

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Helsefagarbeidere som medveiledere i sykehjemspraksis: en kvalitativ studie

Wenche Tolpinrud

Sykepleier og høskolelektor

Fakultet for helsevitenskap, VID vitenskapelige høskole

Hege Aamlid

Sykepleier og førstelektor

Fakultet for helsevitenskap, VID vitenskapelige høskole

Gyda Singstad

Sykepleier og høskolelektor

Institutt for sykepleie, Fakultet for helsevitenskap, VID vitenskapelige høskole

Bodil Tveit

Professor

Fakultet for helsevitenskap, VID vitenskapelige høskole

Praksisstudier

Veiledning

Helsefagarbeider

Sykepleierstudent

Sykehjem

Sykepleien Forskning 2026;21(108442):e-108442

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2026.108442](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2026.108442)

Bakgrunn: De fleste bachelorprogrammene har valgt sykehjem som læringsarena for at studentene skal lære grunnleggende sykepleie, utvikle kompetanse i personsentrert omsorg samt få innblikk i sin fremtidige profesjonsrolle. Samtidig blir det færre sykepleiere i sykehjem, og de trekkes ofte ut av den daglige omsorgen for beboerne. Denne utviklingen kan ha konsekvenser for praksisveiledningen av førsteårssykepleierstudentene, der grunnleggende sykepleie er sentralt. Begrenset tilgang til sykepleierveiledere utfordrer kapasiteten og kvaliteten i profesjonsutdanningene, og helsefagarbeiderne deltar i større grad med å veilede førsteårssykepleierstudentene i praksisstudier på sykehjem.

Hensikt: Studiens hensikt var å utforske helsefagarbeideres erfaringer som medveiledere for førsteårssykepleierstudenter i praksisstudier på sykehjem.

Metode: Studien har et kvalitativt design og er eksplorerende og deskriptiv. Vi gjennomførte individuelle dybdeintervjuer av helsefagarbeidere ved to sykehjem i Norge. De transkriberte intervjuene utgjør datamaterialet og ble tematisk analysert.

Resultat: Vi utviklet fire temaer: 1) *En ny og meningsfull arbeidsoppgave*, 2) *Erfaring av egne styrker og svakheter i medveilederrollen*, 3) *Betydningen av ikke å stå alene i veiledningen av studentene* og 4) *Medveilederrolle som nødløsning?*

Konklusjon: Studien gir innsikt i helsefagarbeidernes erfaringer som medveiledere for førsteårssykepleierstudenter. De beskrev rollen som meningsfull og motiverende, der deres arbeidsoppgaver og kompetanse var relevante for studentene. Sammen med sykepleierne sørget de for økt tilgjengelighet og kontinuitet i veiledningen, men uttrykte samtidig et behov for å styrke veiledningskompetansen. Endringer i sykepleierrollen i sykehjemstjenesten skaper behov for nye veiledningsmodeller. En organisering der helsefagarbeidere fungerer som medveiledere kan være én slik modell, der spesielt deres kompetanse innen grunnleggende pleie og omsorg utgjør en viktig ressurs. En slik modell fordrer imidlertid en tydelig rolleavklaring og økt veiledningskompetanse, der helsefagarbeideren må inkluderes i hele veilednings- og vurderingsprosessen.

Introduksjon

Praksisstudier er en sentral og gjennomgående del av sykepleierutdanningen i Norge (1) og utgjør 50 prosent av utdanningen (2). De fleste bachelorprogrammene i sykepleie har valgt sykehjem som studentenes første praksisperiode (3). Målet med denne praksisperioden er at studentene skal lære grunnleggende sykepleie, få erfaringer med personsentrert omsorg og ikke minst få innblikk i og kjenne på sin fremtidige profesjonsrolle (1, 4).

Parallelt med det økende behovet for praksisplasser i sykehjem står kommunehelsetjenesten overfor betydelige utfordringer med å rekruttere og beholde kvalifiserte sykepleiere (5–8). Oppgavedeling har vært lansert som en løsning på sykepleiermangelen, og mange sykehjem har arbeidet med å refordere oppgaver, eksempelvis gjennom Tørn-prosjektet (7). Prosjektet innebærer blant annet at en del oppgaver overføres fra sykepleiere til helsefagarbeidere, for eksempel ved å organisere sykepleiere i egne team eller i en såkalt sykepleierpool (7, 9).

En gevinst ved ny oppgavedeling kan være at sykepleiekompetansen blir brukt på en mer hensiktsmessig måte til spesifikke oppgaver (10), mens helsefagarbeidere får større ansvar for pleie, omsorg og den daglige oppfølgingen av beboerne (11, 12). Når sykepleiere trekkes ut av den daglige omsorgen for beboerne, kan det imidlertid få konsekvenser for praksisveiledningen av førsteårsstudenter i sykepleie, der grunnleggende sykepleie står sentralt (1).

Tradisjonelt har praksisveiledning vært et trepartssamarbeid der studenten får én-til-én-veiledning av en sykepleier på praksisstedet, mens praksislæreren har det overordnede

ansvaret (13). Flere studier beskriver imidlertid at sykepleierstudentene går sammen med annet pleiepersonell når sykepleierveilederen ikke er til stede (11, 14).

