

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Sykepleieres erfaring med sykepleieteam i hjemmesykepleien – en kvalitativ studie

[Thea Grøvre Thorkildsen](#)

Spesialsykepleier og universitetslektor
Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder, Kristiansand

[Cecilie Karlsen](#)

Sykepleier, helseinformatiker og seniorprosjektleder
Det digitale Vestre Agder

[Tina Lien Barken](#)

Sykepleier og førsteamanuensis
Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder, Kristiansand

[Endring](#)

[Ledelse](#)

[Kompetanse](#)

[Organisering](#)

[Intervju](#)

Sykepleien Forskning 2025;20(100995):e-100995

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2025.100995](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2025.100995)

Bakgrunn: Hjemmesykepleien står i dag overfor store utfordringer. Kombinasjonen av økende omsorgsbehov hos brukere, flere brukergrupper og kortere liggetid på sykehus stiller høyere krav til kompetansen til sykepleierne og organiseringen av tjenesten. De siste årene er forskjellige organiseringsmodeller blitt utarbeidet for å utnytte sykepleierressurser og kompetanse samt forbedre tjenestekvaliteten. Sykepleieteam er en måte å organisere hjemmesykepleien på. Det er forsket lite på erfaringer til sykepleiere som har arbeidet i sykepleieteam i hjemmesykepleien.

Hensikt: Å få økt forståelse for sykepleieres erfaringer med å jobbe i et sykepleieteam i hjemmesykepleien.

Metode: Studien har et kvalitativt forskningsdesign. Vi utførte semistrukturerte intervjuer av åtte sykepleiere som jobbet i sykepleieteam i prosjektperioden.

Resultat: Tre hovedtemaer ble identifisert: «Oppgavedeling ga forutsigbarhet, men økt ansvar», «Definerte sykepleieoppgaver førte til bedre benyttelse av kompetanse, men ga fragmenterte pleie- og omsorgstjenester» og «Manglende ledelse og organisering førte til utfordrende samarbeid».

Konklusjon: Sykepleieteam førte til forutsigbarhet ved oppgavedeling, men også økt ansvarsbyrde for sykepleierne i teamet. Kompetansen ble bedre benyttet ved at sykepleieoppgavene var bedre definert. Samtidig førte oppgavedelingen til fragmenterte pleie- og omsorgstjenester. Pasientnærheten og evnen til å kunne yte helhetlig omsorg ble utfordret. Manglende ledelse og organisering var også med på å gjøre samarbeidet i teamet krevende.

Introduksjon

Hjemmesykepleien står i dag overfor store utfordringer. Kombinasjonen av økende omsorgsbehov hos brukere, flere brukergrupper og kortere liggetid på sykehus stiller høyere krav til kompetanse og organisering (1, 2). Dagens organiseringsmodell i hjemmesykepleien fører til at brukere ofte må forholde seg til mange ukjente ansatte (3).

Sju av ti sykepleiere i hjemmesykepleien sier at de daglig utfører oppgaver som ikke defineres som sykepleieoppgaver (4, 5). Samlet sett viser dette at sykepleiekompetansen ikke utnyttes godt nok, noe som krever at tjenesten må finne gode organisatoriske løsninger (6).

Teamorganisering har de siste årene vært et satsingsområde i utviklingen av hjemmesykepleien (7–10). Denne organiseringsformen fokuserer på kompetanse og ressurser og kan blant annet bidra til å fremme samhandling og god organisering (7, 11).

Sykepleieteam innebærer blant annet oppgavedeling, der oppgaver hos hver enkelt bruker fordeles på ulikt personell avhengig av kompetanse, for eksempel fra sykepleier til helsefagarbeider (11, 12). Flere kommuner har de siste årene utarbeidet forskjellige organiseringsmodeller for å forbedre tjenestekvaliteten, blant annet helseteam i Bergen og sykepleieteam i Tromsø (9, 10).

Hensikten med studien

Denne studien setter søkelyset på prosjektet «Sykepleieteam», som ble startet opp i 2020 i en kommune i Sør-Norge og avsluttet høsten 2021. Studien baserer seg på erfaringer fra prosjektperioden. Det er forsket lite på erfaringer til sykepleiere som har arbeidet i sykepleieteam i hjemmesykepleien. Hensikten med denne studien var derfor å få økt forståelse for disse erfaringene.

Metode

Denne studien har et kvalitativt design med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Tilnærmingen ble valgt for å få økt forståelse for deltakernes subjektive erfaringer (13). Vi benyttet sjekklisten COREQ (14) for å kvalitetssikre gjennomføringen og rapporteringen av studien.

