

Utprøving av SVIP-modellen i praksisstudier i psykisk helsearbeid – en kvalitativ studie

[Bente Schei Skagøy](#)

Universitetslektor
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Ålesund

[Kari Blindheim](#)

Førstelektor
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Ålesund

[Ingunn Hunstad](#)

Universitetslektor
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Ålesund

[Anne Dreyer](#)

Førsteamanuensis og studieleder
Oslomet – storbyuniversitetet, Oslo

[Praksisveiledning](#)

[Klinisk praksis](#)

[Veiledningsmodeller](#)

[Kvalitativ metode](#)

[Fokusgrupper](#)

Sykepleien Forskning 2022;17(90821):e-90821

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2022.90821](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.90821)

Sammendrag

Bakgrunn: De siste årene har det vært oppmerksomhet på å heve kvaliteten i praksisstudiene, som utgjør 50 prosent av bachelorutdanningen i sykepleie. Forskning på ulike veiledningsmodeller er viktig for å sikre best mulig kvalitet i praksis. I denne studien undersøker vi sykepleierstudenters og praksisveilederes erfaring med SVIP-modellen (styrket veiledning i praksis) i praksisstudier i psykisk helsearbeid. Så langt vi har funnet, har ikke SVIP-modellen vært prøvd ut tidligere på dette fagfeltet.

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke sykepleierstudenters og praksisveilederes erfaring med SVIP-modellen i praksis i psykisk helsearbeid.

Metode: Studien benyttet et hermeneutisk beskrivende design. Data ble samlet gjennom sju fokusgruppeintervjuer med sykepleierstudenter og praksisveiledere. Vi gjorde en kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Gjennom analysen kom det frem tre hovedtemaer: 1) «Nye roller i praksisveiledning og vurdering», 2) «Praksisveilederes kompetanse», og 3) «Organisering og rammefaktorer» .

Konklusjon: Studien viser at det er viktig for sykepleierstudentenes læring å styrke veilederkompetansen blant praksisveiledere. Det kan være nødvendig å endre roller som har vært uendret over år for å utvikle og heve kvaliteten på praksisstudiene. Et bindende og nært samarbeid mellom praksisfeltet og utdanningsinstitusjonene er essensielt for å fremme sykepleierstudentenes læringsprosesser.

Introduksjon

Bakgrunn

Bachelorutdanningen i sykepleie i Norge er regulert av en nasjonal retningslinje (1) som bygger på et direktiv fra EØS med krav om at 50 prosent av sykepleierutdanningen skal være praksisstudier (2). Det stilles ingen entydige krav til hvordan man skal sikre kvalitet i praksis.

Det er store forskjeller internasjonalt på hvordan praksisstudier gjennomføres, og det benyttes ulike praksismodeller (3). I Norge stilles det ulike krav til kompetanse for akademisk ansatte i utdanningsinstitusjonene og sykepleiere som veileder sykepleierstudentene i praksis.

Kunnskapsdepartementet (KD) ga Universitets- og høgskolerådet (UHR) oppdraget med å gjennomføre prosjektet «Kvalitet i praksisstudier (Praksisprosjektet)» i perioden 2013–2015. I etterkant av «Praksisprosjektet» (4) har flere utdanningsinstitusjoner som utdanner sykepleiere, prøvd ut nye veiledningsmodeller i praksis (5, 6).

SVIP-modellen (7) er en av flere nye modeller som har blitt prøvd ut (8, 9). SVIP-modellen ble prøvd ut første gang ved daværende Høgskolen i Gjøvik i 2008 (7, 8). Noe av bakgrunnen for modellen var føringene i kvalitetsreformen, der forhold som studentenes læringsmiljø og styrket samarbeid mellom utdanningen og praksis ble vektlagt slik det kommer frem i St.meld. nr. 27 (2000–2001) (30).

Utdanningene har det formelle ansvaret, mens praksisveilederen har det faglige ansvaret med å veilede og vurdere studentene med utgangspunkt i læringsutbyttene. Hensikten med SVIP-modellen er å styrke praksisveilederens veilederkompetanse. I dag stilles det ikke krav til praksisveilederne om formell veilederkompetanse.

Et av forslagene fra «Praksisprosjektet» var å utvikle en nasjonal praksisveilederutdanning gjennom et likeverdig samarbeid mellom praksissted og utdanning. KD jobber for en standard der det er krav om formell veilederkompetanse for praksisveiledere (10).

Tidligere forskning

Forskning viser at god kvalitet i praksisstudier bygger på et komplekst samspill mellom ulike faktorer. Et gjensidig og bindende samarbeid mellom klinikken og utdanningsinstitusjonen er nødvendig for å oppnå kvalitet (7, 11).

