



Forord.....	3
Sammendrag .....	4
Summary .....	6
1.0 Innledning .....	8
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling .....	9
1.1.1 Fra hjelpepleier og omsorgsarbeider til helsefagarbeider .....	11
1.1.2 Hjelpepleierutdanninga integrert i videregående skole.....	11
1.1.3 Reform `94 (R`94) .....	12
1.1.4 Kunnskapsløftet .....	13
1.1.5 Kunnskapsløftet - helsearbeiderfaget.....	14
1.1.6 Prøvenemnda.....	15
1.2 Valg av problemstilling.....	16
1.2.1 Problemstilling.....	18
1.2.2 Avgrensning og presisering av problemstilling .....	19
1.3 Presentasjon av oppgaven .....	20
2.0 Fagprøven i helsearbeiderfaget .....	21
2.1 Læreplaner .....	21
2.1.1 Fagspesifikke læreplaner .....	21
2.1.2 Læreplanen i helsearbeiderfaget .....	23
2.2 Fagprøven .....	26
2.2.1 Fagprøvens formelle rammer .....	26
2.2.2 Prøvenemnda.....	27
2.2.3 Utforming av fag- og svenneprøve .....	28
2.2.4 Gjennomføring av fag- og svenneprøve .....	29
2.2.5 Vurdering av fagprøven .....	29
2.3 Kompetanse i helsearbeiderfaget .....	30
2.3.1 Yrkeskunnskap.....	33
2.3.2 Yrkespedagogikk .....	36
2.3.3 Forskning om gjennomføring av fagprøver .....	36
2.4 Dagens og morgendagens utfordringer i helse- og omsorgstjenesten .....	38
2.4.1 Dagens og morgendagens behov for kompetanse.....	39
2.4.2 Samhandlingsreformen .....	40
2.4.3 Endret behov for kompetanse i kommunene i framtid.....	40
2.4.4 Helsearbeiderfagets relevans for kommunesektoren .....	41
2.5 Vurdering .....	41
2.5.1 Hva er vurdering .....	42
2.5.3 Vurdering av fagprøven .....	43
2.6 Relevans .....	44
2.7 Oppsummering.....	45
3.0 Design og metode .....	46
3.1 Forskningsdesign .....	46
.....	47
3.2 Min for forståelse.....	52
3.3 Valg av oppgaver gitt til fagprøven i helsearbeiderfaget og informanter .....	52
3.3.1 Tekstanalyse.....	53
3.3.2 Kvalitative intervjuer .....	54
3.3.3 Valg av intervjupersoner.....	54

3.3.4	Forberedelse av intervju.....	55
3.3.5	Beskrivelse av gjennomføring av intervju .....	55
3.3.6	Transkribering av intervju.....	59
3.4	Metoder for analyse av datamaterialet.....	59
3.5	Analyse av dokumenter.....	62
3.6	Dataenes validitet og reliabilitet .....	62
3.6.1	Validitet.....	63
3.6.2	Reliabilitet.....	64
3.6.3	Kildekritiske vurderinger av data.....	64
3.7	Etiske aspekter .....	65
4.0	Resultater og presentasjon av resultater fra undersøkelsene.....	67
4.1	Resultater fra informasjon om og oppgaver i helsearbeiderfaget .....	67
4.1.1	Tidsrammen for gjennomføringen .....	67
4.1.2	Hvordan lages oppgaven? .....	68
4.1.3	Hva skal vurderes i oppgavene? .....	70
4.1.4	Oppsummering av oppgaver til fagprøven .....	70
4.2	Resultater fra intervju med prøvenemndsmedlemmer .....	71
4.2.1	Hvilken faglig bakgrunn har prøvenemndsmedlemmene? .....	72
4.2.2	Opplæring i fylkeskommunal regi .....	72
4.2.3	Hvordan lager prøvenemndene oppgavene? .....	73
4.2.4	Hvordan vurderer prøvenemnda kandidatens kompetanse? .....	75
4.2.5	Oppsummering av intervju av prøvemedlemmer .....	77
4.3	Resultater fra intervju med kandidater som skal ta fagprøven .....	78
4.3.1	Hvor gjennomførte kandidatene fagprøven? .....	78
4.3.2	Hva inneholder fagprøven?.....	78
4.3.3	Hvordan og hva vurderes i fagprøven?.....	81
4.3.4	Oppsummering.....	86
5.	0 Analyse og drøfting av funn .....	88
5.1	Hvilken faglig bakgrunn har prøvenemndsmedlemmene? .....	88
5.2.	Opplæring i fylkeskommunal regi .....	89
5.3	Hvilke rolle har prøvenemndsmedlemmene i forkant av fagprøven?.....	90
5.2	Gjennomføring av fagprøven.....	91
5.2.1	Hva kjennetegner innholdet i fagprøven?.....	91
5.2.2	Hvordan brukes aktuelle styringsdokumenter i gjennomføringen av fagprøven?.....	92
5.2.3	Yrkeskompetanse i helsearbeiderfaget .....	93
5.2.4	Hvordan måles graden av måloppnåelse i helsearbeiderfaget? .....	96
6.0	Konklusjon.....	97
6.1	Viktigste funn.....	97
	Referanser .....	100

## **Forord**

Rapporten har blitt skrevet gjennom en lang prosess hvor utgangspunktet har vært mitt engasjement både for opplæring i videregående opplæring og utvikling av fag i tråd med helse- og sosialtjenestens behov for kompetanse.

En stor takk til meget engasjerte informanter som både har vært medlemmer av prøvenemnder og ivrige kandidater som har gjennomført fagprøven i helsearbeiderfaget. I tillegg har jeg fått positive tilbakemeldinger ved henvendelse til fylkeskommunene.

I løpet av studiet har ellers medlemmene i læringsgruppa vært til inspirasjon og støtte.

## Sammendrag

Målet med rapporten var å øke forståelsen for fagprøven i helsearbeiderfaget.

Helsearbeiderfaget er et nytt fag ved innføringen av Kunnskapsløftet i 2006 og er således i en dannelsesprosess. Intensjonen med Kunnskapsløftet er at opplæringa skal føre til kandidaten utvikler kompetanse, som er forstått som hva personen gjør og får til i møte med utfordringene. I tillegg skulle læreplanene være funksjonsrettet. Dette prøver jeg å belyse ved problemstillingen: *I hvilken grad gir fagprøven kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget?*

Gjennom undersøkelsen av fagprøven, som er den avsluttende prøven i faget, søker jeg å belyse fagprøven i helsearbeiderfaget ved å se det i lys av de offentlige styringsdokumenter, læreplanen for helsearbeiderfaget og helse- og omsorgstjenestens behov for kompetanse.

Ved bruk av kvalitative metoder som dokumentanalyse av fagprøver, intervju av prøvenemnder som har ansvar for å godkjenne oppgaver og vurdere fagprøven og intervju av kandidater som skal ta fagprøven, har jeg søkt å belyse problemstillingen.

Funnene i analysene av oppgavene, intervju av prøvenemndsmedlemmer og kandidater som skal gjennomføre/ har gjennomført fagprøven viser at alle gjennomfører fagprøvene i helse- og omsorgstjenesten i pasientnære situasjoner, på det stedet hvor kandidatene har hatt sin opplæring. Kandidatene får utdelt oppgaven dag 1 på prøvestedet og oppgaven inneholder hvilke pasienter de skal ha ansvar for og tiden de har til rådighet. Denne dagen brukes til å utvikle en skriftlig plan som er en tiltaksplan eller pleieplan ut fra den pasient/er de har ansvar for i fagprøven. Planen tar utgangspunkt i en pasient/er med opplysninger om situasjonen. Kandidaten lager en plan ut fra denne situasjonen med tiltak ut fra de ulike behov/problemer og begrunner tiltakene faglig. Tiltaksplanen/e leveres ved arbeidshagens slutt til prøvenemndene. Dag 2 gjennomfører kandidaten planen han har utviklet, det betyr at han har ansvar for en el. flere pasienter og utfører pleie og omsorg ut fra deres behov. Etter gjennomføringen skal kandidaten dokumentere hva han har gjort. Det hele avsluttes med en samtale.

Funnene viser at fagprøven gjennomføres i reelle arbeidssituasjoner i møte med pasienter og brukere hvor kandidaten får vist sin kompetanse i helsearbeidefaget. I følge opplæringsloven er tidsrammen fagprøven 3–5 dager. Sammenfallende for alle undersøkelsene er at en dag brukes til å utvikle en skriftlig plan. Dag 2 er gjennomføringsdagen. I liten grad får kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse i en reell arbeidssituasjon da de fleste starter som normalt ved arbeidshagens begynnelse, men avslutter i den reelle arbeidssituasjonen til lunsj samme dag. Da dokumenterer de hva de har utført og reflekterer hva som har gått bra og hva de kunne ha gjort annerledes.

På den ene side er det en fagprøve hvor kandidaten får mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeidefaget i en reell arbeidssituasjon. På den annen side viser oppgaven gitt til fagprøven at oppgaven i seg selv og tidsbruken i stor grad vektlegger den teoretiske delen av faget. En kan derfor stille seg spørrende til hvilke signaler det gir om helsearbeidefaget og hvordan kompetanse i helsearbeidefaget verdsettes.

## Summary

The aim of this master thesis was to increase the understanding of the qualifying examination of the Norwegian Health Worker (helsefagarbeider). This new vocational programme is in a formative process still, because it is the result of the Norwegian education reform from 2006, The Knowledge Promotion Reform (KPR). The intention behind the reform is that education shall lead to the development of skills that prepare the candidate to the challenges in the vocational practice. In addition to the fact that the curriculum is function-oriented. The objective of this study was to analyse and understand: “To what extent does the qualifying assessment gives the health worker candidate the opportunity to demonstrate their learned skills and expertise? In order to be able to achieve the objective of this research study it was necessary to analyse the final assessment of the health worker, namely the Trade Examination, that the apprentice has to undergo to become a health worker.