Organisering av sykepleieteam i prosjektet

Hjemmesykepleien organiseres i ulike geografiske soner. Sykepleieteamet i dette prosjektet besto av sykepleiere fra to ulike soner som var samlokalisert. Teamet var organisert slik at sykepleierne fra de to sonene arbeidet sammen i *sykepleieteamet* på dagtid og kveld. Helsefagarbeiderne og assistentene i hver sone hadde to egne *soneteam*, med eget kontor, atskilt fra sykepleieteamet.

Sykepleierne i teamet utførte hovedsakelig oppgaver der det var behov for sykepleiernes spesifikke kompetanse, *definerte sykepleieoppgaver*, for eksempel komplekse sårstell, dosering av medisin og hjemmebehandling med antibiotika. Soneteamet utførte andre typer oppdrag, som stell, dusjing og matlaging.

Brukere som hadde behov for oppfølging av både sykepleieteamet, med for eksempel dosering av medisin, og soneteamet, med for eksempel dusjing, fikk da besøk av både en sykepleier og en helsefagarbeider eller assistent på ulike tidspunkter.

I forbindelse med prosjektet ble det også ansatt en felles helsesekretær som skulle avlaste sykepleierne med enkelte administrative oppgaver, blant annet bestilling av medisiner og materiell, fornyelse av resepter og håndtering av enkelte pleie- og omsorgsmeldinger (PLO). I tillegg var det to ulike avdelingsledere i sykepleieteamet. Etter at prosjektperioden var ferdig, valgte de to sonene å gå tilbake til tidligere organisering. Dermed ble sykepleieteamet oppløst.

Rekruttering og utvalg

For å rekruttere informanter sendte vi ut e-post til de to avdelingslederne som var ansvarlig for sykepleieteamet. De delte informasjon om studien videre med mulige deltakere i de aktuelle sonene. Inklusjonskriteriene for å være med i studien var sykepleiere som var ansatt i hjemmesykepleien, og som hadde arbeidet i sykepleieteamet mens prosjektet pågikk.

Totalt sju kvinner og en mann mellom 28 og 60 år ble inkludert i studien. Antall års erfaring fra hjemmesykepleien varierte fra to til tolv år.

Datainnsamling

Vi samlet inn dataene gjennom åtte individuelle semistrukturerte intervjuer med sykepleierne som hadde arbeidet i sykepleieteamet i prosjektperioden. Fire informanter deltok fra hver av de to sonene. Førsteforfatteren utførte intervjuene.

Hovedtemaer i intervjuguiden handlet om hvordan sykepleierne opplevde å jobbe i sykepleieteamet, hvordan det var før, hva som var forskjellene på å jobbe i soneteam og sykepleieteam, i tillegg til muligheter og utfordringer samt brukeroppfølging i teamet.

Førsteforfatteren tok opp intervjuene på lydbånd og transkriberte dem. Intervjuene varte gjennomsnittlig 30 minutter. Intervjuene ble gjennomført et par måneder etter at prosjektet var

avsluttet.

Analyse

Vi analyserte intervjuene ved hjelp av systematisk tekstkondensering, inspirert av Malterud (13). I det første trinnet gikk vi gjennom lydfilene og leste nøye gjennom det transkriberte materialet for å få et helhetsinntrykk, der 13 foreløpige temaer ble notert.

I trinn to ble analyseverktøyet NVivo brukt, der vi gjennomgikk alle intervjuene på nytt og identifiserte de meningsbærende enhetene. Her sorterte vi deler av teksten som kunne belyse problemstillingen og systematiserte og kodet deretter de meningsbærende enhetene. Til slutt dannet vi kodegrupper.

I trinn tre abstraherte vi innholdet i kodegruppene, der det ble dannet tolv underkategorier. I det fjerde trinnet ble de løsrevne tekstbitene fra de tidligere trinnene sammenfattet, altså rekontekstualisert, der underkategoriene ble delt inn i tre ulike hovedkategorier.

Analysen førte til tre hovedtemaer som ble identifisert. Tabell 1 viser et eksempel på analysetrinn.