Dyar og medarbeidere (12) beskriver at mulighet for aktiv deltakelse, praksisveilederens veiledningskompetanse og motivasjon for å veilede er viktige faktorer for et godt læringsmiljø. O'Brien og medarbeidere (3) fant at studentene får økt læringsfokus når de blir aktivt involvert i enhetenes ulike oppgaver.

Det kreves kompetanse av praksisveilederen for å sikre læringsfokus hos sykepleierstudenten. En studie viser at praksisveiledere trenger kontinuerlig veiledning for å kunne heve kvaliteten på sin egen kliniske veiledning av sykepleierstudenter (13). Et tettere og gjensidig definert samarbeid mellom praksisstedet og universitetet var en forutsetning for god praksisveiledning. Et slikt samarbeid førte også til at praksisveiledere ønsket å få bedre veilederkompetanse.

Praksisveiledere veksler mellom ulike roller. De skifter på å være ansvarlig for pasientbehandling og å ha ansvaret for å veilede sykepleierstudentene (3). Stenfors-Hayes og medarbeidere (14) fant at i rollen som praksisveileder var sykepleierne opptatt av å utvikle seg klinisk og samtidig være rollemodell for sykepleierstudentene. Klargjøring av rolleforventninger og ansvar er nøkkelfaktorer i veiledning.

En finsk studie (15) viser at praksisveiledere som inngikk i veilederteam, håndterte ulike utfordringer i veiledningen godt. De hadde nytte av hverandre og ble tryggere på og mer kompetente til å veilede sykepleierstudentene.

Forskning viser at det er av stor betydning at praksisveiledere er forberedt og motivert i rollen for å ansvarliggjøre studentene i deres egen læringsprosess (16, 17). Videre er en god relasjon mellom praksisveilederen og sykepleierstudenten avgjørende for at studenten skal få best mulig utbytte av praksisstudiene (18).

Tradisjonell praksismodell versus SVIP-modellen

Den tradisjonelle veiledningsmodellen i utdanning av sykepleiere i Norge involverer en sykepleierstudent, en praksisveileder og en lærer. Disse møtes i tre samtaler gjennom praksisperioder som varer åtte til ti uker. Sykepleierstudenten følger praksisveilederens turnus og deltar i praksisstedets daglige arbeid gjennom perioden. Denne modellen har vært brukt i Norge i en årrekke, og den tradisjonelle beskrivelsen av rollene til sykepleierstudenten, læreren og praksisveilederen har vært lite endret (19).

Først i forskriften om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen kapittel 8 §23 (1) ble det understreket følgende: «Utdanningsinstitusjonen skal tilby opplæring i veiledning og partene skal samarbeide om plan for gjennomføring av veiledningsopplæring.»

I SVIP-modellen møtes praksisveilederne til gruppeveiledning med læreren tre ganger i løpet av praksisperioden. Disse veiledningsmøtene skjer på praksisplassen i forkant av forventnings-, midt- og sluttvurderingssamtalene. Veiledningssamtalene i gruppe bygger på praksisveilederens erfaringer med å veilede sykepleierstudentene, og praksisveilederne får veiledning på sin veiledning.

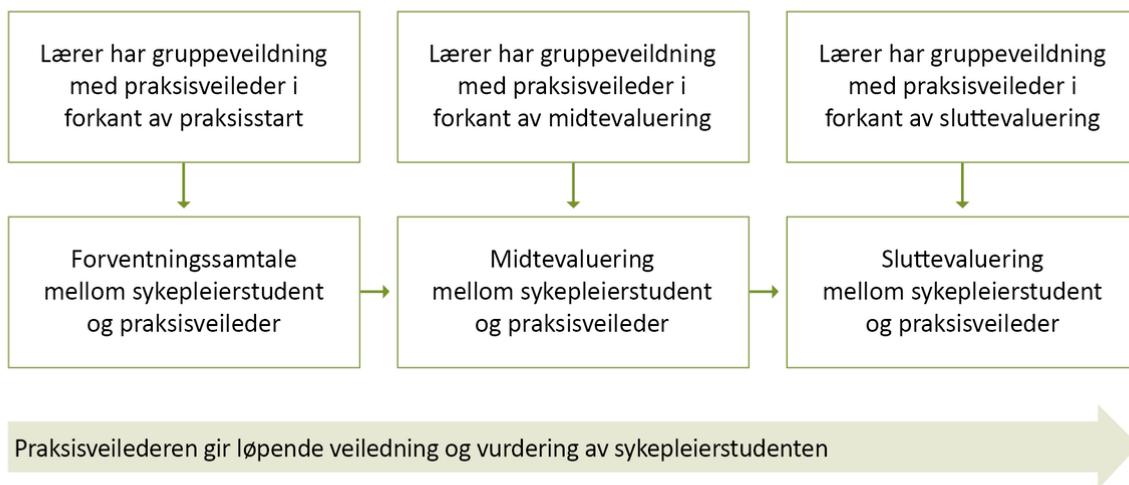
Oppmerksomheten er rettet mot sykepleierstudentenes læringsprosess for at de skal kunne nå læringsutbyttene. Læreren har en veiledende rolle. Praksisveilederen har ansvaret for å klargjøre rollene i forventningssamtalen.

