfunnsendringer påvirker idealene for organisasjon og ledelse i kommunehelsetjenesten. Ett eksempel er innføringen av New Public Management (NPM) som bygger på modeller for markedsstyring i privat sektor. Siden innføringen har helsetjenestene levd under et konstant press på forbedring og effektivisering der hovedmålet er kostnadsreduksjon (17). Krav om resultatledelse, konkurranse og kostnadseffektivitet passer dårlig sammen med tanken om at pasienten skal være i fokus og teorien om caritativ ledelse. Det er en fare for at lederne har utilstrekkelig fokus på den lidende pasienten (14).

Problemstilling

I denne artikkelen ønsker vi å besvare følgende todelte problemstilling:

Hva er lederens ansvar i forebygging av uønskede hendelser i kommunehelsetjenesten? Hva skal til for å unngå slike hendelser?

Funn i våre studier

Artikkelen baserer seg på resultater fra egne, fagfellevurderte forskningsartikler, skrevet på norsk og engelsk og som er publisert i nasjonale og internasjonale tidsskrift (18–21). Studiene har mellomledernes perspektiv, dvs. de lederne som er nærmest pasientene og personalet. Alle har en sykepleiefaglig bakgrunn.

Kartlegging av fallhendelser i hjemmetjenesten er brukt som eksempel på uønskede hendelser. Deretter viser vi hvordan mellomlederne ser på sitt ansvar i egen avdeling før vi avslutningsvis peker på hvordan lederne kan ivareta sitt faglige ansvar og forebygge uønskede hendelser.

Fall i hjemmet

Da vi undersøkte antall fall i hjemmetjenesten, over en periode på tre måneder, ble det gjort i én kommune. Vi inkluderte et totalutvalg på 440 personer som alle hadde vedtak på hjemmetjenester og/eller trygghetsalarm. Antall dokumenterte fall i perioden var 101, fordelt på 72 tjenestemottakere (19).

Deretter ble et fokusgruppeintervju med fem mellomledere i samme kommune gjennomført. Hensikten var å undersøke hvordan mellomlederne ivaretok fagansvaret og arbeidet med å forebygge uønskede hendelser i egen sektor. Vi fant at lederne ønsket at sykepleierne skal overta fagansvar og fagutvikling, fordi lederne ikke oppfatter dette som sitt primære kompetanseområde. De beskriver dilemmaet mellom krav om utvikling av sykepleiefaget og ivaretagelse av personalet. Forebygging av uønskede hendelser har ikke vært prioritert i deres ledelse. Hovedfunn i studien er at ledernes mulighet til å utvikle og lede sykepleiefaget synes å være marginalisert (20).

Det overrasket oss at lederne manglet en strategi for å forebygge uønskede hendelser.



«Det overrasket oss at lederne manglet en strategi for å forebygge uønskede hendelser.»

Fordi dette var en relativt liten studie ønsket vi å se om vi fikk et annen bilde hvis vi gikk til litteraturen og undersøkte bredere. Vi fant lite forskning som beskrev hva som er god omsorg (engelsk: caring) fra lederne som er sykepleiere, fra deres eget perspektiv. Vi gjennomførte derfor en metasyntese av inkluderte artikler der ny tolkning av artiklene ble gjort.

Fem rom

Vårt hovedfunn var at lederne oppfatter omsorg i sykepleieledelse på mellomledernivå, begripeliggjort som en bevisst bevegelse, mellom fem ulike rom som vi har kalt; pasientens rom, ansattes rom, overordnedes rom, lederens hemmelige rom og organisasjonens rom. I denne sammenhengen har rom en metaforisk betydning; de kan være fysiske og geografisk avgrensede eller abstrakte – som en følelse av et rom.

Lederens fem rom

Pasientens rom: Lederen er til stede i pasientens rom for å forebygge pasientkrenkelser og pasientlidelser.

Ansattes rom: I ansattes rom tilrettelegger lederen for tillit og respekt personalet imellom og mellom personalet og lederen. Lederen går foran som rollemodell for god pasientomsorg. I ansattes rom er relasjonsbygging sentralt. Lederne setter tydelige likhetstegn mellom ivaretagelse av personalet og ivaretagelse av pasienten.

Overordnedes rom: I de overordnedes rom møter lederne krav fra sine ledere. De uttrykker behov for støtte og anerkjennelse fra sine ledere. Dersom de ikke får slik støtte gir det en følelse av ensomhet.

Lederens hemmelige rom: I ledernes eget, hemmelige rom, er lederne alene. De trekker seg tilbake for å reflektere og fatte beslutninger.