Tabell 1. Eksempel på analysetrinn

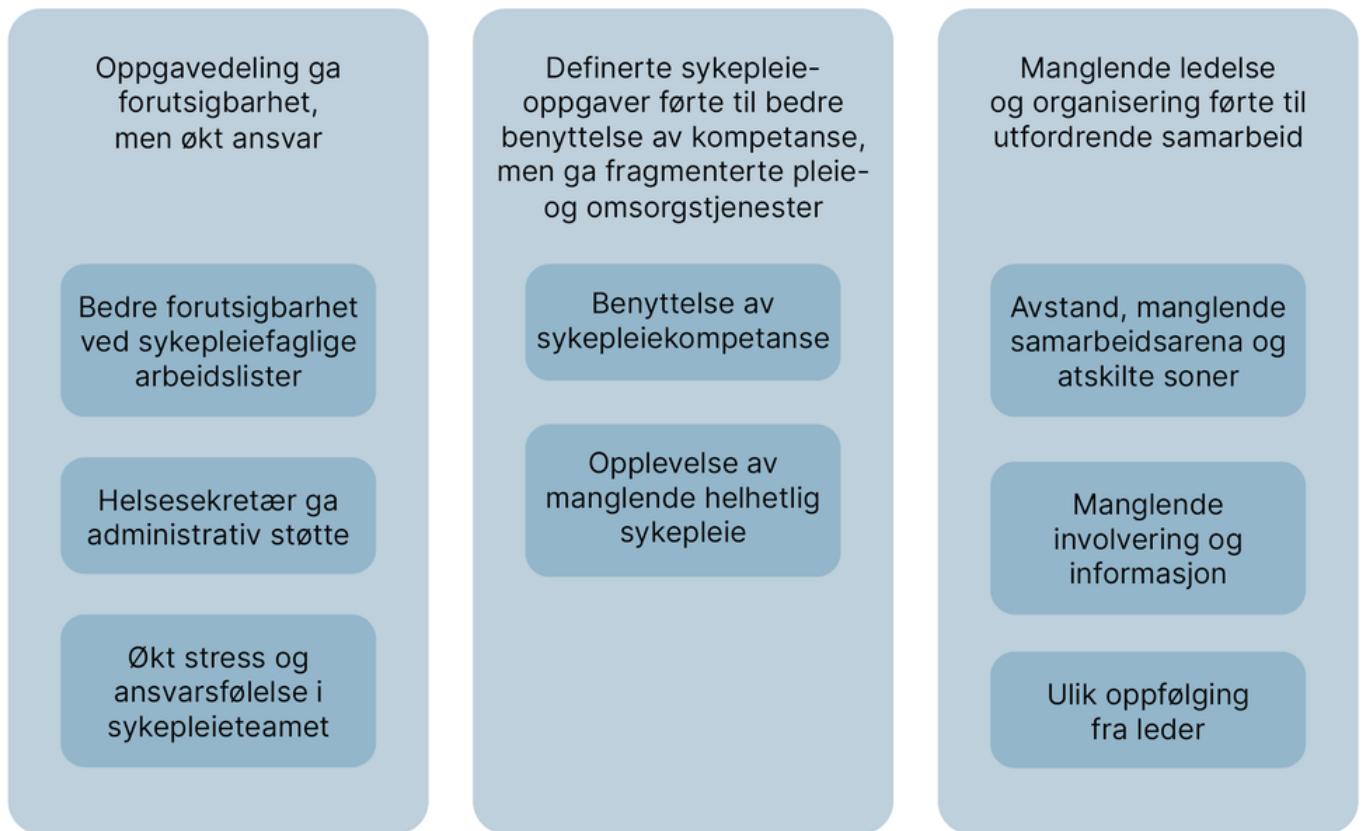
Trinn 1	Trinn 2		Trinn 3	Trinn 4
Helhets-inntrykk	Meningsbærende enheter	Kodegrupper	Under-kategorier	Hovedkategorier
Riktig kompetanse til riktig bruker – bedre kvalitet på tjenesten	«Det at man har prøvd å samle kompetansen på sykepleie-listene, sånn at sykepleierne ikke bruker masse tid på vanlig stell og støttestrømper, og ting som andre kan gjøre. Det har vært fint.»	<ul style="list-style-type: none"> – Bedre kvalitet på tjenesten når kompetansen er spisset – Sykepleierne bruker mindre tid på ting andre kan gjøre – Man får mer repetisjon 	Benyttelse av sykepleie-kompetanse	Definerte sykepleieoppgaver førte til bedre benyttelse av kompetanse, men ga fragmenterte pleie- og omsorgstjenester
Mindre helhetlig sykepleie	«Sånn som listene var før, så var en jo mer med i stellet, da. Med den brukeren. Og da ser man jo mer helheten når man er med i stell. Det var kanskje også noe som man reagerte litt på når man skulle begynne med sykepleieteam-prosjektet, for det har jo vært så mye fokus på helhetlig omsorg og se hele bildet. Og da plutselig skal man på en måte gå bort fra det igjen, og kun inn og ut og gjøre det man skal.»	<ul style="list-style-type: none"> – Det helhetlige synet på brukerne har blitt dårligere – Mister oversikt over brukerne – En gjør det nødvendigste, og går inn og ut 	Opplevelse av manglende helhetlig sykepleie	

Etiske overveielser

Prosjektet ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), nå kalt Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (referansenummer 231545). Vi innhentet skriftlig samtykke fra informantene. De samtykket til at vi tok opp intervjuet, og de ble forsikret om at datamaterialet ville bli oppbevart forsvarlig i etterkant. Vi har brukt fiktive navn, og stedsnavn er ikke beskrevet spesifikt. Studien følger anbefalingene i Helsinkideklarasjonen (15).