Ved midt- og sluttvurderingen evaluerer sykepleierstudenten sin egen innsats og blir vurdert av praksisveilederen, som tar utgangspunkt i et vurderingsskjema med læringsutbyttene for emnet. Praksisveilederen og sykepleierstudenten avtaler tid for når vurderingssamtalene skal gjennomføres. Sykepleierstudenten har ansvaret for å forberede seg til vurderingssamtalene.

Læreren deltar vanligvis ikke i vurderingssamtalene, men er til stede dersom det oppstår situasjoner der sykepleierstudenten eller praksisveilederen har behov for at læreren skal komme. Lærerne møter sykepleierstudentene til samtale før praksisperioden starter opp, samt til refleksjonsgrupper i løpet av praksisperioden.

I vår studie ble SVIP-modellen gjennomført i to praksisperioder i fire ulike psykiatriske enheter i spesialist- og kommunehelsetjenesten. SVIP-modellen har så langt vi kan se, ikke vært prøvd ut i psykisk helsearbeid tidligere. Figur 1 illustrerer de ulike møtene mellom læreren og praksisveilederen, og praksisveilederen og studenten.

Figur 1. SVIP-modellen



Studiens hensikt

Hensikten med studien var å undersøke sykepleierstudenters og praksisveilederes erfaring med SVIP-modellen i praksis i psykisk helsearbeid.

Metode

Design

Vi benyttet et hermeneutisk beskrivende design med fokusgrupper. Fokusgrupper er en egnet metode for å belyse personers felles holdninger og erfaringer i en gitt kontekst eller situasjon (20). I motsetning til individuelle intervjuer gir fokusgrupper informasjon gjennom en gruppedynamisk interaksjonsprosess (21).

I det hermeneutiske elementet ligger at intervjuprosessen går fra enkeltintervju til helhet, der intervjuguiden tar inn nye spørsmål for å sikre dybde og kunnskap om erfaringene til deltakerne (21). Gjennom analysearbeidet så vi også på enkeltelementer opp mot helheten (22).

Utvalg og datasamling

Vi gjorde fokusgruppeintervjuer med sykepleierstudenter og praksisveiledere i praksisstudier i psykisk helsearbeid i fjerde og femte semester, våren og høsten 2020. Alle sykepleierstudentene og praksisveilederne som var på de deltagende praksisplassene, ble spurt om å delta. De fikk muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. Alle som meldte seg, deltok.

Dette er ifølge Polit og Beck (22) *purposive sampling*, som innebærer at informantene hadde erfaring med SVIP-modellen, noe som ga dybdekunnskap om studiens hensikt. Totalt ni sykepleierstudenter og ti praksisveiledere deltok. Intervjuene ble gjennomført på universitetet. Vi gjennomførte sju fokusgruppeintervjuer – tre grupper med sykepleierstudenter og fire med praksisveiledere.

Sykepleierstudentene var kvinner mellom 20 og 35 år. Blant praksisveilederne var én mann og ni kvinner i alderen 30 til 50 år. Ingen hadde formell veilederkompetanse, men alle hadde tidligere erfaring som praksisveiledere. Det var to til fire informanter i hver fokusgruppe. En fokusgruppe kjennetegnes ved interaksjon mellom deltakerne, noe som beriker innholdet (23).

Med få deltakere i fokusgruppene kan det bli begrenset variasjon av erfaringer. Samtidig er validiteten av et fokusgruppeintervju ikke avhengig av antallet deltakere i gruppene eller antallet grupper, men av at dataene som samles inn, er tilstrekkelig rike og varierte (23).

Intervjuerne var erfarne kvalitative forskere. Tredje- og fjerdeforfatteren gjennomførte fokusgruppeintervjuene, der en av dem ledet intervjuet. Lærerne fra universitetet som fulgte opp prosjektet i praksis, deltok ikke i intervjuene for at informantene ikke skulle føle seg påvirket av deres tilstedeværelse. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp som lydfiler, og eventuelle identifiserbare utsagn fra opptakene ble anonymisert i transkripsjonene.

Vi benyttet en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål. Forfatterne kom frem til spørsmålene i intervjuguiden basert på studiens hensikt (21). Spørsmålene ble justert etter erfaringene fra første intervjurunde. Tabell 1 viser intervjuguidene. Intervjuene varte mellom 50 og 60 minutter.