Furthermore, a comprehensive analysis of the documentation found in the relevant public policy as well as the vocational curriculum for the Health Worker was undertaken. It was also of key importance to analyse the view of the expertise which is represented by the examiner assigned by the examination board, who is meant to know what the health care services require of the qualified Health Worker.

This research project is based on qualitative methods such as document analysis of skilled worker certificates. Interview of examination board who are responsible for approving tasks and evaluate the trade examination and interview of health work candidates who were going to take the trade examination.

The findings show that all trade examinations were carried out in a health and care services facility in a patient-related situation, where the candidates were apprentices in other words in the same place where they had their training. Candidates were given the examining task on day 1 at the care service facility, containing information about which patients they should be responsible for and the allocated time for the task implementation. This first day is used by the candidate to write an action plan or care plan based on the patient information which they have been assigned to. The patient involved is informed of the plan and situation. Candidates make a plan out of the specific situation with actions based on the various needs and challenges the patient may present. The plan has to be based and rooted on the theory of the curriculum. The action plan is handed in to the examination board. On day 2, the candidate has to

implement the plan developed on day 1. This means that the health work candidate is responsible for providing the nursing care required by the patient as specified in the plan, during this day number 2. At the end of the day and after completion of the tasks as described in the plan the candidate must document and reflect over the care that has been provided and all the tasks that have been undertaken during the day. It all ends with a conversation between the examiner and the health worker candidate. The findings of this study also show that the trade examination is conducted in a real work situation where they meet with patients and users which allows the candidate to perform according to their competence in the nursing profession. According to the Education Act the timeframe assigned to the qualifying trade examination is between 3 to 5 days. Common for all the examinations observed for this study was that one day be used to develop a written plan. Day 2 is the practical implementation of the plan. It has been found in this study that in a very small degree the candidate gets the opportunity to show their skills in a real work situation. This mainly because of the timeframe used for the actual test. Since the majority start at the beginning of the working day and finish by lunch time on the same day. Then they document what they have done and reflect over what has gone well and what they could have done differently. The results show that on the one hand there is an examination where the candidate gets an opportunity to demonstrate their expertise as a Health Worker in a real work situation. On the other hand, the results also show that the time spent on the practical trade examination the priority and focus of the examiner is mostly on the theoretical part of the course. One can therefore question the signal the nursing profession gives and how skill and expertise of the Health Worker is assessed.



## 1.0 Innledning

Helsearbeiderfaget er et forholdsvis nytt fag som ble etablert med innføringen av Kunnskapsløftet i 2006. Fagets navn er helsearbeiderfaget og yrkestittelen er helsefagarbeider. Dette yrket er definert som helsepersonell i følge helsepersonelloven §48. I følge §4 i helsepersonelloven har helsepersonell ansvar for at arbeidet utføres faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999). Gjennom rapporten søker jeg øke forståelsen for helsearbeiderfaget ved å undersøke den avsluttende prøven i helsearbeiderfaget, hvordan den planlegges og hvordan den gjennomføres og vurderes. Jeg søker å belyse om fagprøven i helsearbeiderfaget gir kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse i faget og om det står i rimelig forhold til kompetansebehovet i helse- og omsorgstjenesten. Siden dette er den avsluttende eksamen i faget, er det også å anse som en kvalitetssikring av opplæringen.

Endringstakten i helse- og omsorgstjenesten er høy på grunn av medisinsk og teknologisk utvikling. I tillegg er den demografiske utvikling, med en økende andel eldre og færre i yrkesaktiv alder en utfordring. Det utfordrer til nytenkning i omsorg for å møte morgendagens utfordringer innen helse- og omsorgstjenesten. Opplæringa må derfor innrettes etter helsepolitiske ambisjoner og skape motivasjon og kompetanse hos fremtidens helsefagarbeidere for å imøtekomme befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 29 (2012 – 2013), 2013).

En gradvis innføring av Samhandlingsreformen i helse- og omsorgstjenesten fra 2012 over en fireårsperiode dreier ressursinnsatsen fra et hovedfokus på pleie og omsorg til forebygging og tidlig innsats (St.meld. nr. 47 (2008–2009), 2009). En styrking av brukernes rettigheter stå sentralt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Likevel viser forskning at dagens pasienter i helse- og omsorgstjenesten i kommunen er sykere enn før reformen fordi kommunen nå har ansvaret for pasienten fra den dag han er definert som utskrivningsklar fra sykehuset. Det fører til at det også er et økt behov for kompetanse for å møte de syke pasientene (Abelsen, 2014) i helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Framskrivning av tall viser at det blir en stor mangel på helsepersonell, spesielt helsefagarbeidere i kommunen.

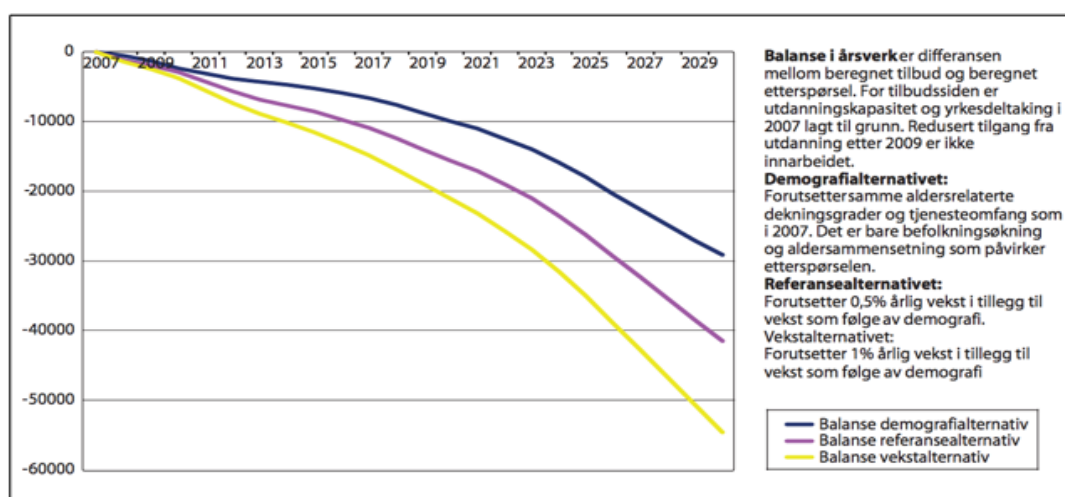
Fagprøven markerer avslutningen på opplæringen i helsearbeiderfaget. Opplæringen i bedrift foregår i denne sammenheng i helse- og omsorgstjenesten i kommunen som

kan være i sykehjem, hjemmesykepleie eller bolig for psykisk utviklingshemmede eller i sykehus. Fagprøven er således en vurdering av kvaliteten på kandidatens kompetansen i helsearbeiderfaget. Implisitt i dette er om kompetansen er relevant i forhold til dagens og morgendagens behov for kompetanse i helse- og omsorgstjenesten og det pasient og bruker har behov for.

Jeg undrer meg derfor over hva som kjennetegner fagprøven i helsearbeiderfaget, hvordan den blir gjennomført, hva den inneholder og hva som vurderes og hvordan den vurderes.

### 1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Med Kunnskapsløftet fikk vi helsearbeiderfaget i programfaget helse- og sosialfag (fra 01.08.12 helse- og oppvekstfag ). I tillegg til at faget skulle gi en relevant yrkeskompetanse skulle det være rekrutterende. Det viser seg nemlig at det vil bli stor mangel på helsepersonell i framtid.



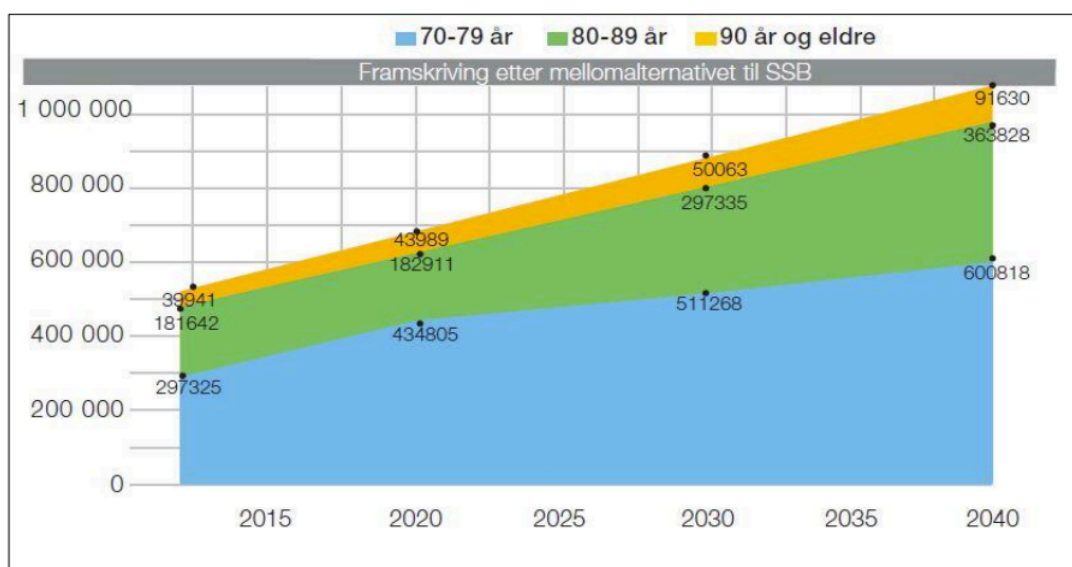
Figur. Balanse i arbeidsmarkedet for helsefagarbeidere fram mot 2030 med tre forskjellige utviklingsbaner for etterspørsel (Kunnskapsdepartementet, 2011-2012).