Enkelte tar til orde for å inkludere helsefagarbeidere som medveiledere for sykepleierstudenter fordi helsefagarbeidere er tett på beboerne og har relevant kompetanse knyttet til en del av studentenes læringsmål (12, 15). I denne studien utforsket vi helsefagarbeideres erfaringer som medveileder av sykepleierstudenter på sykehjem der dette ble praktisert.

Både norsk og internasjonal forskning understreker at god veiledning er essensielt for studentenes læring i sykehjemspraksis (4, 16–18). Rammeplanen for helse- og sosialfagutdanninger (19) beskriver at praksisveiledere bør ha relevant faglig kunnskap og formell veiledningskompetanse samt tilhøre samme profesjon som studenten.

God praksisveiledning forutsetter i tillegg ledelsesforankring, opplevelse av tilhørighet, et støttende læringsmiljø (11, 14, 15, 20) samt tid til og rom for veiledning (21). Samtidig viser tidligere forskning at sykepleierstudenter kan oppleve sykehjem som en utfordrende læringsarena (11, 22), blant annet fordi veiledere er lite tilgjengelige, slik at studentene ofte blir overlatt til seg selv (11, 13).

I vår studie er vi inspirert av Etienne Wengers teori om praksisfellesskap (23, 24). Både helsefagarbeidere, sykepleiere og studenter kan forstås som deltakere i det samme praksisfellesskapet. Ifølge Wenger kan endringer i hva som er gyldig og legitim praksis, skje gjennom at nye ideer blir synlige og gjenstand for diskusjon og forhandlinger i praksisfellesskapet. Deltakelse, tillit og gjensidig engasjement er ifølge Wenger vesentlige for at et praksisfellesskap skal utvikle seg og fungere som et lærende fellesskap (23, 24).

Hensikten med studien

Hensikten med studien var å utforske helsefagarbeideres erfaringer som medveiledere for førsteårssykepleierstudenter i praksisstudier på sykehjem.

Metode

Studien har et kvalitativt design og er eksplorerende og deskriptiv (25), der vi utforsket erfaringer som var lite kjent fra tidligere. Vi gjennomførte individuelle dybdeintervjuer av helsefagarbeidere og hjelpepleiere, heretter kun beskrevet som helsefagarbeidere. Denne intervjuformen ble valgt for å åpne for detaljerte beskrivelser og mulighet for utdypende spørsmål (26). Sjekklisten COREQ ble benyttet for rapportering (27).

Rekruttering, inklusjonskriterier og utvalg

Studien ble gjennomført ved to sykehjem i en norsk kommune som tilbyr praksisplasser tilknyttet en sykepleierutdanning. Ved begge sykehjemmene hadde helsefagarbeiderne en rolle som medveileder for sykepleierstudentene. Figur 1 viser informasjon om praksismodellen.

Deltakerne ble rekruttert av en kvalitetsrådgiver eller avdelingsleder. Inklusjonskriteriene var helsefagarbeidere med 1) en stillingsbrøk > 75 prosent og 2) erfaring som medveileder for sykepleierstudenter. Alle som oppfylte kriteriene, ble invitert til å delta. Førsteforfatteren kontaktet aktuelle deltakere per e-post. Elleve personer samtykket til å delta, men én person trakk seg uten å oppgi grunn. Blant deltakerne var det ni kvinner og én mann i alderen 40–59 år (tabell 1).

Tabell 1. Oversikt over deltakerne

Deltaker	Antall års erfaring	Antall ganger som medveileder for sykepleierstudenter	Veiledningskurs
1	> 20	Mer enn fire ganger, men ikke spesifisert antall	Nei
2	10–20	Mer enn fire ganger, men ikke spesifisert antall	Ja
3	10–20	Mer enn fire ganger, men ikke spesifisert antall	Nei
4	> 20	Mer enn fire ganger, men ikke spesifisert antall	Ja
5	0–10	1	Nei
6	> 20	1	Nei
7	> 20	1	Ja
8	> 20	2	Nei
9	10–20	2	Ja
10	> 20	1	Ja

Datainnsamling

Førsteforfatteren gjennomførte intervjuene fra oktober 2024 til mars 2025. Ni intervjuer fant sted i et egnet rom på sykehjemmet, mens ett ble gjennomført på campus til sykepleierutdanningen etter deltakerens ønske. Vi utarbeidet en semistrukturert intervjuguide, der enkelte spørsmål ble revidert etter det første intervjuet. Vi gjorde lydopptak av intervjuene, som hadde en varighet på 40–60 minutter.

Analyse

Intervjuene ble transkribert ved hjelp av Autotekst fra Universitetet i Oslo og deretter gjennomgått av førsteforfatteren. Analysen er basert på tematisk analyse (28).