Tabell 1. Intervjuguider

Hovedspørsmål til studentene	Hovedspørsmål til veilederne
Hvordan opplevde du veiledningen fra praksisveileder (med tanke på å oppnå læringsutbyttene)?	Hvordan opplevde du å bli veiledet i gruppe av lærer i din rolle som praksisveileder?
Hvordan opplevde du innholdet i vurderingssamtalene?	Hvordan opplevde du samarbeidet med universitetet og lærer?
Hvordan opplevde du samtalene med praksisveileder uten lærer til stede på midt- og sluttvurderingssamtalen?	Hvordan opplevde du å veilede studentene ut fra læringsutbyttebeskrivelsene i studieplanen?
Har dere flere erfaringer dere ønsker å dele?	Hvordan opplevde du å vurdere studentene på midt- og sluttvurdering uten at lærer var til stede?
	Har dere flere erfaringer dere ønsker å dele?

Dataanalyse

En tekstanalyse av de transkriberte intervjuene ble gjennomført i henhold til Kvaales innholdsanalyse (21). I første trinn leste alle forfatterne gjennom intervjueteksten for å få oversikt. Deretter identifiserte vi meningsbærende enheter i teksten med fargekoder ut fra studiens hensikt og satte dem inn i en tabell (tabell 2).

Disse enhetene ble kodet tematisk, og vi identifiserte tre hovedtemaer: 1) «Nye roller i praksisveiledning og vurdering», 2) «Veileders kompetanse», og 3) «Organisering og rammefaktorer». Dette arbeidet ble gjort av forfatterne i fellesskap. I resultatdelen beskriver vi funnene og illustrerer dem med representative sitater og deler dem inn i de nevnte temaene (21).

Tabell 2. Eksempler fra analyseprosessen

Meningsbærende enheter	Tematisering	Tema
«Ja, absolutt. Sånne veiledninger vi har fått, har vi dratt god nytte av – veiledning på veiledning – både for studentveiledning og på jobb.»	Veiledningsmøtene var nyttige og ga økt veiledningskompetanse	Veileders kompetanse
«Og den fleksibiliteten vi har fått ekstra. Bra at det nå er økt fleksibilitet med hensyn til å planlegge veiledning og vurdering.»	Økt fleksibilitet	Organisering og rammefaktorer
«Vi fikk mer ut av samtalene. Møtene opplevdes mer nyttige når vi var to. En blir friere og kan snakke om eksempler. Når læreren er til stede og kommer utenfra, vil ikke de samme refleksjonene komme frem.»	Veilederne og studentene følte seg friere i vurderingssamtalene når læreren ikke var til stede	Nye roller i praksisveiledning og vurdering

Etiske overveielser

Informantene ga skriftlig samtykke etter å ha fått muntlig og skriftlig informasjon om studien. De ble informert om at det var frivillig å delta i studien, og at de kunne trekke seg når som helst. Informantene ble anonymisert ved hjelp av bokstaver og tall, og hvert intervju ble tildelt et nummer. Sykepleierstudentene og praksisveilederne ble beskrevet som S2, S3, S6 og V1, V4, V5, V7.

Vi fikk godkjenning fra universitetet, de deltakende kommunene og helseforetaket til å gjennomføre datasamlingen. Prosjektet ble godkjent hos Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansenummer 591947. Vi brukte SRQR-sjekklisten for kvalitativ forskning for å sikre at hvert trinn i forskningsprosessen var riktig og i tråd med kvalitetskravene.

Resultater

Nye roller i praksisveiledning og vurdering

Lærerens rolle ble endret fra å ha ansvaret for vurderingsmøtene med sykepleierstudentene og praksisveilederne til å ha en klarere rolle som veileder for praksisveilederne. Både sykepleierstudenter og praksisveiledere pekte på behovet for en rolleavklaring. Sykepleierstudentene så på det som naturlig at praksisveilederen skulle ha ansvaret for vurderingen ettersom det var vedkommende som kjente sykepleierstudenten gjennom felles erfaringer fra praksishverdagen.

Det virket forstyrrende at læreren var til stede ettersom læreren ikke kjente til læringsprosessene og læringssituasjonene som praksisveilederen og sykepleierstudentene hadde erfart sammen. Dette synet delte sykepleierstudentene og praksisveilederne.

En av praksisveilederne kommenterte det slik: «Vi fikk mer ut av samtalene. Møtene opplevdes mer nyttige når vi var to. En blir friere og kan snakke om eksempler. Når læreren er til stede og kommer utenfra, vil ikke de samme refleksjonene komme frem» (V5).

En av sykepleierstudentene sa følgende: «Basert på en skriftlig oppgave du har levert, begynner læreren å snakke og spørre – det har en negativ virkning på læringen. Så på denne måten har SVIP vært mye bedre» (S6).