Framskrivninger ved hjelp av HELSEMOD, viser at det vil bli en stor mangel på helsefagarbeidere i årene framover. (HELSEMOD er en beregningsmodell for arbeidsmarkedet for helse- og velferdspersonell som er utarbeidet av SSB på oppdrag

fra Helsedirektoratet.) Helsefagarbeidere, inklusive hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som er utdannet etter tidligere opplæringsmodeller, er med sine 69 000 årsverk den største utdanningsgruppen innen helse- og velferdspersonell. Framskrivningene viser en underdekning på 10 000 til 18 000 helsefagarbeidere i 2020 og mellom 35 000 til 52 000 i 2030, avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn (Meld. St. 13 (2011-2012), 2012).

Antall personer over 70 år vil mer enn dobles fram mot 2040.

### Fremskrevet folkemengde i aldergruppen 70 år og over. 2010-2040.



Kilde: SSB 2012

### **1.1.1 Fra hjelpepleier og omsorgsarbeider til helsefagarbeider**

*”Hvis en ikke kjenner fortida, forstår en ikke nåtida og egner seg ikke til å forme framtida.” Simone Weil*

I 1963 var det også mangel på pleiepersonell som førte til opprettelsen av hjelpepleierutdanningen. Både sykehusene og sykehjemmene benyttet seg allerede av mange ufaglærte som hadde behov for utdanning for å mestre den jobben de utførte. Helsemyndighetene etablerte derfor en kort utdanning av hjelpepleiere som et nødvendig prosjekt for å bygge et moderne helsevesen (Høst, 2010).

Hjelpepleierutdanningen ble igangsatt ved de største sykehusene, og noen sykehjem drevet av Røde Kors og Sanitetsforeningen. Allerede på 1970-tallet var det etablert 42 hjelpepleierskoler fordelt på alle landets fylker. De var etablert i tilknytning til pleieinstitusjoner med mange ufaglærte.

Kvaliteten på tjenesten i institusjonene kunne være dårlig, derfor ga hjelpepleierutdanningen institusjonene en mulighet til å løse flere problemer.

Institusjonene kunne etter vurdering, søke tilskudd fra Helsedirektoratet til hjelpepleierutdanningen, samtidig som institusjonen kunne nyte godt av elevens arbeidsinnsats i utdanningstiden. Fram til 1980 var det en 1-årig utdanning som besto av totredeler veiledet arbeidspraksis, mens entredel var teori (Høst, 2010).

Helt fra starten av var søkningen til hjelpepleierutdanningen meget god, og det var konkurranse om plassene. Det var i stor grad de ufaglærte som var ansatt ved institusjonene som var elever, men etter hvert rekrutterte de også utenfra.

Etter at hjelpepleierutdanningen de aller første årene hadde vært dominert av unge elever, utgjorde de voksne etter hvert den største andelen. De voksne var kvinner, hovedsakelig mellom 20 - 40 år, men også noen over 50. De fleste kvinner hadde erfaring fra pleie- og omsorgsarbeid.

### **1.1.2 Hjelpepleierutdanninga integrert i videregående skole**

Først fra begynnelsen av 1980-tallet ble hjelpepleierutdanningen integrert i den videregående skole som følge av lov om videregående opplæring av 1974. I den nye hjelpepleierutdanningen måtte eleven gjennomføre grunnkurs i helse- og sosialfag, og så ta det ettårige videregående kurset i hjelpepleie. Den etablerte ettårige utdanningen for voksne ble beholdt som et alternativ for voksne som en av to veier inn i yrket. Begrunnelsen var at det ville ta tid før den videregående skole utdannet tilstrekkelig

nok unge elever. Det viste seg imidlertid at søkningen fortsatt var dominert av de voksne innen begge utdanningsveier.

Voksenopplæringen foregikk både ved pleieinstitusjoner, ved private skoler og i de offentlige videregående skoler. Her var det stort sett elever som hadde lang arbeidserfaring som ufaglærte i pleie- og omsorgstjenesten.

I den ordinære opplæringen i videregående skole var det også en overvekt av eldre ungdom og voksne med arbeidserfaring.

Studieretningen for helse- og sosialfag var meget populær på 1980-tallet. Det var bare en av tre søkere som fikk plass.

### **1.1.3 Reform '94 (R'94)**

Med Reform '94 fikk ungdommer rett til videregående opplæring. Ungdommers rett til videregående opplæring fikk negative konsekvenser for rekruttering både av ungdom og voksne til hjelpepleierutdanningen. Utdanningen av hjelpepleiere ble en treårig utdanning i skole, men utdanningsmodellen var en veksling mellom teori og praksis. En stor del av opplæringa foregikk i helse- og omsorgstjenesten, men det var skolen som var ansvarlig for organisering, oppfølging og vurdering. Utdanninga ble avsluttet med en tre dagers praktisk-teoretisk eksamen i skole. Ved bestått eksamen søkte kandidaten om autorisasjon.

Hjelpepleierutdanningen som var tilrettelagt for voksne i det offentlige utdanningssystemet, ble fjernet. Utdanningen hadde stått for opplæringen av halvparten av hjelpepleierne. Kun noen få private skoler og studieforbund fortsatte med tilbud til de voksne.

Høst (Høst, 2010) viser til at med R'94 kom også striden om hvilke type opplæring en skulle ha, om den fortsatt skulle være en del av opplæringa i den videregående skole eller en del av fagopplæringen. Før R'94 hadde det ikke vært noe stort tema.

Hjelpepleierforbundet var en sterk fagorganisasjon som bare organiserte hjelpepleiere. Hjelpepleierne dekket behovet for kompetanse i sykehus og hjemmesykepleie. Med R'94 kom Kommuneforbundet på banen og ville erstatte hjelpepleierutdanningen med en opplæring av omsorgsarbeidere i fagopplæringssystemet. Faget skulle være mer rettet mot omsorgsoppgaver i kommunehelsetjenesten. Det endte med at begge fagene ble opprettholdt, omsorgsarbeideren som nytt fag i fagopplæringssystemet med to år

opplæring i skole og to år i bedrift, mens videregående skole fortsatt hadde ansvar for en treårig opplæring av hjelpepleiere.

(Fagforbundet er et resultat av en sammenslåing av Norsk Helse- og Sosialforbund og det tidligere LO-forbundet Norsk Kommuneforbund i 2003. I 1965 ble Hjelpepleiernes landsforening etablert og det ble siden endret til Norsk Helse- og Sosialforbund.)

Siden de voksne ble utestengt og det var en redusert søkning blant de unge, ble dette nå et av de enkleste fagene å komme inn på i videregående opplæring.

En annen faktor ved Reform '94 synes å være den økende teoretiseringen av yrkesfag, og hvordan det påvirket yrkeskompetansen i faget og dermed fagets relevans.

Læreplanene representerte et instrumentelt syn på yrkeskunnskap. Det ble stilt spørsmål om i hvilken grad det var sammenfallende med den kompetanse som helse- og omsorgstjenesten hadde behov for.

Mange av de seinere tids utdanningsreformer for eksempel Reform '94 i videregående yrkesrettet utdanning, kan sies å peke i retning av økt teoretisering, selv om ikke bildet er entydig. Læreplanene for de to første årene var ganske dominert av teorimål, mens planene for opplæring i bedrift i hovedsak handlet om ferdighetsmål (Hiim & Hippe, 2001, s. 80).

#### **1.1.4 Kunnskapsløftet**

Den store utdanningsreformen Kunnskapsløftet ble iverksatt høsten 2006 (St. meld. nr. 030 (2003 - 2004), 2004). Reformen medførte store systemendringer i hele utdanningssystemet. Den kunne anses som en invitasjon til å utvikle en mer praksisforankret og relevant utdanning med større vekt på samarbeid mellom skole og arbeidsliv, større nærhet mellom utdanningsinnhold og arbeidsinnhold og bedre sammenheng mellom teori og praksis. Spesielt la det nye faget «Prosjekt til fordypning» til rette for disse mulighetene.

Endringer i læreplanene var en del av reformen. Som Engelsen sier (Engelsen, 2008), så er læreplanene et viktig styringsmiddel fra myndighetens side. Læreplanene forteller hvilke verdier og interesser de styrende ønsker å prioritere, hvilke kunnskaper som skal defineres som samfunnsgyldige. Årsaken til endringen var blant

annet at det var for svak kultur for læring i norsk skole, utydelige læringsmål, store forskjeller blant elever og lærlinger på grunn av sosial bakgrunn og for lav gjennomføringsgrad i videregående opplæring (Engelsen, 2008).

Et grunnleggende prinsipp var at mål og innholdsbeskrivelser i planer på alle nivåer skulle handle om funksjoner og basiskompetanse i de ulike yrkene. Imidlertid viste det seg at prinsippene ikke har vært enkle å gjennomføre, og at spesielt læreplanene i helse- og sosialfag er teoretiske (Hiim, 2013 s. 22). Det representerte en stor endring at læreplanene skulle være funksjonsbaserte og at mål og innhold ikke skulle være strukturert ut i fra teoretiske skolefag. Tidligere planer for hjelpepleiere var strukturert ut fra teoretiske skolefag som sykepleie, humanbiologi og sykdomslære. I helsearbeiderfaget er opplæringa strukturert etter hovedområdene *Helsefremmende arbeid, Kommunikasjon og samhandling* og *Yrkesutøvelse*. Vg3-målene skulle være funksjonsbaserte og det betød at de skulle beskrive yrkesfunksjoner som en ferdig utdannet fagarbeider skulle beherske (St. meld. nr. 030 (2003 - 2004), 2004).

Kunnskapsløftet framhever fylkeskommunens og skoleeiers ansvar for videregående opplæring. En forventet at skolen skulle trekke opp mer konkrete lokale rammer og eventuelt mer konkrete lokale fagplaner. Som Engelsen viser til, må sentrale styringssignaler i læreplanen bli sett mot den lokale konteksten de skal bli iverksatt. I dag er det ikke lenger den samme sterke troen på de nasjonale gitte læreplaner, som kan gi en felles grunnopplæring i landet vårt. De nasjonale læreplanene blir for trege med tanke på de raske samfunnsendringene vi ser (Engelsen, 2008).