I første fase ble første-, andre- og tredjeforfatteren godt kjent med datamaterialet, kodet meningsfulle enheter og laget forslag til undertemaer hver for seg. Denne fremgangsmåten

fremmet egenrefleksjon og la grunnlag for videre felles analyse. Undertemaer og temaer ble diskutert og utviklet sammen. Vi gikk gjennom og justerte temaene flere ganger, der sisteforfatteren også deltok aktivt og bidro til å formulere analytiske spørsmål som drev analyseprosessen videre. Vi utviklet fire hovedtemaer.

Etiske overveielser

Studien ble meldt til Sikt – Kunskapssektorens tjenesteleverandør (referansenummer 182262). Deltakerne ble informert både muntlig og skriftlig om studien, om at deltakelsen var anonym, og at de når som helst kunne trekke seg uten konsekvenser og uten å oppgi noen grunn. Vi innhentet skriftlig samtykke fra alle deltakerne.

Resultater

På bakgrunn av analysen utviklet vi fire temaer: 1) *En ny og meningsfull arbeidsoppgave*, 2) *Erfaring av egne styrker og svakheter i medveilederrollen*, 3) *Betydningen av ikke å stå alene i veiledningen av studentene* og 4) *Medveilederrolle som nødløsning?*

En ny og meningsfull arbeidsoppgave

For helsefagarbeiderne var det å veilede sykepleierstudenter en endring i arbeidsoppgavene og en positiv oppgave de var motiverte for. Flere trakk frem gleden ved å dele egne erfaringer med studentene og vise sine ferdigheter: «Jeg liker å lære studenter det jeg kan. Og jo mer lyst de har [til] å lære, desto kjekkere synes jeg det er» (deltaker 4).

Deltakerne opplevde at det å veilede sykepleierstudenter gjorde dem stolte og ga en opplevelse av anerkjennelse: «Det er stas å være veileder. Man føler seg verdifull» (deltaker 2).

Flere var opptatt av at det var viktig at de tok på seg denne oppgaven, også i et større perspektiv. En deltaker beskrev for eksempel hvordan sykepleiermangelen i samfunnet var en motivasjonsfaktor for medveilederrollen: «Vi trenger jo sykepleiere. Det [er viktig] å få dem [studentene] til å synes at yrket er spennende» (deltaker 3).

De var opptatt av at det var en viktig oppgave å bidra til at fremtidige sykepleiere ble dyktige i den daglige omsorgen for beboerne. For å utvikle denne kompetansen var nærhet til beboerne nødvendig:

«For å bli bedre kjent med brukere eller pasienten, så er det [det] grunnleggende som er det viktigste. For å vite hvordan de er til daglig. Hvis de en dag blir dårlige. Hvorfor er hun sånn i dag? Kanskje vi må ta noen prøver og finne ut, er det nå noe som er på gang [for eksempel en] infeksjon eller et eller annet?» (deltaker 1).

Erfaring av egne styrker og svakheter i medveilederrollen

Helsefagarbeiderne opplevde å ha relevant fagkompetanse knyttet til førsteårsstudentenes forventede læringsutbytte, deriblant grunnleggende behov og personlig hygiene.

Personsentrert omsorg og kommunikasjon var andre eksempler som ble trukket frem:

«Vi snakker mye om at hver pasient er ulik. At du må se den du er hos nå og ikke tenke på hvordan du gjorde det hos han forrige. Men der og da. Og kommunisere med pasienten, så godt man kan selvfølgelig, men kommunikasjon, det er jo ikke alltid verbalt. Det er mange måter å kommunisere på.» (deltaker 4).

Noen deltakere beskrev hvordan de forsøkte å få frem studentenes refleksjon etter en læringssituasjon: «Noen ganger, etter å ha vært hos en pasient, så kan jeg spørre: 'Hva synes du, hvordan gikk det nå?' Så pleier de å si sin mening, og så sier jeg det jeg mener» (deltaker 1).

Enkelte erfarte at det var forskjell på å veilede sykepleierstudenter og lærlinger. De hadde kjent på at de noen ganger kom til kort overfor kravene til den kompetansen studenten skulle utvikle. En deltaker fortalte: «Men jeg tenkte at de kanskje trenger mer forklaring, mer med fagord, fagspråk. Siden de er sykepleierstudenter og jeg er helsefagarbeider, det er jo forskjellig» (deltaker 5).

Flere beskrev også en usikkerhet om egen veiledningskompetanse: «Jeg får en sånn følelse da, av at de ikke lærer noen ting. Da føles det som: Er det noe med meg? Har jeg vært en dårlig veileder? Eller hva skulle jeg gjort annerledes?» (deltaker 1).

Flere etterlyste økt veiledningskompetanse, spesielt knyttet til utfordrende veiledningssituasjoner og det å gi tilbakemeldinger og tilpasse veiledningen til den enkelte students læringsbehov. Noen hadde deltatt på veiledningskurs tidligere, mens flere uttrykte et behov for mer opplæring i å veilede sykepleierstudenter: «Man er liksom veldig rutinert, men så tenker jeg: Hvorfor kan [studenten] ikke det der? Da trenger man å formulere seg litt annerledes. Bruke litt mer pedagogikk. Da tenker jeg at vi kunne hatt kurs» (deltaker 2).