Resultater

Vi identifiserte tre hovedtemaer: «Oppgavedeling ga forutsigbarhet, men økt ansvar», «Definerte sykepleieoppgaver førte til bedre benyttelse av kompetanse, men ga fragmenterte pleie- og omsorgstjenester» og «Manglende ledelse og organisering førte til utfordrende samarbeid». Figur 1 illustrerer hovedkategoriene med tilhørende underkategorier.



Figur 1. Hovedkategorier med tilhørende underkategorier

Oppgavedeling ga forutsigbarhet, men økt ansvar

Å organisere oppgavedelingen i sykepleieteamet førte til forutsigbarhet i arbeidshverdagen, men også økt ansvarsbyrde for sykepleierne. Oppgavedelingen innebar å fordele oppgaver fra sykepleierne med høyere kompetansenivå til annet helsepersonell i soneteamet. Dermed kunne oppgaver hos hver enkelt bruker bli fordelt på flere pleiere.

Når sykepleierne fikk gitt fra seg oppgaver som andre faggrupper kunne utføre, førte det til mer sykepleiefaglige arbeidslister. I tillegg ga det mer forutsigbarhet fordi sykepleieteamet fikk tildelt de samme brukerne over flere dager.

Oppgavedeling innebar også at en helsesekretær ble ansatt, noe som bidro til å gi sykepleierne enda mer forutsigbarhet og administrativ støtte. Helsesekretæren avlastet sykepleierne med enkelte administrative oppgaver og håndterte vakttelefonen. Informantene opplevde derfor at de kunne være mer oppmerksom på brukerne og ha færre forstyrrelser. En av informantene sa:

«Jeg synes det blir mer profesjonelt når man har en person som svarer telefonen med ro, og kan finne ut av ting fort på dataen i stedet for en sykepleier som står midt i en dusj. Som kan lytte. Og så sier man kanskje: 'Å, jeg må ringe deg opp igjen'. Og så glemmer man å ringe opp igjen når det er så mange telefoner» (informant 3).

Selv om oppgavedelingen ga sykepleierne mer forutsigbarhet, opplevde mange å få en større ansvarsbyrde og arbeidsmengde. Brukere som hadde behov for sykepleiekompetanse, ble samlet på få arbeidslister. Dermed sto sykepleierne i sykepleieteamet mer alene, med færre muligheter til å delegerer bort sykepleierrelaterte oppgaver. En informant sa følgende:

«Arbeidslistene har jo vært mer rettet til sykepleieoppgaver nå. Det har vært mer hektisk. Fullere lister. Og så er det alltid så mange beskjeder ekstra. Og ting vi må gjøre utenom lista. Nye brukere. Det føles kanskje ut som om det har vært mer stress og hektisk på listene i den perioden» (informant 2).

I tillegg til at de måtte følge opp brukerne på sin egen arbeidsliste, måtte de samtidig følge opp administrative oppgaver både i sykepleieteamet og soneteamet. Det var med på å øke ansvarsbyrden og skapte en stressende arbeidshverdag.

Definerte sykepleieoppgaver førte til bedre benyttelse av kompetanse, men ga fragmenterte pleie- og omsorgstjenester

Mange av informantene opplevde at organiseringen av sykepleieteam førte til bedre utnyttelse av kompetansen deres ved at de kun utførte definerte sykepleieoppgaver. I tillegg opplevde informantene å få mer repetisjon av å utføre de samme prosedyrene ofte, og de ble dermed tryggere på oppgavene som skulle utføres. Slik repetisjon kunne føre til bedre kvalitet og kontinuitet. En informant eksemplifiserte dette slik:

«Jeg trives bedre med å gå i teamet. Med mer konsentrerte oppgaver, du lærer mer, får mer repetisjon, mer trening. Det blir mer kontinuitet. Og kvaliteten blir bedre med tanke på at man utfører prosedyrer oftere. Det at man har prøvd å samle kompetansen på sykepleielistene, sånn at sykepleierne ikke bruker masse tid på vanlig stell og støttestrømper og ting som andre kan gjøre. Det har vært fint» (informant 1).