### **1.1.5 Kunnskapsløftet - helsearbeiderfaget**

Siden det både var problemer med å rekruttere ungdom til å begynne på opplæring innen helse- og omsorgsfagene og at innholdet i utdanningen for hjelpepleier og omsorgsarbeiderfaget ble svært like, førte det til at en ved Kunnskapsløftet innførte det nye helsearbeiderfaget.

Det nye helsearbeiderfaget er et lærefag og er en del av fagopplæringen. Det følger opplæringsmodellen med et fireårig opplæringsløp med to år i skole og to år i bedrift (Utdanningsdirektoratet, 2006). Det betyr at det blir et delt ansvar for opplæringen mellom skole og arbeidsliv. Opplæringa avsluttes med en fagprøve som gjennomføres i bedriften, som i denne sammenheng er i helse- og omsorgstjenesten i kommunen i sykehjem, hjemmesykepleie, bolig for psykisk utviklingshemmede eller i sykehus.

De danske forfatterne Bottrup & Helms Jørgensen refererer i boka "Læring i et spændingsfelt" til en artikkel av den danske forskeren Vibe Aarkrog, der hun er opptatt av nødvendigheten "at styrke kontakten mellem skole og praktikvirksomheder, således at man kan tilpasse undervisning og opplæring bedre til hinanden" (Aarkrog, 2004). Bedriftene kan utveksle erfaringer og lære av hverandre i å utvikle faglig godt innhold og vurdering i praksisopplæring. Aarkrog mener videre det er "brug for at udarbejde en systematik for samspillet mellem praksissituasjon og transfer fra skole til praktik" (Aarkrog, 2004). Stortingsmeldingen "Utdanning for velferd" (Norge, 2012) summerer opp at gode og relevante utdanninger krever et samspill mellom utdanning og yrkesfelt og at yrkesfeltet er en viktig læringsarena i de helse- og sosialfaglige utdanningene. Yrkeskvalifisering er et delt ansvar mellom utdanningsinstitusjoner og arbeidslivet.

Det kan forstås som at god opplæring er avhengig av samarbeid mellom skole og bedrift/arbeidslivet. Lærlingene vil således erfare at de har nytte av det de lærte på skolen i programfagene (Utdanningsdirektoratet, 2006b), og oppleve at det faglige innholdet er relevant og meningsfullt ved å kunne overføre det til opplæring i arbeidslivet. Således vil det kunne komme til uttrykk gjennom den kompetansen kandidaten viser i den avsluttende fagprøven i helsearbeiderfaget.

### **1.1.6 Prøvenemnda**

Prøvenemnda har en sentrale rolle med å kvalitetssikre innholdet i faget. Det er den som etter fullført læretid skal vurdere kandidatens kompetanse i en fagprøve i helsearbeiderfaget. Prøvenemnda har ansvar for å vurdere planlegging, gjennomføring, vurdering og dokumentasjon av fagprøven. Den skal ha minst to medlemmer som har formell faglig kompetanse innenfor fagområdet, og så langt det er mulig ha oppdatert arbeidslivserfaring i faget. Fylkeskommunen skal sikre at det er tilfredsstillende vurderingsfaglig kompetanse i prøvenemnda. Utover dette er det ikke spesifisert hvilke type kompetanse det er behov for utover kompetanse i faget (Kunnskapsdepartementet, 2006).

Når det gjelder lærere foreligger det systematisk forskning som viser at lærere som er kompetente, engasjerte og ambisiøse på elevenes vegne, er skolens viktigste ressurs. Det stilles mange og ulike krav til lærerne. De må ha faglig kompetanse på en rekke områder, pedagogisk kompetanse til å lede en gruppe elever, og de må kunne spille på



et stort repertoar av arbeidsformer og virkemidler (St. meld. nr. 030 (2003 - 2004), 2004).

En Fafo-rapport fra 2011 viser at det er lite forskning om prøvenemndenes kompetanse og arbeid samtidig som rapporten påpeker den viktige rolle dem har i kvalitetssikringen av fagene (Fafo, 2011).

## **1.2 Valg av problemstilling**

Med innføringen av Kunnskapsløftet i 2006 ble helsearbeiderfaget etablert for å møte dagens og morgendagens behov for kompetanse i helse- og omsorgstjenesten og for å øke rekrutteringen til yrket med tanke på det store behovet for helsepersonell i framtid.

Med utgangspunkt i at helsearbeiderfaget er et nytt fag undrer meg derfor over hva som kjennetegner problemområdet helsearbeiderfaget. Jeg ønsker å belyse det ved å undersøke den avsluttende prøven i helsearbeiderfaget, som er en fagprøve hvor kandidaten skal få vist sin kompetanse i helsearbeiderfaget. Helsearbeiderfaget er et nytt fag som da medfører at faget også er i en dannelsesprosess. Den faglige kvalitet må sikres slik at både kandidater og helse- og omsorgstjenesten opplever faget som relevant og meningsfullt. Dette for å sikre rekruttering og utvikling av faget. Det er foretatt følgeforskning på implementering av Kunnskapsløftet med tanke på fagopplæring, rammer og struktur, men ikke direkte på helsearbeiderfaget og fagprøven.

Formålet med faget er i følge læreplanen for Vg3 helsearbeiderfaget:

Helsefagarbeideren utfører omsorg, grunnleggende sykepleie og miljøarbeid for pasienter og brukere av helse- og sosialtjenesten. Helsearbeiderfaget skal medvirke til å dekke behovet for kompetente helsefagarbeidere som kan møte pasienter, brukere og pårørende på en profesjonell måte, og bidra til at samfunnets behov for helse- og omsorgstjenester blir ivaretatt både i helse- og sosialtjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Faget skal bidra til å utdanne helsefagarbeidere som samarbeider med andre yrkesgrupper, fremmer

trivsel, fysisk og psykisk helse og ivaretar brukermedvirkning og pasientrettigheter.

Opplæringen i lærefaget skal utvikle evnen til å møte mennesker med ulik kulturell bakgrunn i ulike livssituasjoner og med ulik evne og mulighet for kommunikasjon. Videre skal opplæringen bidra til å utvikle profesjonelle yrkesutøvere med evne til innlevelse og samspill med mennesker med ulike hjelpebehov. Helsefagarbeideren skal gjennom opplæringen bli i stand til å observere og bruke kunnskap om ulike sykdommer, skader og lidelser, og til å iverksette forebyggende eller behandlende tiltak innen eget ansvars- og kompetanseområde. Gjennom helsefremmende arbeid skal helsefagarbeideren bidra til å forebygge isolasjon og legge til rette for et mer aktivt liv.

Opplæringen skal utvikle helsefagarbeidere som kan delta aktivt i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid og bidra til et godt arbeidsmiljø.

Videre sies det i læreplanen at hovedområdene utgjør en helhet. I opplæringen skal det legges til rette for varierte arbeidsoppgaver på ulike tjenesteområder som kan bidra til å fremme kreativitet og helhetlig kompetanse som er anvendelig både i helse- og sosialtjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Som tidligere nevnt erstatter helsearbeiderfaget opplæring i hjelpepleie og omsorgsarbeiderfaget. Opplæringen av hjelpepleiere var en skolebasert utdanning, som ble avsluttet med prosjektorientert eksamen i skolen. Skolen hadde det formelle ansvaret for hele utdanningsløpet. Opplæringen i omsorgsfaget ble opprettet med R'94 og fulgte samme opplæringsmodell som helsearbeiderfaget og ble avsluttet med en fagprøve. Fagprøven ble avlagt på lærestedet til kandidaten.

Fagopplæringsmodellen og helsearbeiderfaget har derfor ingen lang tradisjon i helse- og omsorgstjenesten. De første som gikk opp til fagprøven i helsearbeiderfaget etter to + to-modellen var i 2010.

I denne rapporten har jeg valgt å ikke gå nærmere inn på frafall og omvalg. Undersøkelser synes imidlertid å vise at det er en sammenheng mellom frafall og omvalg og om eleven/lærlingen opplever at opplæringa er meningsfull og relevant. I denne sammenheng synes det også hensiktsmessig at kandidaten opplever fagprøven som et speil av opplæringa og den kompetanse helse- og omsorgstjenestens har behov for og er meningsfull og relevant.

Det synes bekymringsfullt ut fra framskrevne tall fra HELSEMOD at utdanningstakten i helsearbeiderfaget i dag er lav med tanke på etterspørselen etter helsefagarbeidere fram mot 2030. Ut fra dette ønsker jeg da å forske på gjennomføringen og innholdet i fagprøven i helsearbeiderfaget og i hvilken grad den er relevant og gir mening for kandidaten.

Med R'94 med mål og hovedmomenter kunne en se en fragmentert opplæring, og tolkning av læreplanen gikk i en instrumentell retning. Det synes ikke forenlig med å bygge en helhetlig kompetanse i helsearbeiderfaget for å møte en pasient eller bruker. I den sammenheng handler det dermed også om å ha et kritisk syn på operasjonaliseringen av læreplanen og spesifikt på instrumentelle tolkninger, instrumentelt syn av yrkeskunnskap, arbeid og læring knyttet til utfordringer om relevant opplæring (Hiim, 2013).