Betydningen av ikke å stå alene i veiledningen av studentene

Samarbeidet rundt studentene fungerte godt i situasjoner der veilederteamet hadde en felles forståelse av roller og ansvar. Flere fremhevet at bruk av konkrete ukeplaner, med forslag til læringsaktiviteter og tydelig ansvarsfordeling mellom sykepleierne og helsefagarbeiderne, bidro positivt. Likevel viste det seg at samarbeidet også kunne være velfungerende selv uten en detaljert plan dersom sykepleieren og helsefagarbeideren hadde en tett dialog:

«Og så avtalte vi på morgenen hvem de skulle gå sammen med. Men det kunne òg bli litt sånn innbyrdes i løpet av dagen hvis de skulle gå sammen med meg i stell, og hvis sykepleier hadde planer om å gjøre noen oppgaver, så hang de seg gjerne på det etter hvert» (deltaker 4).

Det varierte om deltakerne hadde kompetanse til å gjennomføre prosedyrer, som for eksempel sårstell. Denne oppgaven tilfalt derfor ofte sykepleierne, og er dermed et eksempel på en naturlig arbeidsfordeling veilederne imellom: «Hvis de skal ha fokus på stell, så er det med meg. Og hvis det er annet, sår eller annet som er opp til sykepleier, så er det sykepleier. Så det har egentlig gitt seg litt selv» (deltaker 3).

Deltakerne opplevde at de kunne bidra til kontinuitet i studentveiledningen hvis sykepleieren var fraværende. De fremhevet likevel at det beste var om både en sykepleier og en helsefagarbeider var på vakt og kunne veilede studenten i ulike læresituasjoner. På den måten kunne de utfylle hverandre som veiledere.

Et godt fungerende veilederteam ga en opplevelse av trygghet, der sykepleieren var en person helsefagarbeideren kunne diskutere med og støtte seg til: «Det er lettere at de [studentene] går både med sykepleier og meg. Og hvis du har sykepleierstudenter som trenger mye oppfølging, og hvis de bare går med meg, så blir det litt slitsomt, synes jeg» (deltaker 9).

Helsefagarbeiderne erfarte at de hadde en viktig rolle i teamet fordi de ofte observerte studentene i stell og videreformidlet til sykepleieren: «Jeg har tatt sykepleieren til side og sagt at jeg tror hun [studenten] må være mer med meg. Sånn at hun [studenten] kommer i gang» (deltaker 3).

Flere deltakere trakk frem tidspress som en barriere for et tett samarbeid. Mens enkelte veilederteam prioriterte møtepunkter underveis i praksisperioden, samarbeidet andre mer sporadisk på grunn av tidsmangel. Noen ganger ble viktige samtaler om studentoppfølgingen tatt på fritiden: «Vi satt ikke med det på jobb, men vi snakket i telefonen på kvelden. Fordi det er ikke så lett å [finne tid] på jobb» (deltaker 10).

Medveilederrolle som nødløsning?

Noen helsefagarbeidere opplevde at deres medveilederrolle var lite planlagt, og at de fikk lite informasjon før praksisperioden: «Plutselig fikk jeg beskjed fra sjefen om at to studenter kommer, og så ble jeg veileder. Jeg ventet på informasjon: 'Hva skal jeg gjøre, hvordan gjør vi det?' Jeg fikk ingenting» (deltaker 5).

Uklarhet rundt rollen som medveileder førte til et behov for å konkretisere forventninger og ansvar. En helsefagarbeider fortalte at hun tok kontakt med avdelingslederen for å innhente mer informasjon: «Da pleier jeg å spørre hva de skal lære, og hva de skal oppnå? 'Akkurat som helsefagarbeider', svarer de [avdelingslederen]» (deltaker 1).

En helsefagarbeider beskrev at informasjon i god tid kunne ha forbedret veiledningen: «Jeg tenker at man har tid til å forberede seg før studentene kommer. Det er lurt. Kanskje få vite hvem sykepleieren med hovedansvar er. At man samarbeider med dem [sykepleier] og kan prate og fordele oppgaver før studentene kommer» (deltaker 3).

Flere opplevde begrenset kontakt med utdanningens lærere: «Jeg ser ikke lærerne engang. De har bare kontakt med sykepleiere» (deltaker 6). Noen mente at kontakt med lærerne var sykepleierens ansvar, mens andre ønsket tettere samarbeid for å få bedre innsikt i studentenes læringsutbytter og anerkjennelse i rollen som medveileder: «Kanskje [kan læreren] spørre om hvordan det går med studentene. [Ikke bare] min kollega [sykepleieren], men kanskje det er bedre å spørre meg direkte» (deltaker 10).