Selv om tydelig definerte sykepleieoppgaver førte til bedre utnyttelse av kompetansen, bidro det samtidig til en mer oppstykket pleie- og omsorgstjeneste. En informant sa:

«Sånn som listene var før, så var en jo mer med i stellet, da. Med den brukeren. Og da ser man jo mer helheten når man er med i stell. Det var kanskje også noe som man reagerte litt på da man skulle begynne med sykepleieteamprosjektet, for det har jo vært så mye fokus på helhetlig omsorg og se hele bildet. Og da plutselig skal man på en måte gå bort fra det igjen og kun inn og ut og gjøre det man skal» (informant 5).

Denne oppstykkingen gjaldt spesielt for oppfølging av brukere som hadde store og sammensatte behov. Informantene illustrerte dette ved å beskrive en situasjon fra arbeidshverdagen: Brukere som hadde behov for hjelp til både dusj og dosering av medisin,

fikk to besøk i stedet for ett – først av soneteamet for hjelp med dusjing og deretter av sykepleieteamet for hjelp med medisinen. Sykepleierne i teamet var dermed innom på veldig korte besøk hos noen brukere. Sykepleien ble mindre helhetlig og pasientnær.

Manglende ledelse og organisering førte til utfordrende samarbeid

Informantene beskrev manglende ledelse og organisering av sykepleieteamet. De fortalte at forberedelser, rutiner og informasjon manglet før prosjektet ble satt i gang. Flere opplevde at de ikke ble tilstrekkelig involvert fra starten av, og prosjektet ble dermed ikke forankret hos de ansatte.

Informantene beskrev også forskjellig oppfølging fra avdelingslederne i de to sonene. Prosjektet ble ledet forskjellig med ulikt engasjement og ulike holdninger. Dette var igjen med på å påvirke informantenes holdning til sykepleieteam. Flere av informantene viste motstand mot å jobbe i sykepleieteamet og var kritiske til endringen. En av informantene fortalte:

«Jeg føler jeg kunne merke litt sånn forskjellig innstilling fra folk til å jobbe i team. Noen var veldig negative og følte at det var en del bortkastet tid og tullete å være der» (informant 8).

I tillegg til at informantene opplevde manglende forberedelser og ledelse, ble det heller ikke lagt til rette for en felles arbeidsarena. Flere av informantene savnet et felles medisinerom, sonekontor og samarbeid om felles brukere. Sykepleieteamet dekket hvert sitt geografiske område innad i kommunen, som førte til lange avstander mellom sonekontorene. En informant sa følgende:

«For det var jo det jeg tenkte da vi ble tatt ut i dette prosjektet, at vi skulle jobbe på tvers. Men det har vi jo i aller laveste grad gjort. Så jeg tror jo at en hadde fått mye mer ut av det hvis en på en måte hadde hatt en miks av brukere. Og da hadde det blitt lettere å samarbeide, tror jeg» (informant 1).

Til tross for at organiseringen av sykepleieteamet ble innført, beholdt de den opprinnelige organiseringen av sonekontorene. Sykepleieteamet tilbrakte kun tid sammen da de avga felles rapport før vaktene begynte. Med atskilt sykepleieteam og soneteam mister informantene oversikten over og kontakten med kolleger.

De to sonene i teamet hadde heller ingen arbeidslister med felles brukere, som førte til at informantene mistet eierskap og tilhørighet til den andre sonens brukere. Dette påvirket samarbeidet i teamet.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å få økt forståelse for hvordan sykepleiere erfarte å jobbe i et sykepleieteam i hjemmesykepleien.

Oppgavedeling ga forutsigbarhet, men økt ansvar

Funnene i studien viser at oppgavedeling i sykepleieteamet ga forutsigbarhet i hverdagen. Oppgavene ble fordelt fra eksempelvis sykepleierne til helsefagarbeiderne, og arbeidslistene ble mer sykepleiefaglige. Riktig oppgavedeling kan bidra til å opprettholde og forbedre kvaliteten på tjenestene samt øke effektiviteten og trivselen til de ansatte (7).

I denne studien bidro ansettelse av en helsesekretær til avlastning av administrative oppgaver for sykepleierne. I en helseorganisasjon er det organisatoriske arbeidet i stor grad usynlig til tross for at det har stor betydning for kvaliteten på tjenesten (16). Dersom det mangler personell som tar seg av administrativt arbeid, kan de ansatte få en høyere arbeidsbelastning (17).

Studien vår viser at oppgavedeling også førte til en økt ansvarsbyrde. Årsaker var færre arbeidslister og sykepleierrelaterte oppgaver som ikke kunne delegeres. I tillegg sto sykepleierne mer alene. Derfor fikk informantene en mer stresset arbeidshverdag.