### **1.2.1 Problemstilling**

Gjennom en lang prosess med å innhente informasjon om fagprøven i helsearbeiderfaget og deretter bearbeide denne informasjonen, kom jeg fram til undersøkelsens problemstilling. Målet har hele tiden vært å oppnå en bedre kobling mellom teori om opplæring og empirien som kom fram ved den systematiske undersøkelsen av fagprøven i helsearbeiderfaget. Gjennom arbeidet har jeg som forsker beveget meg mellom teoretiske drøftinger og empiriske vurderinger – hvordan undersøkelsesresultatene skulle meningsfortettes og fortolkes om innholdet i fagprøven i helsearbeiderfaget. Det handlet om å identifisere problemområdet, som i denne sammenheng har vært helsearbeiderfaget, og komme fram til problemstillingen som handler om hva som kan studeres, hva jeg vil studere og hva som bør studeres (Grønmo, 2004a). Med dette som utgangspunkt var jeg interessert i å undersøke hva som kjennetegner planleggingen, gjennomføringen og innholdet i fagprøven og i hvilken grad det gir kandidaten mulighet til å vise sin yrkeskompetanse. Ved å undersøke fagprøven som er den avsluttende prøven i helsearbeiderfaget, har jeg

gjennom denne studien søkt å finne svar på følgende problemstilling:

I hvilken grad gir fagprøven kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget?

Helsearbeiderfaget er et nytt fag ved innføringen av Kunnskapsløftet i 2006 og følger fagopplæringsmodellen. Det betyr at helse- og omsorgstjenesten har ansvar for opplæringen i bedrift. Ved denne problemstillingen ønsker jeg å få belyst både rammefaktorene og innholdet og hva som vektlegges innholdsmessig i fagprøven i helsearbeiderfaget og kandidaten får vist sin kompetanse.

### **1.2.2 Avgrensning og presisering av problemstilling**

Problemområdet for forskningen er helsearbeiderfaget og fagprøven. Jeg velger å se dette i lys av styringsdokumentene for fagprøven som er hjemlet i opplæringsloven og læreplanen i helsearbeiderfaget Vg3 og helse- og omsorgstjenestens behov for kompetanse. Læreplanen for Vg3 helsefagarbeider beskriver innholdet for sluttvurderingen i faget, da det er kompetansemålene i faget som skal vurderes til fagprøven (Kunnskapsdepartementet, 2006).

Kandidaten avlegger fagprøven ofte på det siste stedet han har vært i læretiden i helse- og omsorgstjenesten i kommunen eller i sykehus. Prøvenemnda lager og godkjenner oppgaven i samarbeid med det tjenestestedet hvor kandidaten skal ta fagprøven. Kandidaten skal da få mulighet til å vise sin kompetanse i møte med brukere eller pasienter i en reell arbeid- og pasientsituasjon.

Kandidater som går opptil fagprøven kan være ungdommer som har rett til opplæring og voksne som tar fagprøven som praksiskandidater. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å intervju kandidater som tar fagprøven som lærlinger og som har meldt seg opp til fagprøven i helsearbeiderfaget. I tillegg intervjuet jeg medlemmer av prøvenemnder som deltar både i godkjenning av oppgaver til fagprøven i helsearbeiderfaget og i vurdering av fagprøver. Jeg ønsker dermed på den ene side å belyse hvilke rammefaktorer som styrer gjennomføringen av fagprøven ved offisielle

styringsdokumenter og på den annen side å undersøke hvilke kompetanse, arbeidsoppgaver og funksjoner som kandidaten planlegger, gjennomfører, vurderer og dokumenterer i fagprøven og hva prøvenemndene vektlegger i sin vurdering av fagprøven i helsearbeiderfaget.

Undersøkelsesenheter er oppgaver som er gitt til fagprøven, intervju av kandidater som skal gjennomføre fagprøven og intervju av prøvenemndsmedlemmer som godkjenner oppgaver og vurderer fagprøven.

Formålet med forskningen er å bidra til å øke forståelsen for rammer og innholdet i fagprøven i helsearbeiderfaget slik at denne innsikten kan danne grunnlag for å videreutvikle yrkeskunnskapen i faget i tråd med behovet for kompetanse i helse- og omsorgstjenesten.

### ***1.3 Presentasjon av oppgaven***

Innledningsvis er det gjort rede for studiens tema, problemstilling og hensikt. I kapittel 2 presenterer jeg studiens teoretiske referanseramme, tidligere forskning og offentlige utredninger. I kapittel 3 blir valg av metode presentert. I kapittel 4 presenteres analyser og funn. I kapittel 5 inneholder drøftinger. Kapittel 6 inneholder konklusjonen.

## 2.0 Fagprøven i helsearbeiderfaget

I dette kapitlet ønsker jeg å belyse de aktuelle styringsdokumenter for fagprøven i helsearbeiderfaget og relevante teorier og forskning som kan belyse problemstillingen. Dette er rammer for planlegging, gjennomføring, vurdering og dokumentering av fagprøven som denne undersøkelsen baserer seg på.

Jeg velger å se det fra to perspektiv hvor det ene er styringsdokumenter som er nedfelt i lover og forskrifter og det andre er teorier og forskning om fagopplæring det vil si i et yrkespedagogisk perspektiv.

Styringsdokumentene for fagprøven gir en forståelse for rammene for avviklingen av og innholdet i fagprøven. Rammene har betydning for kandidatens mulighet for å få vist sin kompetanse i helsearbeiderfaget og hvordan helsearbeiderfaget kommer til uttrykk. Avklaring av hva som ligger i begrepet kompetanse i læreplanen for opplæring i Vg3 i helsearbeiderfaget, danner utgangspunktet for vurdering. Dette skal avspeile og utdype undersøkelsens problemstilling og formål.

Formålet å utvikle faglig innsikt og forståelse og vise til teoretisk forankring for å belyse problemstillingen:

I hvilken grad gir fagprøven kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget?

### 2.1 Læreplaner

Den helhetlig kompetanse er forankret i den generelle læreplanen og den fagspesifikke læreplanen (*Lov av 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (Opplæringslova) (i kraft 1. august 1999)*, 1999).

#### 2.1.1 Fagspesifikke læreplaner

Læreplaner for fag har sin forankring i opplæringsloven § 1-1, som angir formålet med opplæringen. « Elevane og lærlingane skal utvikle kunnskap, dugleik og holdningar for å kunne meistre liva sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet. Dei skal få utfalde skaparglede, engasjement og utforskartrøng.»

Læreplanene definerer rammer for struktur, innhold og organisering av opplæringen og gir retningslinjer for individvurdering.

I videregående opplæring er sammenhengen mellom generell del og læreplaner for fag dekket i «Felles mål for faget», og det er formulert som mål for elevens eller lærlingens kompetanse. På den måten er læreplanens generelle del integrert i læreplaner for fag og defineres som elevenes «helhetlige kompetanse» (St. meld. nr. 030 (2003 - 2004), 2004).

De formelle læreplanene er forskriftsfestet og danner et forpliktende grunnlag for fagene. Læreplanene er styrende både for opplæringen og vurderingen (Opplæringslova, 2006).

Det eleven og lærlingen skal lære, fastsettes som mål for kompetanse. Kompetanse er forstått som hva personen gjør og får til i møte med utfordringene. Denne definisjonen har støtte i OECDs prosjekt DeSeCo (Definition and Selection of Competencies), som beskriver kompetanse som «evnen til å mestre en kompleks utfordring eller utføre en kompleks aktivitet eller oppgave». Denne funksjonelle definisjonen knytter kompetanse til det å kunne mestre utfordringer på konkrete områder innenfor utdanning, yrke, samfunnsliv eller på det personlige plan.

Opplæringen blir likevel ofte styrt av hva lærere og instruktører ”vet” om hva som er viktig å innlemme i opplæringa. I denne sammenheng er det lærere i skolen på Vg1 og Vg2 og instruktører i helse- og omsorgstjenesten på Vg3/opplæring i bedrift som ”vet”. Disse aktørene operasjonaliserer den formelle læreplanen til den lokale læreplanen. Prøvenemndene igjen tolker kompetansemålene i læreplanen når de skal vurdere fagprøven. Det betyr at her er det er rom for mange tolkninger. Hiim beskriver at planene i helse- og sosialfag i Vg1 og Vg2 har et ensidig teoretisk søkelys, og prinsippet om funksjonsbaserte mål i liten grad er fulgt opp (Hiim, 2013). I hvilken grad gir det da kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse ved å utføre komplekse aktiviteter eller oppgaver?

Engelsen viser til Lindensjø & Lundgren som sier at det er viktig å ha klart for seg at læreplandokumenter befinner seg på formuleringsarenaen (Engelsen, 2008). De beskriver en idealisert virkelighet og ofte fører rammefaktorer til at det er et gap mellom formuleringsarenaen og realiseringsarenaen.

Gjennom å undersøke oppgaven til fagprøven og hvordan den gjennomføres, ønsker jeg å belyse i hvilken grad det gir kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget.

Engelsen viser også til Goodlad som snakker om de såkalte læreplannivåer. De blir ofte brukt for å forklare den norske læreplanvirkeligheten. Her nevner jeg de tre områder som er mest relevant i denne sammenheng:

- Den formelle læreplan – det er læreplanen som kommer fra departementet og de politiske styringssignalene i den forbindelsen.
- Den implementerte læreplanen – den oversatte læreplanen.  
Det er undervisningen og lærebøkene slik læreplanen blir tolket.
- Den erfarte læreplanen  
Det er det som sitter igjen i hodene, hendene og hjertet på elevene/lærlingene.  
I denne sammenheng vil det være læringsutbytte kandidaten sitter med etter opplæringen og som kommer til uttrykk i fagprøven.

Med Kunnskapsløftet har læreplanene kompetansemål som er mer åpne enn tidligere, og de skal beskrive en funksjonsbasert sluttkompetanse også kalt læringsutbytte. Det faglige innholdet er dermed mer vagt formulert og gir rom for tolkning.

Jeg stilte meg derfor undrende til hvordan kandidaten ved gjennomføringen av fagprøven får mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget sett i lys av formålet med helsearbeiderfaget og hva prøvenemndene vurderer.