Organisasjonens rom: Organisasjonens rom omslutter alle disse rommene og legger rammene for ledelse.

Lederne ser en sammenheng mellom begrensede ressurser og kvalitet på pasientomsorgen som de synes er vanskelig å håndtere. Hovedfunnet er at omsorgen i sykepleieledelse karakteriseres ved en bevisst bevegelse mellom disse metaforiske rommene, der bevegelsen forstås som klinisk tilstedeværelse. Lederen bør anerkjenne at det er disse ulike rommene som må gis oppmerksomhet bevisst gjennom å besøke dem. Dersom lederen bevisst eller ubevisst unnlater å besøke rommene, eller at noen av rommene får mer oppmerksomhet enn de andre, blir det en ubalanse og bevegelsen stopper opp. Dette symboliserer at også omsorg i sykepleieledelse stopper opp (18).

Klinisk tilstedeværelse

Fordi tidligere forskning ikke gir innsikt i hvordan mellomledere selv forstår begrepet klinisk tilstedeværelse og hva de konkret ønsker å oppnå med å være til stede, ønsket vi å undersøke dette. Vi valgte en hermeneutisk metode med tre fokusgrupper med til sammen 11 mellomledere fra Norge, Sverige og Finland.

Tilstedeværelse betyr å møte pasienter, pårørende og medarbeidere i en hverdagslig sammenheng og skal i så måte ikke forstås som sykepleiere som deltar i daglig pleie- og omsorg. Dersom klinisk tilstedeværelse ikke betyr deltakelse i stell og pleie, hvilken hensikt tjener det da?

Resultatet viser at klinisk tilstedeværelse hadde flere dimensjoner; å ivareta pasienten og legge til rette for en best mulig pasientomsorg gjennom selv å ta et overordnet ansvar for pleien, sikre pasientens stemme, bygge og videreføre tillitsfulle relasjoner samt sikre en fornuftig pengebruk i avdelingen.

Lederne beskriver et overordnet ansvar for kvalitet på pleie, personalet og økonomien som krevende og overveldende. Likevel var de tydelige på eget behov for å være til stede og møte pasientene som en del av ivaretakelsen av pasientomsorgen.

Pasienten er viktigst

Ivaretakelse av pasienten var hovedfunnet i studien og forklarer hensikten med klinisk tilstedeværelse der best mulig pasientomsorg er viktigst for lederne. Hensikten med ledernes kliniske tilstedeværelse var dermed ikke å erstatte sykepleiemangel eller å berge økonomien. Lederne beskrev at de aldri ville sette pasientomsorgen i fare ved å prioritere personalet eller unngå budsjettoverskridelser, selv om pasientomsorgen medfører budsjettoverskridelser eller at de noen ganger må avskjedige ansatte. Basert på ledernes kompetanse fra sykepleierutdanningen opptrer de som «skjold» i metaforisk betydning for å beskytte pasienten mot uønskede hendelser (21).

Der flere studier viser at mellomledere oftest prioriterer budsjettansvaret (20, 22), viser denne siste studien vår at mellomlederne balanserer sine tre ansvarsområder, fag-, personal- og økonomiansvar, men sier at best mulig pasientomsorg likevel er den viktigste oppgaven (21).

Diskusjon

Kommunehelsetjenesten, og da spesielt hjemmetjenesten, beskrives som en spesiell kontekst å lede. Personalet jobber alene opp mot pasientene i hjemmene, mens lederne kan bli igjen på kontoret. Lederne ønsker å kontrollere at pasientene får tjenestene de er i behov av, at uønsket praksis som i pleie kan medføre unødvendige og tungt belastende pleielidelser for pasienten unngås, og at uønskede hendelser rapporteres og følges opp. De uttrykker ønske om å kunne ha større grad av innsyn, men sier det er vanskelig på grunn av avstanden til pasientene og personalet. Særlig beskrives dette som vanskelig av mellomledere som tidligere har ledet i institusjon (20).

Må være oppdatert

Stillingsbeskrivelsene for mellomlederne i de tre landene var sammenfallende. I kraft av å være sykepleiere har mellomledere et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og for å sette seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten. De har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig der sykepleien skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Dette krever sykepleieledere som er oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og som bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.



«De har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.»

Stadig flere forskere publiserer sin forskning på engelsk for å nå ut til et bredere publikum. Til tross for at dagens sykepleierutdanning setter studentene i stand til å lese, vurdere og anvende forskning i sin praksis vet vi at mange sykepleiere og ledere synes forskningsartikler er vanskelig tilgjengelig og særlig når de skrives på engelsk.