Når praksisveilederne fikk større ansvar for vurderingen, satte de seg bedre inn i læringsutbyttene. Etter gruppeveiledningen med læreren ble praksisveilederne opptatt av å skape gode læringsmiljøer, progresjon i læringen, struktur og varierte læresituasjoner. Videre opplevde de det nye ansvaret som motiverende, og de så en klar positiv utvikling hos sykepleierstudentene.

Både sykepleierstudentene og praksisveilederne var bekymret for at det kunne utvikle seg en dårlig relasjon mellom dem. De understreket likevel at de følte seg trygg på at læreren var tilgjengelig, og på at læreren ville komme til praksisplassen om det ble behov for det.

Veileders kompetanse

Gjennom veiledningsmøtene med lærer gikk praksisveilederne systematisk gjennom studieplanens læringsutbytter. Det var nyttig at praksisveilederne fikk tid og mulighet til å reflektere over dem sammen med læreren. De opplevde både operasjonalisering av læringsutbyttene og diskusjon om forventet nivå for sykepleierstudentene som nødvendig.

Videre uttrykte praksisveilederne at behovet for støtte fra læreren gjennom gruppeveiledningsmøtene ble styrket. De erfarte at de fikk større ansvar for sykepleierstudentenes læringsprosess ettersom de følte seg mer ansvarlige for vurderingen.

Praksisveilederne opplevde at veiledningsferdighetene de fikk gjennom gruppeveiledningen, kom til nytte for sykepleierstudentene, men også i pasientbehandlingen og kollegasamarbeidet.

Som en praksisveileder sa: «Ja, absolutt. Sånne veiledninger vi har fått, har vi dratt god nytte av – veiledning på veiledning – både for studentveiledning og på jobb» (V1).

De forventet også ytterligere kompetanseheving fra universitetet gjennom formell veilederutdanning.

Sykepleierstudentene var gjennomgående tilfreds med praksisveiledernes kompetanse og opplevde at praksisveilederne hadde nytte av samarbeidet med læreren gjennom veiledningsgruppemøtene. Studentene hadde fått mer kunnskap om læringsutbyttene og var bedre forberedt når de benyttet SVIP-modellen.

Sykepleierstudentene opplevde et større engasjement fra praksisveilederne sammenliknet med erfaringene de hadde fra andre praksisperioder i utdanningen. De mente det var av betydning at praksisveiledernes kompetanse ble verdsatt av universitetets ansatte, både veilederkompetanse og klinisk kompetanse.

Organisering og rammefaktorer

Både praksisveiledere og sykepleierstudenter mente at endring av veiledningsmodell måtte forankres hos ledelsen ved praksisplassen, slik at praksisveilederne fikk planlagt og frigitt tid til å delta på gruppeveiledningsmøtene. Noen av praksisveilederne uttrykte at tid til veiledning og vurdering ikke ble prioritert i turnusplanleggingen til tross for at den nye veiledningsmodellen var anerkjent og tatt inn av ledelsen ved avdelingene.

Sykepleierstudentene la vekt på at praksisveilederne måtte fortsette å delta på veiledningsgruppemøtene med læreren, slik at de ble godt kjent med studieplanen og læringsutbyttene.

En sykepleierstudent sa dette: «[...] slik at universitetet og praksisplassen har den samme forståelsen. De vet jo ikke hva læring på mitt nivå i utdanningen er» (S2).

Et nært og mer forpliktende samarbeid mellom universitetet og praksisplassen og mellom læreren og praksisveilederen ble vektlagt som en fordel. SVIP-modellen la fundamentet for et bedre samarbeid.

En praksisveileder kommenterte: «Jeg opplever samarbeidet som mye bedre enn det pleide å være. Jeg tror at tidligere gikk kommunikasjonen gjennom student, og ikke direkte mellom lærer og praksisveileder» (V7).

Både sykepleierstudenter og praksisveiledere la vekt på at SVIP-modellen ga større fleksibilitet til å planlegge og gjennomføre veiledning og vurdering. Det ble lettere å endre avtaler når de ikke trengte å involvere læreren.

En av sykepleierstudentene sa følgende: «Vi ble friere til å planlegge og endre på avtaler alt etter hva som passet for avdelingen» (S2).

En annen sykepleierstudent understreket det samme: «Jeg forstår ikke. Her kommer læreren deisende inn kl. 11.00, og så har du en pasient som du skal ta deg av akkurat da» (S3).

Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke sykepleierstudenters og praksisveilederes erfaring med SVIP-modellen i praksis i psykisk helsearbeid.

Rolleavklaring i ny veiledningsmodell

Sykepleierstudentene og praksisveilederne erfarte daglig situasjoner sammen i praksis. Da var det ifølge sykepleierstudentene naturlig at praksisveilederne også var ansvarlig for vurderingen. Både sykepleierstudentene og praksisveilederne ønsket disse samtalene uten lærerens tilstedeværelse. Dette var en endring av ansvaret i rollen til praksisveilederen.