### **2.1.2 Læreplanen i helsearbeiderfaget**

Siden formålet med undersøkelsen er å øke forståelsen og kunnskapen om helsearbeiderfaget ved å undersøke planleggingen og gjennomføringen av fagprøven i helsearbeiderfaget, velger jeg å se fagprøven i lys av styringsdokumenter som er opplæringsloven for gjennomføring av fagprøven og læreplanen i faget. Den helhetlige kompetansen er beskrevet i læreplanen i helsearbeiderfaget Vg3 og er beskrevet som kompetansemål. En grunnleggende prinsipp i forbindelse med Kunnskapsløftet var at planer på alle nivåer skulle handle om funksjoner og arbeidsprosesser.



Helsearbeiderfaget består av følgende tre hovedområder: *Helsefremmende arbeid*, *kommunikasjon og samhandling* og *yrkesutøvelse*. Hovedområdene utgjør en helhet.

### *Helsefremmende arbeid*

Hovedområdet handler om hva levevaner, fysisk aktivitet og kosthold betyr for å forebygge sykdom og fremme fysisk og psykisk helse. Videre om profesjonell helsehjelp, pleie, omsorg og aktiviteter som fremmer mestring, helse, trivsel og livskvalitet. Her inngår grunnleggende sykepleie, praktiske hygienetiltak og forebygging av smitte. Videre å se sammenhenger mellom kroppens oppbygning og funksjoner og sykdomslære og kultur som helsefremmende og mobiliserende tiltak, helse, miljø og sikkerhet, førstehjelp og forebygging av belastningslidelser.

### *Kommunikasjon og samhandling*

Hovedområdet handler om hvordan kommunikasjon med mennesker kan fremme helse og sosial utvikling. Empati, respekt og toleranse som grunnleggende verdier for den enkeltes selvfølelse og integritet står sentralt. Videre inngår også ulike kommunikasjonsteknikker og konflikthåndtering, objektiv observasjon, korrekt tilbakemelding, relevant regelverk om taushetsplikt og personvern.

### *Yrkesutøvelse*

Hovedområdet handler om hvordan det helhetlige menneskesyn kan ivaretas. Planlegging, gjennomføring, dokumentasjon og vurdering av eget arbeid inngår i hovedområdet. Det handler videre om relevant regelverk og yrkesetiske retningslinjer. Helsefagarbeiderens rolle og ansvar i samarbeid med andre yrkesgrupper står sentralt. Videre om ulike planer som brukes i

helse- og sosialsektoren, dokumentasjon og gjennomføring av helse-, omsorgs- og sosialtiltak.

Disse tre hovedområdene skal utfylle hverandre og må ses i sammenheng (Læreplan for Helsearbeiderfaget Vg3/bedrift).

I følge læreplanen er fagprøven sluttvurderingen i faget, og den skal normalt gjennomføres innenfor en tidsramme på fem virkedager.

Kompetansemålene skal fungere som et redskap for å sikre nasjonal standard i fag- og yrkesopplæringen. Kompetansemålene i helsearbeiderfaget Vg3 er de som er gjenstand for vurdering i den avsluttende fagprøven.

Hiim refererer til at kompetansemålene på Vg1 og Vg2 er teoretiske.

Kompetansemålene på Vg3 viser seg i stor grad å være funksjonsrettet, som: tilberede måltider, planlegge, gjennomføre og vurdere forebyggende og rehabiliterende pleie- og omsorgstiltak, iverksette og begrunne tiltak ved sykdom og skade i samarbeid med andre yrkesgrupper, utføre grunnleggende sykepleie, pleie alvorlig syke og døende, følge gjeldende regelverk for hygiene på arbeidsplass, planlegge og gjennomføre tiltak som fremmer trivsel og bidrar til økt livskvalitet, utføre førstehjelp, utføre arbeidet på en måte som vekker tillit, skaper troverdighet og positiv dialog med bruker, pasient og pårørende, kommunisere med brukere og pasienter, observere og rapportere den enkelte brukers helhetlige behov, følge gjeldende regelverk for taushetsplikt og personvern i helse- og sosialsektoren, veilede brukere, pasienter og pårørende i helsefaglige spørsmål, bruke ulike strategier for konflikthåndtering, håndtere aggressive og truende personer, planlegge, gjennomføre, dokumentere og vurdere eget arbeid og foreslå forbedringstiltak, identifisere underernæring og feilernæring og foreslå tiltak for å forebygge og behandle disse, yte profesjonell helsehjelp i tråd med gjeldende regelverk, utføre arbeidet i tråd med yrkesetiske retningslinjer, utføre arbeidet på en måte som ivaretar den enkelte brukers selvstendighet, følelse av likeverd og tilhørighet, følge gjeldende regelverk for bruk av tvang, delta i tverrfaglig samarbeid, ivareta brukermedvirkning, kartlegge brukerens funksjonsnivå og bistandsbehov, og gjennomføre tiltak i samhandling med brukeren

## **2.2 Fagprøven**

I fag- og yrkesopplæringen er fag- og svenneprøven en sluttvurdering for alle fag som fører fram til fag- og svennebrev etter hovedmodellen som er to år i skole + to år i arbeidslivet. Ansvar for opplæringen er delt mellom den offentlige opplæringen i videregående skole som er fylkeskommunen og arbeidslivet.

Svenneprøver har lange tradisjoner i fagopplæringen som en dokumentasjon på fagkompetanse. Betegnelsen svenneprøve har sin opprinnelse i de gamle håndverksfagene, der de gikk sin læretid som svenn. Tradisjonen er videreført i nyere fag gjennom fagprøve. I dag er det ingen forskjell på fag- eller svennebrev som dokumentasjon.

Fag- eller svenneprøven markerer avslutningen på et godkjent opplæringsløp som i hovedmodellen består av to år i skole og to år læretid i bedrift. Fagbrevet eller svennebrevet er en dokumentasjon på at personen har den kompetanse som er beskrevet i læreplanen.

### **2.2.1 Fagprøvens formelle rammer**

Med formelle rammer mener jeg det som er nedfelt i lov og forskrift, det vil si styringsdokumenter. I denne sammenheng er det opplæringslova med forskrift og læreplanen for det enkelte fag som regulerer gjennomføringen av fag- og svenneprøver.



I følge opplæringsloven §3-3 (Opplæringslova, 2006)

”Sluttvurderinga skal gi informasjon om kompetansen til eleven,

lærlingen/lærekandidaten ved avslutninga av opplæringa i fag i læreplanverket”.

Sluttvurdering i videregående opplæring og fagprøven uttrykkes i form av karakter med en tredelt skala: *bestått meget godt, bestått og ikke bestått*.

Fylkeskommunen har ansvaret for at fag- og svenneprøven blir gjennomført i samsvar med opplæringsloven og læreplanen i faget. Fag- og svenneprøven skal som hovedregel gjennomføres ved slutten av opplæringstida og skal normalt være avsluttet senest innen to måneder fra dette tidspunktet.

Prøven skal gjennomføres i den bedriften hvor lærlingen har hatt hoveddelen av opplæringa. Dersom prøven blir gjennomført i lærebedriften, skal prøven tilpasses virksomheten i bedriften. Fylkeskommunen kan, etter å ha innhenta råd fra prøvenemnda, bestemme at prøven skal holdes et annet sted.

Fagprøven skal gi lærlingene anledning til å vise hva de kan ved avslutningen av opplæringen (Opplæringslova, 2006).

I helsearbeiderfaget blir fagprøven gjennomført i bedriften; det vil si enten i helse- og omsorgstjenesten i kommunen som er sykehjem, hjemmesykepleie eller bolig for personer med psykisk utviklingshemming eller i sykehus. Prøven foregår i reelle arbeidssituasjoner hvor kandidaten, i møte med pasient/bruker, skal vise sin helhetlige kompetanse knyttet til planlegging, gjennomføring, dokumentasjon og vurdering av eget prøvearbeid (forskrift til opplæringslova § 3-57). Fagprøven er den formelle ramme hvor kandidaten skal få mulighet til å få vist sin kompetanse i helsearbeiderfaget.

### **2.2.2 Prøvenemnda**

Prøvenemnda for fag- eller svenneprøve blir oppnevnt og administrert av fylkeskommunen, jf. opplæringslova § 4-8. Den skal ha minst to medlemmer som har formell faglig kompetanse innenfor fagområdet, og så langt det er mulig ha oppdatert arbeidslivserfaring i faget. Fylkeskommunen skal sikre at det blir tilfredsstillende vurderingsfaglig kompetanse i prøvenemnda.

Fylkeskommunen skal hente inn forslag til medlemmer i prøvenemnda fra partene i arbeidslivet. Fylkeskommunen kan om nødvendig hente inn forslag også fra andre. Medlemmene må normalt være eksterne i forhold til lærebedriften eller skolen der kandidaten har fått opplæring.

I dette arbeidet skal prøvenemndene forholde seg til gjeldende lover og forskrifter på utdanningsområdet, samtidig som de skal formidle arbeidslivets faglige normer og krav. Blir prøven bestått, får kandidaten tildelt sitt fagbrev, der det framgår at «prøvenemnda har bekreftet at kandidaten har den ferdighet og kunnskap som kreves for faget».

### **2.2.3 Utforming av fag- og svenneprøve**

Prøvenemnda har ansvaret for utforminga av fag- og svenneprøven. Lærebedriften, eventuelt skolen som alternativ til opplæring i bedrift, kan komme med forslag til arbeidsoppgaver (Opplæringslova).

Fag- og svenneprøven skal prøve kandidatens kompetanse i faget slik den er beskrevet i læreplanen for opplæring i bedrift i lærefaget. Alle kompetansemåla i læreplanen for faget skal kunne prøves. Arbeidsoppgavene i prøven skal reflektere krava til faglig kompetanse. Prøvenemnda har ansvar for at kandidatens kompetanse i faget blir prøvd på en forsvarlig måte.