Enkelte deltok i studentenes forventningssamtaler samt midt- og sluttvurderingssamtaler og opplevde dette som meningsfylt og anerkjennende for rollen som medveileder. Imidlertid beskrev flere at de verken ble inkludert i forventningssamtaler mellom studenten og sykepleieren eller i vurderingssamtaler, selv om de hadde viktig innsikt i studentenes progresjon. Dette ble beskrevet som utfordrende for den videre veiledningen av studentene: «Når de har møte eller halvevaluering. Vi kan være sammen, da. At jeg også vet hva jeg skal, hva vi skal følge med på» (deltaker 6).

Flere erfarte at sykepleierstudenter satte spørsmålstegn ved at helsefagarbeidere skulle være medveiledere, og at studentenes holdninger kunne utfordre opplevelsen av faglig anerkjennelse og gjøre veiledningsoppgaven mer krevende. En helsefagarbeider fortalte: «Jeg har, noen ganger, fått spørsmål: 'Hvorfor går vi sammen med en helsefagarbeider? Hvorfor går vi ikke sammen med en sykepleier?'» (deltaker 1).

Diskusjon

Denne studien utforsket helsefagarbeideres erfaringer med rollen som medveileder for førsteårssykepleierstudenter på sykehjem. I den aktuelle praksismodellen (figur 1) samarbeidet en sykepleier og en helsefagarbeider om veiledningen, med sykepleieren som hovedansvarlig. Studien viser at helsefagarbeidere kan synes det både er meningsfylt og motiverende å veilede sykepleierstudenter.

Figur 1. Praksismodell i vår studie

Kontekst

Sykepleierstudenter hadde åtte ukers sykehjemspraksis i første studieår. På sykehjem 1 vekslet sykepleierne mellom sykepleierpool og avdeling, mens de på sykehjem 2 kun jobbet i sykepleierpool. Helsefagarbeidere hadde det daglige ansvaret for pleie og hverdagsaktiviteter på begge sykehjem.

Praksislæreren hadde ansvar for å organisere to refleksjonsgrupper og én dag med klinisk veiledning sammen med studentene i tillegg til å gjennomføre forventnings- og vurderingssamtaler med sykepleierveilederen og studentene på praksisstedet.

Opplæring og kurs

Sekstimers praksisveiledningskurs for helsefagarbeidere: tilbud fra utdanningsinstitusjonen til alle sykehjem i kommunen for helsefagarbeidere som skal være medveiledere for sykepleierstudenter. Noen av helsefagarbeiderne fra sykehjemmene i studien deltok.

Totimers veiledningsseminar før praksis: tilbud til sykepleiere og helsefagarbeidere på sykehjem 1. Innhold: veiledningsprosess, samarbeid i veilederteam og veiledning av studenter i læringspar.

Sykepleier som hovedveileder

Eksempler på veiledningsoppgaver:

Refleksjon og veiledning rundt ukens fokus, for eksempel eliminasjon, sirkulasjon og etikk

Prosedyrer som sårstell og kateterisering

Kople teori til praksis: relevante diagnoser, medisiner, observasjoner, målinger og sykepleietiltak knyttet til beboere

Helsefagarbeider som medveileder

Eksempler på veiledningsoppgaver:

Grunnleggende stell

Spisehjelp

Kartlegging av fysisk funksjon

Veiledning i forflytningsteknikker og hjelpemidler

Kommunikasjonsferdigheter ved kognitiv svikt og tiltak ved redusert hørsel og syn.

«Min livshistorie»

Student(er)

Turnus ble utarbeidet på bakgrunn av begge veiledernes og eventuelt medstudentens turnus.

Antallet vakter med henholdsvis sykepleier og helsefagarbeider per uke varierte. Når begge veiledere var på vakt samme dag, kunne studentene veksle mellom å være sammen med en sykepleier og en helsefagarbeider avhengig av aktuelle læringsaktiviteter.

Studentene hadde emneplan med ukefokus fra utdanningsinstitusjonen.

Deltakerne i studien beskrev hvordan de erfarte at deres arbeidsoppgaver og fagkompetanse var relevante for sykepleierstudentenes læringsbehov i første studieår, og at det å dele

kunnskap skapte stolthet og arbeidsglede. Oppgavedeling og endret sykepleierrolle i sykehjem har medført at sykepleierens rolle og arbeidsoppgaver i mindre grad samsvarer med førsteårsstudentenes læringsfokus (5, 6, 10–13).

Denne endringen kan begrense studentenes læring (29) og forme forståelsen av sykepleie som et fag som hovedsakelig dreier seg om administrative oppgaver og tekniske ferdigheter (11, 30). Helsefagarbeiderne i denne studien opplevde at de kunne bidra til å styrke sykepleierstudentenes læringsmuligheter i oppfølgingen av beboernes grunnleggende behov, fordi de var tettere på beboerne. De bidro også til mer tilgjengelighet og kontinuitet i veiledningen.

Funnene våre samsvarer med tidligere forskning der noen sykepleiere beskrev at helsefagarbeiderne kan ha en rolle i veiledningen av førsteårssykepleierstudenter (14). I annen forskning har studenter beskrevet at de fikk mer tid til beboere og grunnleggende omsorg når de følger andre pleiere enn sykepleiere (11).