Helhetlig pasientomsorg

Sykepleierne ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgsfunksjoner. De skal melde fra eller varsle når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold. Vi hevder at evidensbasert kunnskap alene ikke er tilstrekkelig dersom den ikke forankres i et helhetlig syn på pasientomsorg, som også inkluderer pasientsikkerhet.

Ledernes holdninger er avgjørende for å fremme en felles kultur der pasientsikkerhet og forebygging av pleielidelser er prioritert basert på felles verdier og kunnskap, der også sykepleievitenskap er en viktig base for kunnskap. Med dette som utgangspunkt kan lederne skape en felles forståelse av at «slik gjør vi det hos oss». Mellomledere med sykepleiefaglig bakgrunn kan derfor bære ansvaret for å fremme sykepleiefokuset i tjenestene.

Resultatene viser at lederne opplever manglende samsvar mellom arbeidsmengde og tilgjengelig tidsressurs. Når ledelse gjennom NPM stiller større krav til resultatledelse og kostnadseffektivitet, hevder Bondas at en står i fare for å miste fag- og pasientfokuset i tjenesten (14). Nettopp fordi lederne er sykepleiere evner de å se faglige problemstillinger og identifisere risiko for uønskede hendelser. Det sammenfaller med funnene i vår studie (20), der pasientansvaret veier tyngst (21).

Viktig å få støtte

Med bakgrunn i demografiske endringer og reformer ser vi at flere og mer komplekse oppgaver i større grad skal løses i kommunehelsetjenesten. Dette kan beskrives som en kompetanse- og ansvarsoversvømmelse i en tid der behovet for sykepleiere er stort og økende, samtidig som sykepleiefaget utfordres på sin identitet. For å kunne klare å stå i dette krysspresset sier lederne at støtte fra sine nærmeste ledere er en forutsetning (21).

Selv om brukermedvirkning løftes frem i statlige dokumenter, viste ikke i våre studier planlagte møter mellom ledere og pasienter eller pårørende. Lederne fortalte likevel at de var opptatt av pasient- og pårørendetilfredshet i tjenestene.

Den faglige bakgrunnen lederen har påvirker hvordan han eller hun observerer når de er klinisk til stede, basert på hvilke faglige «briller» de har på. Sykepleiere er utdannet til å identifisere og forebygge risiko for uønskede hendelser og pasientlidelser, samt å bygge arbeidsmiljø basert på felles verdier.



«Vi fant at alt lederne gjorde tjente hensikten å ivareta et helhetlig og overordnet ansvar for pasienten.»

Vi fant at alt lederne gjorde tjente hensikten å ivareta et helhetlig og overordnet ansvar for pasienten. Alle lederne beskrev dilemma mellom å stole på det personalet sa og behovet for å se ting med egne øyne for å skape et godt beslutningsgrunnlag. Derfor ble klinisk tilstedeværelse sett på som helt nødvendig for å sikre at personalet ga en best mulig kvalitet på pasientomsorgen (21).

Det ultimate målet

Media viser til eksempler der kommuner søker å møte sykepleiemangelen med at andre yrkesgrupper som helsefagarbeidere og ingeniører erstatter sykepleiere i lederstillinger (23, 24). Vi bør likevel ikke «organisere» oss bort fra sykepleiemangelen, men heller arbeide for å bruke rett kompetanse på rett plass. Dette er særlig viktig når krav til kompetanse og antall ansatte i tjenestene økes samtidig som tilgangen utfordres.

Det ultimate målet bør være ledere som skaper avdelinger preget av kunnskap, visjoner og åpenhet, der pasientene er trygge, personalet yter gode tjenester og der pasienter og deres pårørende er tilfredse med tjenestene som gis. Sykepleiere har lange tradisjoner for å jobbe godt sammen med andre yrkesgrupper. Sykepleiere skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold der vi viser respekt for kollegers og andres arbeid og der lederne løfter sykepleiefaget i Florence Nightingales ånd.

Vi mener at våre studier viser betydningen av sykepleielederes kliniske tilstedeværelse i forebygging av uønskede hendelser, samtidig som de belyser betydningen av sykepleiefaglig bakgrunn og klinisk tilstedeværelse for å møte krav til mellomledere i kommunehelsetjenestene.

Vi må våge å bidra med tydelighet i den faglige og politiske diskusjonen om hvorfor sykepleieledere i kommunehelsetjenesten ikke kan erstattes av andre yrkesgrupper.