I følge opplæringsloven skal oppgaven klart definere innholdet i det en forventer av kandidaten sitt arbeid. Innenfor ramma av kompetansemålene i læreplanen skal oppgaven prøve kandidaten i

- a) planlegging av arbeidet og begrunnelse for valg av arbeid
- b) gjennomføring av et faglig arbeid
- c) vurdering av eget prøvearbeid
- d) dokumentasjon av eget prøvearbeid

Omfanget av prøven skal være klart definert og innenfor den tidsramma som er fastsatt i læreplanen.

Prøvenemnda kan i en oppsummerende samtale til slutt stille spørsmål til faglig avklaring.

Opgaven må utformes slik at den gir kandidaten reell mulighet til å utføre et kvalitetsmessig godt arbeid innenfor fastsatt tidsramme. I tillegg til oppgaven, skal prøvenemnda samtidig utarbeide et grunnlag for vurdering av kandidaten sitt arbeid

med fag- eller svenneprøven. Hovedpunktene i grunnlaget skal være tilgjengelig for kandidaten (Opplæringslova, 2006).

I et yrkespedagogisk perspektiv synes det i tillegg formålstjenlig at fagprøven er et speil av opplæringa i helsearbeiderfaget, en situasjon som er gjenkjennbar for kandidaten og hvor han får mulighet til å vise sin yrkeskompetanse.

#### **2.2.4 Gjennomføring av fag- og svenneprøve**

Prøvenemnda skal være på prøvestedet ved prøvestart og prøveslutt. Den skal utføre nødvendig inspeksjon og vurdering av kandidaten sitt arbeid i prøveperioden og ved prøveslutt. Fylkeskommunen er ansvarlig for at det blir ført tilsyn under hele prøveperioden. Prøvenemnda kan ikke delegere ansvar for vurdering til tilsynspersonen.

Ved prøvestart skal prøvenemnda levere oppgaven til kandidaten. Prøvenemnda skal føre protokoll der de ulike sidene ved gjennomføringen av fagprøven blir dokumenterte. Prøveprotokollen skal være så utfyllende at den kan gi et godt bilde av selve prøvegjennomføringen i en eventuell klagebehandling (Opplæringslova, 2006).

#### **2.2.5 Vurdering av fagprøven**

Prøvenemnda skal vurdere kandidatens kompetanse slik den er dokumentert gjennom fagprøven og fastsette karakter.

Karakteren skal gi uttrykk for i hvilken grad kandidaten har nådd måla i læreplanen for faget som kandidaten er prøvd i.

Ved vurderinga skal den tredelte skalaen som er fastsett i § 3-4 sjette ledd, brukes (Opplæringslova, 2006) :

Bestått meget godt – Meget tilfredsstillende måloppnåelse i faget

Bestått – Tilfredsstillende måloppnåelse i faget

Ikke bestått – Meget svak eller ingen måloppnåelse i faget

Fylkeskommunen bestemmer ved oppnevningen hvem av medlemmene i prøvenemnda som skal avgjøre karakteren, dersom det er uenighet når stemmetallet er likt.

Vurdering av fagprøven har til hensikt å informere samfunnet, arbeidslivet og høyere utdanningsinstitusjoner om hvilken kompetanse lærlingen har oppnådd. Det er en del av et kvalitetsvurderingssystem for skole og lærebedrift.

## **2.3 Kompetanse i helsearbeiderfaget**

Det er kandidatens yrkeskompetanse som skal prøves i fagprøven slik det uttrykkes i læreplanen i Vg3. Yrkeskompetanse omfatter evnen til å utføre fagarbeid i et yrke og løse sammensatte utfordringer knyttet til enkelte arbeidsoppgaver eller yrkesutøvelsen som en helhet. ”Videre omfatter det forståelsen for utøvelsen av yrket, yrkets funksjon i samfunnet og dets kultur, tradisjon og utvikling ” (Haaland & Nilsen, 2013). Det er den kompetansen som lærlingen erverver seg gjennom opplæring i skole og bedrift. Yrkeskompetanse er en praktisk, dagsaktuell og fremtidsrettet kompetanse. Kompetansen i helsearbeiderfaget som er beskrevet i læreplanen for Vg3 i faget, skal være gjenstand for fagprøven, og gi mulighet for kandidaten til å vise sin helhetlige kompetanse i faget. Denne kompetansen vil da også være det som kjennetegner kandidatens kompetanse i helsearbeiderfaget, siden dette er den avsluttende prøven i helsearbeiderfaget.

Fag- og svenneprøven skal gi kandidaten muligheten til å vise sin kompetanse så bredt som mulig i forhold til Vg3-planen for faget. Kompetanse er evnen til å møte komplekse utfordringer. Begrepet stammer fra den latinske betegnelsen *competentia*, som betyr sammentreff eller skikkethet. Det er oppgavene eller kravene individet, virksomheten eller samfunnet står overfor, som er avgjørende for hvilken kompetanse som kreves. Kompetansebegrepet er kontekstuell og gir mening bare i en sammenheng. Fagprøven i helsearbeiderfaget blir gjennomført i konteksten som er helse- og omsorgstjenesten i kommunen; i sykehjem eller hjemmesykepleien eller i sykehus i en reell arbeidssituasjon hvor kandidaten har ansvar for en eller flere pasienter og blir tildelt arbeidsoppgaver. Kandidaten skal planlegge, gjennomføre, vurdere og dokumentere tiltak i forhold til pasientens situasjon og andre arbeidsoppgaver han har fått tildelt. I Kunnskapsløftet er kompetanse forstått som hva man gjør og får til i møtet med utfordringer (St. meld. nr. 030 (2003 - 2004), 2004).

Yrkene og arbeidsoppgavene endrer seg som en del av den samfunnsmessige og teknologisk utvikling. Yrkesutøveren selv tar mer eller mindre aktivt del i denne utviklingen. Dette innebærer at læringskompetanse og evne til å utvikle egen yrkesutøvelse blir en viktig del av yrkeskompetansen (Hiim, 2013).

Helsefagarbeideren står i direkte møte med pasienten og brukeren, og mye kan stå på spill og pasienten har krav på kompetent hjelp. Helsefagarbeideren må bygge opp en kunnskapsbase samtidig som han bygger opp en evne til relevansvurdering; det vil se

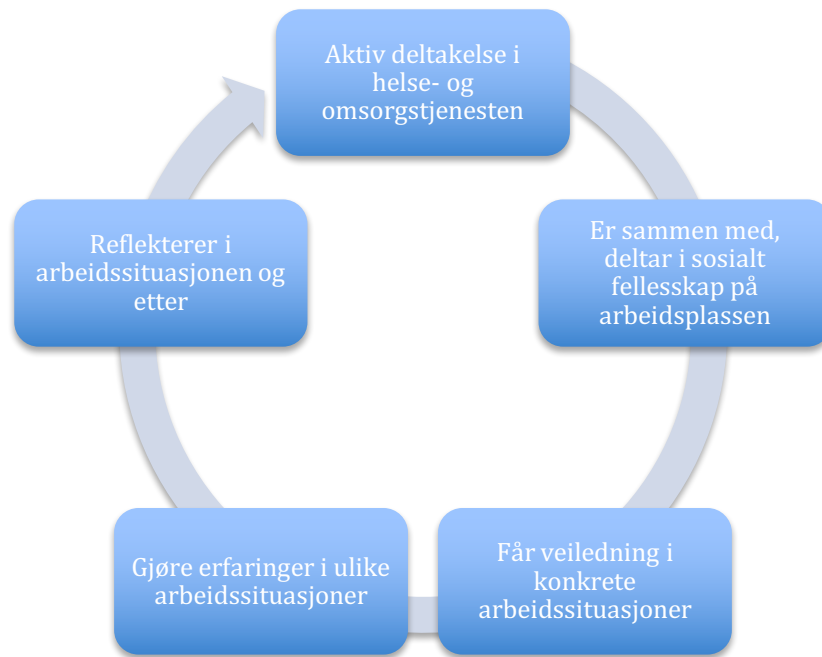
evnen til raskt å oppfatte hva som er det viktigste og mest presserende i hvert enkelt møte med pasienten. ”Relevansproblemer i yrkes- og profesjonsutdanning kan ha sammenheng med innholdsfokusert og teoretisk opplæring” (Hiim og Hippe, 2001, s. 37).

Kristin Heggen (Benner, Heggen, Thorbjørnsen, & Kjerland, 2010) s. 14) forteller i *Å utdanne dyktige sykepleiere* at for å bli en dyktig sykepleier kreves evnen til klinisk fantasi og relevansvurdering. Det samme synes å ha overføringsverdi til opplæring av helsefagarbeidere fordi faget består i å hjelpe og utføre sykepleie til personer som trenger hjelp, og å forstå og håndtere situasjonen der og da. For å kunne sette seg inn og forstå pasientens situasjon kreves det evne til å sette seg inn i pasientens muligheter, ressurser og begrensninger. Det dreier seg om å forestille seg og tenke seg hvordan situasjoner kan bli annerledes. Relevansvurdering er evnen til å aktivere den type kunnskap som er relevant i de ulike situasjonene. Det betyr at den praktiske læringen er grunnleggende. Tankegangen bygger på studiene til Lave og Wenger om den situerte læringen, *apprenticeship learning*. Det brukes her som evne til å integrere kunnskaper, holdninger og ferdigheter. I praktisk profesjonell yrkesutøvelse framstår kompetanse som en helhetlig praktisk-teoretisk kompetanse. En fagprøve i helsearbeiderfaget skal gi muligheten til å vise denne kompetanse.