Det å ta større ansvar for sykepleierstudentene kunne føre til en mer krevende oppgave for sykepleiere i et helsevesen under press. Praksisveiledere prioriterer naturlig pasientene fremfor veiledning av sykepleierstudenter (3), og det setter dem i en ekstra skvis (17). Denne utfordringen blir også påpekt i «Praksisprosjektet» (4).

Det er knyttet ulike forventninger til sykepleierens roller som vil kunne konkurrere om oppmerksomhet og ansvar (11). For å unngå rollekonflikt må en ha en tydelig rolleavklaring som en forutsetning for å bruke SVIP-modellen. Både sykepleierstudentene og praksisveilederne understreket dette behovet.

Det kom frem at tidlig avklaring av roller og gjensidige forventninger var viktige faktorer for et trygt og stimulerende læringsmiljø. Funn fra studien vår understreker at SVIP-modellen kan bidra til slike avklaringer tidlig i praksisperioden når praksisveilederen får styrket ansvar for både veiledning og vurdering.

For å oppnå læringsutbyttene understreket sykepleierstudentene at praksisveilederen var særs viktig for dem. Bogsti og medarbeidere (7) fremhever at det er praksisveilederen som ser ut til å ha størst betydning for sykepleierstudentenes læresituasjon. Ved å bruke SVIP-modellen opplevde både sykepleierstudenter og praksisveiledere et tettere samarbeid seg imellom. Dette samarbeidet førte til at sykepleierstudentene fikk et trygt læringsmiljø som stimulerte til læring. De opplevde at praksisveilederne tok et bevisst og større ansvar for dem når de også hadde ansvaret for vurderingen.

Dette er i samsvar med andre studier som har vist at forholdet mellom praksisveilederen og studenten er det viktigste fundamentet for læring i praksis (7, 24). Læring finner sted i samspillet mellom en persons sosiale, kulturelle og materielle miljø slik det beskrives ut fra et sosiokulturelt syn på læring, der sosial deltakelse, dialog og interaksjon er sentrale faktorer (25). Dessuten er læringsfokus avhengig av anerkjennelse og tilegnelse av kunnskap i samarbeid med andre.

Behov for styrket veilederkompetanse

Analysen av intervjuene viste at SVIP-modellen kunne bidra til at praksisveilederne fikk styrket kompetanse. I SVIP-modellen vurderer praksisveilederen studenten både formativt og summativt gjennom daglig veiledning og med midt- og sluttvurdering (26). Som eksperter i klinisk praksis er praksisveiledere godt egnet til å vurdere sykepleierstudentene i praksisperiodene (9).

Våre funn viser at praksisveiledere har behov for økt kompetanse om studieplanen generelt samt om veiledning og vurdering spesielt. I en liknende studie uttrykker deltakerne også et behov for økt kompetanse om studiestedets program (8).

Funnene våre viser at praksisveiledere fikk styrket kunnskap om læreplanen og læringsprosessen til sykepleierstudentene via gruppemøtene. Nordhagen og medarbeidere (8) fant at gruppeveiledning med praksisveiledere bidro til større bevissthet om gode læringssituasjoner og kriterier for god veiledning.

Når rollen til praksisveilederne endret seg og de fikk et tydeligere ansvar for sykepleierstudentene, trengte de mer veilederutdanning. Et av forslagene som kom frem i «Praksisprosjektet» (4), var at det bør utvikles en nasjonal modell for veilederutdanning. En slik modell ses som et viktig tiltak for å fremme kvalitet i praksisstudiene.

En forskrift fra UHR i 2018 (10) anbefalte en systematisk heving av praksisveilederens kompetanse. Våre funn avdekker at ved å sette søkelyset på veiledning kommer det frem et behov for mer kompetanse. Når SVIP-modellen kombineres med muligheten for opptak til en formell veilederutdanning ved et studiested med sykepleierutdanning, knyttes praksisstedet og utdanningen tettere sammen.

Anerkjennelse av veiledningsferdigheter er sentralt i SVIP-modellen (8). I studien vår kom det frem hvor viktig det er at universitetet også anerkjenner veilederens kliniske kompetanse. Slik anerkjennelse kan bidra til å tilrettelegge for et godt klima og læringsmiljø i en klinisk kontekst, noe som også blir uttrykt i andre studier (27).

Hvis studiesteder skal lykkes med å innføre nye veiledningsmodeller der rollene endres, har det stor betydning at den er lederforankret ved praksisplassen og universitetet. Veiledningsmøter mellom lærere og praksisveiledere bidro til et tettere samarbeid mellom universitetene og praksisplassene. Det kan videre styrke samarbeidet om fagutvikling og forskning (28, 29).