Studien viser at det å være en del av et veilederteam sammen med en sykepleier bidro til økt trygghet for helsefagarbeideren og ga vedkommende mulighet til å søke råd og utveksle erfaringer og kunnskap knyttet til veiledningsprosessen. Samtidig opplevde noen helsefagarbeidere at de ikke alltid strakk til i veiledningen av sykepleierstudenter, særlig når det gjaldt å støtte studentenes utvikling av sykepleiefaglig kompetanse og tilpasse veiledningen til deres læringsbehov. Sykepleiere har den spesifikke fagkompetansen studentene forventes å tilegne seg, og oppfattes av studentene som de viktigste rollemodellene (7, 11, 17).

Når en sykepleierveileder har en mer distansert rolle, kan det medføre at grunnlaget for å vurdere studentenes oppnåelse av læringsutbytter er begrenset (13). Samtidig kan det påvirke studentenes vekst og profesjonelle utvikling negativt (11).

Ifølge Gibbs og Kulib (29) speiler studentene veilederens kommunikasjonsferdigheter, holdninger, atferd og kritiske tenkning. For å støtte at studentene utvikler profesjonsidentitet og får tilgang til det sykepleiefaglige praksisfellesskapet ved sykehjemmet, er det derfor viktig at sykepleieren deltar aktivt i veiledningen (31). På den måten forblir sykepleierens rolle sentral i praksisveiledningen selv om helsefagarbeidere bidrar som medveiledere.

Helsefagarbeiderne i studien vår ble sjelden involvert i planlegging av praksisperioden, samarbeid med praksislærer eller vurdering av studentene. Manglende tid til samarbeid innad i veilederteamet forsterket utfordringen ytterligere. Å inkludere helsefagarbeidernes observasjoner og vurderinger og ta dem inn i trepartssamarbeidet kan gi et mer fullstendig bilde av studentens progresjon i praksis og samtidig skape rom for felles refleksjon og diskusjon om studentens læringsprosess. Videre kan det føre til at studentene i større grad verdsetter både teamarbeid og andre faggruppers bidrag i praksisfellesskapet (23).

Manglende deltakelse i disse sentrale prosessene kan derimot føre til at aktørene i praksisveiledningen får redusert engasjement og tillit til hverandre (23). Sykepleierveilederen

og praksislæreren har derfor ansvar for å hjelpe studentene med å forstå læringsutbyttene i grunnleggende sykepleie. Samtidig kan helsefagarbeidere være en viktig ressurs i veiledningen og bidra til at studentene når disse læringsutbyttene.

Helsefagarbeiderne i denne studien etterlyste økt veiledningskompetanse og opplæring, særlig om hvordan de kan veilede studenter som ikke mestrer en konkret læringssituasjon. Tidligere studier viser at studenter opplevde å få mer verdifull veiledning og tilbakemeldinger av en sykepleier (11), samtidig som det uttrykkes usikkerhet om hvorvidt helsefagarbeidere har den nødvendige kompetansen til å veilede sykepleierstudenter (13, 18).

Ettersom utdanningsinstitusjonene er pålagt å tilby veiledningsopplæring (1), aktualiseres spørsmålet om hvorvidt utdanningsinstitusjonen og praksislæreren bør bidra til å utvikle helsefagarbeideres veiledningskompetanse, eksempelvis ved å tilby praksisveilederkurs eller -utdanning.

I studien vår fremsto det å inkludere helsefagarbeidere i veilederteamet som en mer eller mindre uformell nødløsning når sykepleierne hadde begrenset mulighet til å veilede studenter. Det er viktig at helsefagarbeidernes bidrag til praksisveiledningen ikke forblir en lite synlig løsning på utfordringer som oppgaveforskyvning eller mangel på sykepleiere. Wenger understreker at endringer i praksis må gjøres synlige og være gjenstand for diskusjon og forhandling i praksisfellesskapet (23, 31).

Dersom endringer i organiseringen av studentveiledningen skal oppfattes som gyldige og legitime, krever det tydelige roller og ansvar samt dialog om forventninger mellom praksisstedet, utdanningsinstitusjonen og studentene. Dette gjelder særlig fordi noen studenter kan ha forutinntatte eller negative holdninger til helsefagarbeidere som medveiledere (11, 17, 18).

Helsefagarbeidernes rolle som medveiledere må derfor tydeliggjøres og støttes gjennom økt veiledningskompetanse. Ved å inkludere dem i hele veilednings- og vurderingsprosessen kan deres posisjon som medveileder styrkes, samtidig som kompetansen og tilgjengeligheten blir bedre utnyttet og verdsatt. Det kan igjen bidra til å styrke praksisveiledningen for førsteårssykepleierstudenter i sykehjem.

Studiens styrker og begrensninger

Vi har god kjennskap til praksis på sykehjem, både som praksislærere og forskere. Førsteforfatteren har vært praksislærer for studenter ved et av sykehjemmene der helsefagarbeidere var medveiledere. Første-, andre- og tredjeforfatteren har gjennomført veiledningsseminar på samme sykehjem. Disse faktorene kan ha påvirket hvilke erfaringer helsefagarbeiderne valgte å dele. Samtidig kan de ha bidratt til å skape en trygg intervjusituasjon, der helsefagarbeiderne følte seg komfortable med å dele erfaringer knyttet til rollen som medveileder.