Ifølge Gjevjon (12) må ansvars- og oppgavedeling skje med bevissthet og struktur. Hvis kompetansen til helsepersonellet som får fordelt nye oppgaver, er utilstrekkelig, er det stor sjanse for at de blir usikre, får økt ansvar og mister arbeidsgleden.

For at oppgavedeling skal fungere godt, viser forskning at det er viktig å etablere et velfungerende samarbeid mellom alle involverte aktører i et team. I tillegg må pleien koordineres og behovsstyres. I tillegg bør de involverte få mer medbestemmelse samt bedre kompetanse og støtte. De må også ha et godt organisatorisk system (18).

Definerte sykepleieoppgaver førte til bedre benyttelse av kompetanse, men ga fragmenterte pleie- og omsorgstjenester

Funn fra denne studien viser at definerte sykepleieoppgaver førte til at kompetansen ble bedre benyttet, som igjen ga bedre forutsetninger for kvalitet og kontinuitet i utførelsen av sykepleieoppgavene. Ved å benytte sykepleiekompetanse på en riktig måte kan brukere få et bedre styrket tilbud, og de ansatte vil kunne oppleve en bedre arbeidshverdag (19). I tillegg kan definerte sykepleieoppgaver føre til at kommunene bedre kan ivareta syke pasienter som kommer fra spesialisthelsetjenesten (14).

Melby og medarbeidere (20) viser derimot at det også kan by på utfordringer å utnytte sykepleiekompetansen. Hvis sykepleiere utelukkende skal utføre sykepleieoppgaver, kan det føre til mindre pasientnærhet (20). Studien vår understøtter dette funnet.

I sykepleieteamet ble pleien hovedsakelig styrt etter kompetanse og for lite etter behov. Dermed ble pleie- og omsorgstjenesten mer fragmentert, som kan utfordre idealet om helhetlig sykepleie (21). Et eksempel var når brukere med komplekse behov mottok hjelp fra både soneteamet og sykepleieteamet. Dermed måtte brukerne forholde seg til mange ulike helsearbeidere, som kan forstås som manglende personkontinuitet. Det kan igjen gå ut over verdigheten, trygghetsfølelsen og pasientsikkerheten til brukerne (3).

I tillegg kan sykepleierne gå glipp av viktige observasjoner (20). Å hjelpe en person i stell innebærer mye mer enn bare den praktiske oppgaven. Det handler om relasjonsbygging, vurdering av behov og observasjoner av helsetilstand (22). Det er viktig å være kritisk til en slik oppgaveorientering som i sykepleieteamet samt anerkjenne sykepleiefagets kompleksitet og helhetlige ansvar (12).

Manglende ledelse og organisering førte til utfordrende samarbeid

Studien viser at de to sonene i sykepleieteamet hadde et utfordrende samarbeid seg imellom, blant annet fordi de manglet organisering. Det finnes flere faktorer som er sentrale for at et team skal kunne fungere best mulig, og for at samarbeid skal være mulig. Teamet må ha en felles visjon og samme mål for pasientomsorgen (23).

Når ansatte i et team jobber isolert uten å samarbeide, er det mindre sannsynlig at de oppnår felles mål (24). Problemer vil lettere kunne løses når teamet har et felles ansvar. I tillegg til å jobbe på tvers er det mer sannsynlig at mål oppnås (24).

Ledernes holdninger og engasjement påvirket informantenes tilnærming til prosjektet i studien vår. Ledelsen spiller en viktig rolle når sykepleiere skal jobbe sammen i et team (25), og hvis noen ikke er interessert i eller vil forplikte seg til et endringsinitiativ, er det en barriere for en vellykket endring (26). Ansatte kan bli påvirket av andres holdninger, som kan forme deres tilnærming til endringen (27).

Informantene i studien vår uttrykte også at de manglet informasjon og var lite involvert i oppstartsfasen av prosjektet. En vellykket organisasjonsendring krever tilstrekkelig informasjon til og støtte fra ansatte. Ansatte må dessuten involveres i prosjektet fra det etableres (25, 28). Ifølge Robinson og medarbeidere (27) vil en aktiv involvering også kunne gi de ansatte en bedre forståelse av endringsinitiativet.

Denne studien gir økt forståelse for hvordan hjemmesykepleien kan organisere sykepleieteam, men viser at flere faktorer kan ha vært medvirkende til at prosjektet ble avsluttet. For at et sykepleieteam skal fungere i praksis, bør disse forutsetningene være til stede: bevisstgjøre og tydeliggjøre ansvars- og oppgavedeling for de ansatte og ledelsen i hjemmesykepleien samt å sikre helhetlig omsorg ved å benytte sykepleiekompetanse i møte med brukernes behov.