Praksisveiledere vil naturlig avdekke kliniske spørsmål som er viktige å studere nærmere. I samarbeid med universitets lærere som forskere kan sykepleiere i klinikken delta i ulike prosjekter. Det kan også bidra til at sykepleierstudentene styrker sin forskningsforståelse (4).

Metodediskusjon

Malterud (23) mener at det ideelle antallet er mellom fem og åtte deltakere i en fokusgruppe. Det var få deltakere i noen av fokusgruppene i studien. Til tross for det vurderer vi at et rikt materiale basert på en dialog mellom færre deltakere i fokusgruppeintervjuet er verdifullt, selv om antallet ikke er ideelt. Deltakerne i fokusgruppene bidro til engasjerte diskusjoner.

Vi utviklet fire spørsmål til sykepleierstudentene og fem til praksisveilederne. Vi hadde få åpne spørsmål for å åpne opp for informantenes egne fortellinger og videre følge opp interessante ledetråder underveis i samtalen (23). Prosjektgjennomføringen er begrenset til kun to praksisperioder ved tre praksisplasser. Likevel mener vi funnene har overføringsverdi til andre praksissituasjoner.

Konklusjon

SVIP-modellen utfordrer den tradisjonelle praksismodellen. Et gjensidig forpliktende samarbeid mellom universitetet og praksisplassen er nødvendig. Studien viser at det er svært viktig med en tydelig rolleavklaring, og modellen må forankres hos ledelsen, både på praksisplassen og på universitetet. Praksisveilederens kliniske kompetanse og behov for økt veilederkompetanse må anerkjennes på begge arenaer.

Som en konsekvens av KDs og UHRs søkelys på å heve kvaliteten i praksisstudiene nasjonalt, ser det ut til at SVIP-modellen kan være en riktig retning å gå. Flere utdanningsinstitusjoner prøver ut veiledningsmodellen, og det vil være viktig å innhente kunnskap og erfaring for styrke kvaliteten på praksisstudiene.

Det er behov for mer kvalitativ og kvantitativ forskning på SVIP-modellen. Forskning på lærerrollen er også nødvendig.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



PÅ PRAKSISPLASSEN: I SVIP-modellen møtes praksisveilederne til gruppeveiledning med læreren tre ganger i løpet av...

LES MER ▾

1. Forskrift 15. mars 2019 nr. 412 om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412> (nedlastet 15.11.2022).

2. European Council. European directive 2005/36/EC of the European parliament and the council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. Tilgjengelig fra: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32005L0036> (nedlastet 07.01.2021).