Utvalget besto av intervjuer med ni kvinner og én mann ved to sykehjem der helsefagarbeidere inngår i et veilederteam sammen med en sykepleier. Dette utvalget er et

relativ lite antall informanter fra et begrenset antall sykehjem. Vi mener likevel av materialet er rikt og variert, med tilstrekkelig informasjonsstyrke (32).

Parallelt med denne studien gjennomførte vi en egen studie der vi undersøkte det samme samarbeidet, men denne gangen med sykepleiernes erfaringer. Studentenes perspektiv er ikke inkludert, noe som kan anses å være en svakhet ved studien.

Konklusjon

Studien belyser helsefagarbeidernes erfaringer som medveiledere for førsteårssykepleierstudenter og viser at rollen oppleves både som meningsfull og motiverende. De opplevde at arbeidsoppgavene og kompetansen deres var relevante for studentene, og at de, sammen med sykepleierne, bidro til at studentene hadde bedre tilgang til veiledning og mer kontinuitet i oppfølgingen.

Samtidig har sykepleieren en sentral rolle i praksisveiledningen med å vurdere studentenes oppnåelse av forventede læringsutbytter i tillegg til å støtte deres profesjonelle utvikling. Endringer i sykepleierrollen i sykehjemstjenesten har imidlertid gjort det nødvendig å utvikle nye modeller for praksisveiledning. En organisering der helsefagarbeidere fungerer som medveiledere kan være én slik modell (figur 1).

Rollen som medveileder kan være en verdifull ressurs for studentenes læring. Det forutsetter at rollen er tydelig avklart, og at helsefagarbeiderne har fått styrket sin veiledningskompetanse og blir inkludert i hele veilednings- og vurderingsprosessen.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



VEILEDNINGSKOMPETANSE: Endringer i sykepleierrollen i sykehjemstjenesten skaper behov for nye veiledningsmodeller. En organisering der helsefagarbeidere fungerer som medveiledere kan være én slik modell. *Illustrasjonsfoto: Johnner/NTB*

1. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. FOR-2025-07-04-1477 [hentet 1. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2025-07-04-1477>
2. Verdens helseorganisasjon (WHO). European Union standards for nursing and midwifery: information for accession countries [internett]. København: WHO; 2009 [hentet 7. juli 2026]. Tilgjengelig fra: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107957/WHO-EURO-2009-8547-48319-71739-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
3. Universitets- og høyskolerådet (UHR). Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet. Oslo: Universitets- og høyskolerådet; 2016.
4. Dalsmo IE, Brodtkorb K, Laugaland KA, Slettebø Å, Ekra EMR. Learning in nursing home placement: a phenomenological study of student nurses' lived experience. J Clin Nurs. 2023;32(3-4):452-64. DOI: [10.1111/jocn.16262](https://doi.org/10.1111/jocn.16262)
5. Myklathun KH, Skjøstad O. NAVs bedriftsundersøking 2024: redusert mangel på arbeidskraft [internett]. Mo i Rana: Arbeids- og velferdsdirektoratet; 2024 [hentet 14. juli 2026]. NAV-rapport 2024:1. Tilgjengelig fra: <https://bibliotek.nav.no/record/4746?ln=no&v=pdf>

6. NOU 2023: 4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023 [hentet 14. juli 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
7. Bråthen K, Moland LE. Ny tørn for effektive helse- og omsorgstjenester: underveisevaluering av Tørn-programmet. Oslo: Fafo, Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning; 2024. Fafo-rapport 2024:05. Tilgjengelig fra: <https://fafo.no/publikasjoner/fafo-rapporter/ny-torn-for-effektive-helse-og-omsorgstjenester>
8. Gautun H. En utvikling som må snus: bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien [internett]. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2020 [hentet 1. februar 2026]. NOVA-rapport 2020:14. Tilgjengelig fra: <https://nva.sikt.no/registration/0199d7948d5e-26308b6b-2d66-47e2-9baa-11601d51ed3c>
9. Hansen MJT, Hollund EØ, Rossavik B. Helsefagarbeidere får kompetanseløft og deler oppgaver med sykepleierne. Sykepleien. 2024;112(93795):e-93795. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2024.93795](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2024.93795)
10. Melby L, Gunnes G, Haukelien H, Obstfelder A. Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi [internett]. Sintef Digital; 2022 [hentet 1. februar 2025]. SINTEF-rapport 2022:00211. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/prosjekter/2021/frigjoring-av-sykepleierkapasitet-gjennom-ny-ansvars-oppgavedeling-og-bruk-av-teknologi/>
11. Laugaland K, Kaldestad K, Espeland E, McCormack B, Akerjordet K, Aase I. Nursing students' experience with clinical placement in nursing homes: a focus group study. BMC Nurs. 2021;20(1):159. DOI: [10.1186/s12912-021-00690-4](https://doi.org/10.1186/s12912-021-00690-4)
12. Bråthen K, Aspøy TM. Ny rolle for helsefagarbeidere? Oppgaver og ansvar i endring. Oslo: Fafo; 2025. Fafo-rapport 2025:20. Tilgjengelig fra: <https://www.fafo.no/publikasjoner/fafo-rapporter/ny-rolle-for-helsefagarbeidere>
13. Dalsmo IE. Samarbeidslæring i praksis kan styrke kvaliteten og kapasiteten i sykepleierutdanningen. Sykepleien. 2025;113(101898):e-101898. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.101898](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2025.101898)
14. Frøiland CT, Husebø AM, Akerjordet K, Kihlgren A, Laugaland K. Exploring mentorship practices in clinical education in nursing homes: a qualitative mixed-methods study. J Clin Nurs. 2022;31(7-8):895-908. DOI: [10.1111/jocn.15943](https://doi.org/10.1111/jocn.15943)
15. Wannebo W, Bøgh Næss G, Eid HR. Praksisveiledernes stemme som grunnlag for utvikling av veiledermodell for sykepleiestudenter i kommunehelsetjenesten. Nord Tidsskr Helseforsk. 2025;21(2). DOI: [10.7557/14.8036](https://doi.org/10.7557/14.8036)