For å styrke samarbeidet i et sykepleieteam er det viktig med en hensiktsmessig organisering. I tillegg må ledelsen aktivt involvere medarbeiderne og forankre prosjektet hos de ansatte.

Styrker og begrensninger ved studien

Forfatterne er sykepleiere med mastergrad og doktorgrad. Vi har erfaring fra sykehus og hjemmesykepleien, men arbeider i dag som sykepleielærere ved et universitet.

Førsteforfatteren har tidligere erfaring med arbeid i sykepleieteam. Vi har reflektert over vår egen rolle som tidligere sykepleiere gjennom alle stadiene av forskningsprosessen og inkludert refleksive elementer som en del av forskningsmetoden.

En styrke ved studien er at utvalget hadde variert alder og erfaring. Imidlertid var det kun én mannlig informant med i studien. Vi mener at intervjuene ga et rikt materiale med ulike opplevelser og erfaringer.

Til tross for få informanter i studien ble datametning oppnådd. Størrelsen på utvalget kan påvirke overføringsverdien av studien. Vi mener likevel at resultatene kan være overførbare til liknende kontekster.

Videre kan en begrensning ved studien være at intervjuene ble gjennomført midt i overgangsfasen, der informantene gikk fra å ha jobbet sammen i et sykepleieteam til å gå tilbake til organiseringsformen slik den var før prosjektet. Derfor sa mange av sykepleierne at de ikke hadde jobbet slik som de gjorde under prosjektet på en stund.

Konklusjon

Denne studien bidrar til en bedre forståelse av sykepleieres erfaringer med sykepleieteam i hjemmesykepleien. Sykepleieteam ga en forutsigbar oppgavedeling, men også større ansvarsbyrde for sykepleierne i teamet. Med definerte sykepleieoppgaver ble kompetansen bedre benyttet, men førte til fragmenterte pleie- og omsorgstjenester. Det utfordret pasientnærheten og muligheten til å kunne yte helhetlig omsorg.

I tillegg ble samarbeidet i teamet utfordrende på grunn av manglende ledelse og organisering. Det er behov for videre forskning på temaet for å få frem flere perspektiver, blant annet fra ledere, helsefagarbeidere, brukere og pårørende.

Takksigelse

Vi ønsker å takke informantene i studien for tiden de brukte, og erfaringene de delte med oss.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



OPPGAVEDELING: Sykepleieteam innebærer at oppgaver hos hver enkelt bruker fordeles på ulikt personell avhengig av kompetanse, for eksempel fra sykepleier til helsefagarbeider.

Illustrasjonsfoto: Maskot/NTB

1. Bjørnnes TD. Hjemmesykepleiens utvikling: Er vi på rett vei i demensomsorgen? Sykepl. 2024;112(95753):e-95753. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2024.95753](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2024.95753)
2. Helsedirektoratet. Kompetanseløft 2025 – årsrapport 2022 [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2023 [hentet 16. januar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetanseloft-2025-arsrapport-2022>
3. Kattouw CE, Wiig S. Organiseringen av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. Sykepl. 2018;13(74391):e-74391. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2018.74391](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391)
4. Bergsagel I. Stadig flere sykepleiere mener de gjør andres arbeidsoppgaver [internett]. Oslo: Sykepleien; 14. juni 2024 [hentet 20. august 2024]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2024/06/stadig-flere-sykepleiere-mener-de-gjor-andres-arbeidsoppgaver>
5. KS. Kommunene har store utfordringer med å rekruttere sykepleiere [internett]. Oslo: KS; 18. februar 2022 [hentet 12. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/fagomrader/lonn-og-tariff/tariff-2022/fakta-rundt-tariff/flere-eldre-gir-stort-behov-for-helsepersonell/>
6. Birkeland A, Flovik AM. Sykepleie i hjemmet. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2018.