3. O'Brien A, McNeil K, Dawson A. The student experience of clinical supervision across health disciplines –perspectives and remedies to enhance clinical placement. *Nurse Educ Pract.* 2019;34:48–55. DOI: [10.1016/j.nepr.2018.11.006](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.11.006)
4. Universitets- og høyskolerådet (UHR). Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning. Praksisprosjektet. Oslo: UHR; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.uhr.no/f/p1/i0311e40a-4465-4a77-a3f3-565762627e15/2016-praksisprosjektet_sluttrapport.pdf (nedlastet 15.11.2022).
5. Carlsson MR, Prestrud IM, Moen J, Trollvik A. Tilbakemeldinger til sykepleiestudenter i praksis: Prosjektrapport 2015–2016. Høgskolen i Innlandet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://brage.inn.no/inn-xmllui/handle/11250/2441948> (nedlastet 17.04.2022).
6. Vasset F, Molnes SI, Helberget L, Teige BC, Frilund M. A qualitative study of supervisors' experiences with nursing students in practice, a new guidance model. *Nurse Education Today.* 2021;107:105111. DOI: [10.1016/j.nedt.2021.105111](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105111)
7. Bogsti WB, Solvik E, Engelién RI, Moen ØL, Nordhagen SS, Struksnes S, et al. Styrket veiledning i sykepleierutdanningens praksisperioder. *Vård i Norden.* 2013;33(1):56–60. DOI: [10.1177/010740831303300112](https://doi.org/10.1177/010740831303300112)
8. Nordhagen SS, Engelién RI, Arvidsson B. Mellom idealer og realiteter – integrering av gruppeveiledningsmodellen SVIP i sykehjem. *Nordisk sygeplejeforskning.* 2013;3(2):130–8. DOI: [10.18261/ISSN1892-2686-2013-02-06](https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2013-02-06)
9. Austenå M, Høybakk J, Nyhagen R, Sjöberg M, Sørensen AL, Heggdal K. Styrking av veileders kompetanse i utdanning av intensivsykepleiere. *Nordisk sygeplejeforskning.* 2019;9(4):299–312. DOI: [10.18261/issn.1892-2686-2019-04-07](https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-04-07)
10. Universitets- og høyskolerådet (UHR). Veiledende retningslinjer for utdanning og kompetansevurdering av praksisveiledere i helse- og velferdstjenestene. Oslo: UHR; 2018. Tilgjengelig fra: https://www.uhr.no/f/p1/i6d7c80b4-ff82-4c28-a7b2-47d2ea3d438d/ny_nettsversjon_veiledende_nasjonale_retningslinjer_for_praksisveilederutdanning_kvav_til_praksisveilederes_kompete (nedlastet 02.12.2022).
11. MacKay JR, Hughes K, Marzetti H, Lent N, Rhind SM. Using National Student Survey (NSS) qualitative data and social identity theory to explore students' experiences of assessment and feedback. *Higher Education Pedagogies.* 2019;4(1):315–30. DOI: [10.1080/23752696.2019.1601500](https://doi.org/10.1080/23752696.2019.1601500)
12. Dyar A, Lachmann H, Stenfors T, Kiessling A. The learning environment on a student ward: an observational study. *Perspectives on Medical Education.* 2019;8(5):276–83. DOI: [10.1007/s40037-019-00538-3](https://doi.org/10.1007/s40037-019-00538-3)
13. Donough G, Van Der Heever M. Undergraduate nursing students' experience of clinical supervision. *Curatoris.* 2018;41(1):1–8. DOI: [10.4102/curatoris.v41i1.1833](https://doi.org/10.4102/curatoris.v41i1.1833)
14. Stenfors-Hayes T, Hult H, Dahlgren LO. What does it mean to be a good teacher and clinical supervisor in medical education? *Advances in Health Sciences Education.* 2011;16(2):197–210. DOI: [10.1007/s10459-010-9255-2](https://doi.org/10.1007/s10459-010-9255-2)
15. Manninen K, Henriksson EW, Scheja M, Silén C. Supervisors' pedagogical role at a clinical education ward – an ethnographic study. *BMC Nursing.* 2015;14(1):1–8. DOI: [10.1186/s12912-015-0106-6](https://doi.org/10.1186/s12912-015-0106-6)
16. Perry C, Henderson A, Grealish L. The behaviours of nurses that increase student accountability for learning in clinical practice: an integrative review. *Nurse Education Today.* 2018;65:177–86. DOI: [10.1016/j.nedt.2018.02.029](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.029)
17. Jessee MA. Influences of sociocultural factors within the clinical learning environment on students' perceptions of learning: an integrative review. *Journal of Professional Nursing.* 2016;32(6):463–86. DOI: [10.1016/j.profnurs.2016.03.006](https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.03.006)
18. Sweet L, Broadbent J. Nursing students' perceptions of the qualities of a clinical facilitator that enhance learning. *Nurse Education in Practice.* 2017;22:30–6. DOI: [10.1016/j.nepr.2016.11.007](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.11.007)
19. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (nedlastet 15.11.2022).
20. Krueger R, Casey J. Successful focus groups: practical guidelines for research. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2009.
21. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
22. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 9. utg. Philadelphia, Pennsylvania: Wolters Kluwer; 2018.
23. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.

24. Maasø A-G, Senter for omsorgsforskning. Kvalitet og kompetanse i praksisveiledning av vernepleier- og sykepleierstudenter. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning; 2016. Rapportserie nr. 8/2016. Tilgjengelig fra: https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2428304/rapport_8_2016_web.pdf?sequence=1 (nedlastet 17.04.2022).
25. Vygotskij LS, Cole M, John-Steiner V, Scribner S, Souberman E. Mind in society: the development of higher psychological processes. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1978.
26. Bjerknes MS, Christiansen B. Praksisveiledning med sykepleierstudenter. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
27. Wallin K, Hörberg U, Harstäde CW, Elmqvist C, Bremer A. Preceptors' experiences of student supervision in the emergency medical services: a qualitative interview study. Nurse Education Today. 2020;84:104223. DOI: [10.1016/j.nedt.2019.104223](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104223)
28. Brooke J, Hvalič-Touzery S, Skela-Savič B. Student nurse perceptions on evidence-based practice and research: an exploratory research study involving students from the University of Greenwich, England and the Faculty of Health Care Jesenice, Slovenia. Nurse Education Today. 2015;35(7):e6–11. DOI: [10.1016/j.nedt.2015.02.026](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.026)
29. Foss JE, Kvigne K, Larsson BW, Athlin E. A model (CMBP) for collaboration between university college and nursing practice to promote research utilization in students' clinical placements: a pilot study. Nurse Education in Practice. 2014;14(4):396–402. DOI: [10.1016/j.nepr.2013.11.008](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.11.008)
30. St.meld. nr. 27 (2000–2001). Gjør din plikt – krev din rett. Kvalitetsreform av høyere utdanning. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet; 2001. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/eebf61fb4a204feb84e33355f30ad1a1/no/pdfa/stm200020010027000dddpdfa.pdf> (nedlastet 18.11.2022).