Referanser

1. Harrison MB, Keeping-Burke L, Godfrey CM, Ross-White A, McVeety J, Donaldson V. Safety in home care: a mapping review of the international literature. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2013;11(3):148–60.

2. Lov 15.12.2017 nr.107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107> (nedlastet 20.08.2019).
3. Eriksson K. Det lidende menneske. Danmark: Munksgaard; 2010.
4. Castle NG, Wagner LM, Sonon K, Fergusson-Rome JC. Measuring administrators' and direct care workers' perceptions of the safety culture in assessed living facilities. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2012;38(8):375-82.
5. Haycock-Stuart E, Kean S. Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting? Journal of Nursing Management. 2012;20(3):372-81.
6. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
7. NOU 2011:11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
8. Helsedirektoratet. Status for samhandlingsreformen. Oslo: Helsedirektoratet; 2016.
9. Vabø SI, Vabø M. Velferdens organisering. Oslo: Universitetsforlaget; 2014.
10. Norsk Sykepleierforbund. Politisk plattform for ledelse (2017-2020). Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/2201714/cache=20171804133935/NSF%20Politisk%20Plattform_ledelse%202017%20-%202020%20revidert.pdf (nedlastet 15.09.19).
11. Meld. St. nr. 13 (2016-2017). Kvalitet og pasientsikkerhet 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
12. Helse- og sosialdepartementet. Ledelsesforskriften. 2017. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlastet 20.08.2019).

13. Henderson V, Mellbye S, Munkeby AM. Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: refleksjoner etter 25 år. Oslo: Universitetsforlaget; 1998.
14. Bondas T. Caritative leadership: ministering to the patients. *Nursing administration quarterly*. 2003;27(3):249–53.
15. Bondas T. Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing*. 2009;14(4):351–62.
16. Bondas T. Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: a paradoxical practice. *Journal of Nursing Management*. 2010;18(4):477–86.
17. Cara CM, Nyberg JJ, Brousseau S. Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's health care system. *Nursing Administration Quarterly*. 2011;35(1):6–14.
18. Solbakken R, Bergdahl E, Rudolfsson G, Bondas T. International nursing: caring in nursing leadership – a meta-ethnography from the nurse leader's perspective. *Nursing Administration Quarterly*. 2018;42(4):E1–E19.
19. Solbakken R, Bondas T. Fallhendelser hos eldre i hjemmetjenesten i en norsk kommune – omfang og omstendigheter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2015;11(1):165–79.
20. Solbakken R, Bondas T. Sykepleielederens fagansvar ved uheldige hendelser i hjemmetjenesten. *Geriatrisk sykepleie*. 2016;03:18–25.
21. Solbakken R, Bondas T, Kasén A. Safeguarding the patient in municipal healthcare – a hermeneutic focus group study of Nordic nursing leadership. *Journal of nursing management*. 2019 september;27(6):1242–50.
22. Skirbekk H, Hem MH, Nortvedt P. Prioritising patient care: The different views of clinicians and managers. *Nursing Ethics*. 2017;25(6):746–59.
23. Hærnes N. Ingeniør skal lede anestesisykepleiere i Førde. Oslo: Sykepleien; 2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/07/ingenior-skal-lede-anestesisykepleierne-i-forde> (nedlastet 02.08.19).

24. Hanna S. På dette sykehjemmet jobber avdelingslederne og helsefagarbeiderne side om side Oslo: Fagbladet; 2019.

Tilgjengelig fra: [https://fagbladet.no/nyheter/pa-dette-sykehjemmet-jobber-avdelingsledere-og-helsefagarbeidere-side-om-side-6.91.633549.b3ba696f9a?](https://fagbladet.no/nyheter/pa-dette-sykehjemmet-jobber-avdelingsledere-og-helsefagarbeidere-side-om-side-6.91.633549.b3ba696f9a?fbclid=IwAR1L_VEAcyoAtxu-scCRYxmjx5XvHKtdSE1RH3bc8fE75DZLpkzqqZdhSg)

[fbclid=IwAR1L_VEAcyoAtxu-scCRYxmjx5XvHKtdSE1RH3bc8fE75DZLpkzqqZdhSg](https://fagbladet.no/nyheter/pa-dette-sykehjemmet-jobber-avdelingsledere-og-helsefagarbeidere-side-om-side-6.91.633549.b3ba696f9a?fbclid=IwAR1L_VEAcyoAtxu-scCRYxmjx5XvHKtdSE1RH3bc8fE75DZLpkzqqZdhSg)

(nedlastet 16.06.19).