7. NOU 2023: 4. Tid for handling – personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [internett]. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon; 2023 [hentet 15. januar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/r>
8. Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018 [hentet 17. september 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs>
9. Øygarden O, Gressgård LJ, Berge AK. Helsetjenesteteam og omsorgsteam: resultater fra følgeforskning [internett]. Bergen: Norce Samfunn; 2020 [hentet 10. desember 2024]. Rapport 305467. Tilgjengelig fra: https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2755571/Pilotprosjektet%2BHELTOM_rapport%2Bfra%2Bf%25C3sequenc
10. Hofstad E. Laget eget sykepleieteam i hjemmesykepleien [internett]. Oslo: Sykepleien; 9. mars 2022 [hentet 12. april 2024]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2022/03/laget-eget-sykepleierteam-i-hjemmetjenest...>
11. Meld. St. 9 (2023–2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – vår felles helsetjeneste [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024 [hentet 16. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
12. Gjevjon ER. Ansvars- og oppgavedeling i et sykepleierperspektiv [internett]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 13. mars 2023 [hentet 3. januar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-04/norsk-sykepleierforbund-ansvars-og-oppgavedeling-i-et-sykepleierperspektiv.pdf>
13. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349–57. DOI: [10.1093/intqhc/mzm042](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042)
15. World Medical Association (WMA). World Medical Association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013;310:2191–4. DOI: [10.1001/jama.2013.281053](https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053)
16. Hellesø R, Larsen LS, Obstfelder A, Olsvold N. Hva er sykepleie? Sykepl. 2016;104(8):64–6. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2016.58491](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58491)
17. Gjertsen H, Solvoll G, Gjernes T. Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene: en studie av omfang, nytte og kostnader ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i

kommunale pleie- og omsorgstjenester [internett]. Oslo: Nordlandsforskning; 2012 [hentet 25. september 2024]. ISSN-nr.: 0805–446. Tilgjengelig fra:

<https://www.ks.no/contentassets/57cf9acad4864d96bdc795096b4802d7/rapport.pdf>

18. Leong SL, Siew LT, Weng HF, Shaun WHL Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: an umbrella review. *Eur J Gen Pract.* 2021;27(1):198–210. DOI: [10.1080/13814788.2021.1954616](https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1954616)

19. Sæther S. Kommunene svikter på kompetanse [internett]. Oslo: Sykepleien; 27. august 2015 [hentet 12. april 2024]. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2015/08/kommunene-svikter-pa-kompetanse>

20. Melby L, Gunnes M, Haukelien H, Aubstfelder H. Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi [internett]. Trondheim: Sintef digital, Helsetjenesteforskning; 2022 [hentet 13. januar 2025]. Rapport 2022:00211. Tilgjengelig fra: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/frigjoring-av-sykepleierkapasitet---endelig-rapport_mai22_sign.pdf

21. Flobak SB, Johansen S, Vesterås I, Skogan S. Helsevesenet er avhengig av faglig og personlig kompetente sykepleiere [internett]. Oslo: Sykepleien; 9. juli 2021 [hentet 19. januar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/2021/07/helsevesenet-er-avhengig-av-faglig-og-personlig-kompetente-sykepleiere>

22. Devik SA, Olsen RM. Oppgaveglidning i omsorgstjenestene – en hurtigoversikt over forskningslitteratur [internett]. Oslo: Omsorgsbiblioteket; 2022 [hentet 10. januar 2025]. IS-9. Tilgjengelig fra: https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2995762/Oppgaveglidning%20i%20omsorgstjenestene_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Smith-Carrier T, Pham TN, Akhtar S, Nowaczynski M, Seddon G, Sinha S. «A more rounded full care model»: interprofessional team members' perceptions of home-based primary care in Ontario, Canada. *Home Health Care Serv Q.* 2015;34(3–4):232–51. DOI: [10.1080/01621424.2015.1108892](https://doi.org/10.1080/01621424.2015.1108892)

24. Edmonds J. Managing successful change. *Ind Commer Train.* 2011;43:349–53. DOI: [10.1108/00197851111160478](https://doi.org/10.1108/00197851111160478)

25. Cioffi J, Wilkes L, Cummings J, Warne B, Harrison K. Multidisciplinary teams caring for clients with chronic conditions: experiences of community nurses and allied health professionals. *Contemp Nurse.* 2010;36(1–2):61–70. DOI: [10.5172/conu.2010.36.1-2.061](https://doi.org/10.5172/conu.2010.36.1-2.061)

26. Castiglione SA, Lavoie-Tremblay M. An integrative review of organizational factors influencing successful large-scale changes in healthcare. *J Nurs Adm.* 2021;51(5):264–70. DOI: [10.1097/NNA.0000000000001011](https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001011)

27. Robinson P, Oyemaja J, Beachy B, Goodie J, Sprague L, Bell J, et al. Creating a primary care workforce: strategies for leaders, clinicians, and nurses. *J Clin Psychol Med Settings*. 2018;25(2):169–86. DOI: [10.1007/s10880-017-9530-y](https://doi.org/10.1007/s10880-017-9530-y)
28. Hameed I, Khan AK, Sabharwal M, Arain GA, Hameed I. Managing successful change efforts in the public sector: an employee's readiness for change perspective. Sage. 2019;39:398–421. DOI: [10.1108/0019785111160478](https://doi.org/10.1108/0019785111160478)