16. Cooke J, Greenway K, Schutz S. Learning from nursing students' experiences and perceptions of their clinical placements in nursing homes: an integrative literature review. *Nurse Educ Today*. 2021;100:104857. DOI: [10.1016/j.nedt.2021.104857](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104857)
17. Tveit B, Aamlid H, Amsrud KE, Helgesen AK, Raustøl A. Kickstart in nursing home: nursing students' experiences of a model for active and collaborative learning in clinical placement. *Nurs Open*. 2023;10(9):6602–13. DOI: [10.1002/nop2.1920](https://doi.org/10.1002/nop2.1920)
18. Keeping-Burke L, McCloskey R, Donovan C, Yetman L, Goudreau A. Nursing students' experiences with clinical placement in residential aged care facilities: a systematic review of qualitative evidence. *JBIS Evid Synth*. 2020;18(5):986–1018. DOI: [10.11124/JBISRIR-D-19-00122](https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00122)
19. Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. FOR-2025-07-04-1478 [hentet 1. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2025-07-04-1478>
20. Diane R, Whiteing N, Aggar C. An integrative review of nursing students' clinical placement experiences throughout their nursing degrees. *Collegian*. 2023;30(1):154–62. DOI: [10.1016/j.colegn.2022.07.002](https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.07.002)
21. Norsk Sykepleierforbund. Stor vilje – lite ressurser: En kartlegging av rammebetingelser for veiledning av sykepleierstudenter i kommunehelsetjenesten [internett]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2018 [hentet 1. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/rapport/rammebetingelser-veiledning-av-sykepleierstudenter-i-kommunehelsetjenesten-nsf-2018-pdf>
22. Husebø AML, Storm M, Våga BB, Rosenberg A, Akerjordet K. Status of knowledge on student-learning environments in nursing homes: a mixed-method systematic review. *J Clin Nurs*. 2018;27(7–8):e1344–59. DOI: [10.1111/jocn.14299](https://doi.org/10.1111/jocn.14299)
23. Wenger E. *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
24. Wenger-Trayner E, Wenger-Trayner B. Introduction to communities of practice: a brief overview of the concept and its uses [internett]. Sesimbra, Portugal: Wenger-Trayner; 2015 [oppdatert juni 2015; hentet 1. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.wenger-trayner.com/introduction-to-communities-of-practice>
25. Hunter DJ, McCallum J, Howes D. Defining exploratory-descriptive qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. *GSTF J Nurs Health Care*. 2019;4(1).
26. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
27. 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)

28. Braun V, Clarke V. Thematic analysis: a practical guide. Los Angeles, CA: Sage; 2022.

29. Gibbs SS, Kulig JC. «We definitely are role models»: exploring how clinical instructors' influence nursing students' attitudes towards older adults. *Nurse Educ Pract*. 2017;26:74–81. DOI: [10.1016/j.nepr.2017.07.006](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.07.006)

30. Moquin H, Seneviratne C, Venturato L. From apprehension to advocacy: a qualitative study of undergraduate nursing student experience in clinical placement in residential aged care. *BMC Nurs*. 2018;17:8. DOI: [10.1186/s12912-018-0277-z](https://doi.org/10.1186/s12912-018-0277-z)

31. Fenton-O'Creevy M, Brigham L, Jones S, Smith A. Students at the academic workplace boundary. Tourists and sojourners in practice-based education. In: Wenger-Trayner E, Hutchinson S, Fenton-O'Creevy M, Wenger-Trayner B, red. *Learning in landscapes of practice: boundaries, identity, and knowledgeability in practice-based learning*. London: Routledge; 2015. s. 43–63.

32. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qual Health Res*. 2016;26(13):1753–60. DOI: [10.1177/1049732315617444](https://doi.org/10.1177/1049732315617444)