Det er en tendens til at arbeid, yrkesutøvelse og utdanning blir oppfattet som instrumentelle prosesser som skal kontrolleres og måles objektivt. Både yrkesutøver og elever blir preget av en slik tendens – dyktighet blir avhengig av målte resultater. Innenfor den yrkesfaglige læringstradisjonen har en vært opptatt av at elevene skal utvikle forståelse av yrkesrelevante teorier og begreper i nærest mulig tilknytning til og som en del av den praktisk yrkesutøvelse. For eksempel i opplæringen i helsearbeiderfaget er *omsorg* et sentralt begrep. Det er mange teorier om omsorg, men det kan være vanskelig å forstå hva begrepet inneholder. Pragmatisk filosofi ser erfaring og språk som en prosess, hvor begreper blir utviklet gjennom aktiv deltakelse i praktiske kontekster. Yrkesbegreper blir utviklet i konkrete situasjoner i profesjonell praksis. Ved å gå sammen med andre helsefagarbeidere i praksis og få veiledning, delta i det sosiale fellesskapet og delta i faglige diskusjoner vil helsefagarbeideren gradvis forstå hva omsorg er og vise det gjennom praktisk handling. Læring gjennom praksisfellesskap og veiledning har stor betydning; læring gjennom situert læring



(Nielsen, 1999). Begreper og fenomener får mening relatert til funksjoner og arbeidsoppgaver.



Hiim og Hippe (Hilde Hiim, 2011) viser også til at det i de senere årene har det vært mange diskusjoner om profesjonsutdanning hvor diskusjonen har vært knyttet til begrepet taus kunnskap og til begrepene praksis og teori. Det blir påpekt at den profesjonelle virkelighet er mer kompleks og nyansert enn det som kan favnes i generelle teorier. Utvikling av yrkeskompetanse krever praktisk yrkeserfaring og erfaring med utøvelse av skjønn.

Kari Martinsen er en viktig premissleverandør til utvikling av utdanning for helsepersonell i Norge. For henne er helseutdanning nær knyttet opp mot den kultur og de verdier som gjelder i det samfunn utdanningen er knyttet til. Bare i situasjoner på arbeidsplassen og nær den syke, kan eleven/lærlingen oppleve atmosfærer og stemninger, stillhet når ord er unødvendige, gode holdninger og handlinger og positiv og god kommunikasjon, som virker godt på den som er tynget av sykdom og lidelse. Kari Martinsen berører yrkespedagogikkens grunnprinsipper når hun beskriver yrkesopplæringen i praksis som situasjonsorientert, opplevelsesorientert, erfaringsorientert, den er knyttet til arbeidsfellesskap, eleven/lærlingen deltar i

utøvelsen av pleien, er aktiv i læringen, og der er en veileder eller mester som viser vei. Slik praktisk kunnskap og fortrolighetskunnskap kan bare læres på «arbeidsplassen» og kan kalles «workes based learning» og «situated learning». Pasientens livssituasjon utfordrer pleierne til å bli gode og stadig bedre i den praktiske kunnskapen. Men pasientens sykdom- og livssituasjon utfordrer også helsepersonell til å sette seg godt inn i den faglitteratur som omhandler den sykdom pasienten har. For å kunne gi pasienten god omsorg og pleie kreves god teoretisk kunnskap om forebygging, symptomer og behandling, kunnskap som må leses, tolkes og forstås og anvendes til pasientens beste. Her er ingen vanntette skott , men glidende overganger mellom det praktiske og teoretiske. Praksis kan utfordre til faglig fordypning (Yrkespedagogiske perspektiver (2015) s. 39 & 40).

Dreyfus & Dreyfus snakker om læring som en prosess som går igjennom ulike stadier fra novise til ekspert. Brødrene blir kritisert for at de ikke relaterer det til en kontekst.

### **2.3.1 Yrkeskunnskap**

Vi utvikler ny kunnskap og øker vår kompetanse gjennom å reflektere over og analysere de erfaringene vi gjør. Noe som også er intensjonen med å søke svar på min problemstilling:

I hvilken grad gir fagprøven kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget?

Yrkeskunnskapen blir beskrevet som all relevant kunnskap som brukes i yrkesutøvelsen, og er noe annet og mer enn bare anvendelse av teori og oppskriftsbaserte prosedyrer. Yrkeskunnskap består av en helhetlig kunnskap sammensatt av handling, forståelse, språk og følelser som har sitt utspring i selve yrkesutøvelsen. (Hiim & Hippe, 2001).

I følge Hiim (2013 s. 46) er det de siste tiårene stilt mange spørsmål om hva yrkeskunnskap er, siden elever og studenter har klaget over at opplæringen ikke er

tilstrekkelig relevant, og at de får et praksissjokk når de kommer ut i arbeid. Blant annet er kritikken at det bygger på et smalt, til dels teknologisk kunnskapsbegrep og nødvendigheten av å utvide kunnskapsbegrepet er blitt framhevet. Et smalt teoretisk kunnskapsbegrep bygger på en oppfatning at virkelighetene kan ”avbildes” gjennom mentale strukturer og begreper som uttrykkes gjennom verbalspråk (Hilde Hiim, 2011). Det betyr at teori og praksis blir ansett for å stå i en form for en-til-en-forhold. Yrkes- og profesjonskunnskap vil da si teori i form av regler og prosedyrer for praksis. Helsearbeiderfaget oppfattes i en slik sammenheng som om det består bare av prosedyrer som å måle kroppstemperatur, måle blodtrykk, re senger og utføre håndhygiene. Pasienter med samme sykdom som for eksempel diabetes, KOLS og hoftebrudd vil i en slik sammenheng behandles etter faste regler lært i teorien uavhengig av det enkelte menneskets situasjon. Rasjonell praksis er med dette utgangspunktet styrt av regler og prosedyrer og teorier. Det er med andre ord et skille mellom kunnskap og ferdigheter som tilsvarer et skille mellom teori og praksis. Teori kan læres i skole, mens anvendelsen læres i praksis.

Mye av yrkeskunnskapen er ikke-verbal og omfatter tilegnelse av ferdigheter og håndlag. Å forstå pleie handler om å utføre god pleie, det handler primært ikke om å kunne om sykdommer i teorien, men intuitivt å gjøre det situasjonen krever som er å anvende kunnskapen om sykdommen i den aktuelle situasjonen.

Schøn kritiserer det teknologiske kunnskapsbegrepet, og mener det er utilstrekkelig med tanke på yrkeskunnskap fordi faget består av mer enn regler og prosedyrer.

Schøn trekker også fram forskjellen på å kunne *hvordan* og vite *at*. En dyktig yrkesutøver kan mer enn hun kan si med ord. Schøn mener at ”yrkeskunnskap består av et komplekst samspill mellom ferdigheter relatert til sanseforhold – øyne, ører, berøring, bevegelser og begreper og forståelse, og dette utgjør komplekse helheter” (Hiim og Hippe, 2001 s. 65). I sine studier viser han hvordan kunnskapen kommer til syne i handling, og hvordan utøveren reflekterer i handling og over handling.

Ingela Josefson anvender også begrepet ”påståendekunnskap” og ”førtroghetskunnskap” for å karakterisere kunnskapsdimensjonene teori og praksis. Dette bygger hun på Gilbert Ryles begrep *know that* respektive *know how*, som kan oversettes med å vite at og hvordan (Carlsson, Gerrevall, & Pettersson, 2007). Påstandskunnskap er upersonlig og objektiv, og den baserer seg på fakta som er etterprøvbare. Den framstår som generell og i denne sammenheng kan det være faktakunnskap om hygiene og sykdomslære. Fortrolighetskunnskapen er personlig.

Mye av denne kunnskapen har ingen eksakt språklig uttrykksform. Det er lagrede erfaringer som er samlede erfaringer, som er et kroppsliggjort minne fra en handling i ulike typer situasjoner. Det er den tause kunnskap, som gjør at når vi neste gang står i en lignende situasjon vet vi hvordan vi skal håndtere situasjonen.

I denne sammenheng er yrkeskunnskap å betrakte som et *utvidet kunnskapsbegrep*, i et prosessperspektiv, der det er snakk om en prosess som stadig utvikler seg i et spenningsforhold mellom praktiske utfordringer, refleksjoner over gjennomføring og utvidelse av forståelsen. Det fører til at det blir en helhetlig prosess der handlingsaspekt, forståelsesaspekt og følelsesaspekt virker sammen (Hiim og Hippe). Fagprøven i helsearbeiderfaget gjennomføres i et spenningsfelt med ulike praktiske situasjoner, kandidatens refleksjon over gjennomføringen og en utvidet forståelse av faget.

Forholdet mellom profesjoner, semi-profesjoner og yrker kan sees i lys av denne type kunnskapsbegrep. Schön (1988) påpeker at en tradisjonell oppfatning har vært at en ekte profesjon har forskning og kunnskapsutvikling som er direkte relatert til virksomheten. Medisinerprofesjonen og psykologprofesjonen er eksempler på dette. Gjennom forskning relatert til profesjonen er det utviklet teori som kan gi anvisninger for profesjonsutøvelsen. Utdanningen er langvarig og har et relativt stort teoretisk grunnlag. En semiprofesjon kan anses som en praktisk virksomhet som må nøye seg med teori som primært er utviklet for de ekte profesjonene, og teori fra konvensjonelle akademiske disipliner. Dette har delvis vært tilfelle for lærerprofesjonen, sykepleierprofesjonen, vernepleiere, ingeniører på lavere nivå. Disse henter teori fra for eksempel psykologi, medisin, kjemi osv. Et yrke blir med denne type utgangspunkt oppfattet som en praktisk virksomhet som ikke trenger forskning og teori, siden det primært dreier seg om ren ferdighetsutøvelse. Det er imidlertid en økende forståelse av at kvalifisert fagarbeid også trenger teoretisk kunnskap. Det er noe uklart hva denne teorien skal bestå i fordi fagene ofte tar utgangspunkt i beslektede profesjoner eller semiprofesjoner som her sykepleier og generelle vitenskapsprofesjoner (Hiim, 2013). Det er mangel på yrkesteoritiske begreper i faget. Innholdet kan derfor synes noe tilfeldig og der kan oppstå relevansproblemer da det ikke er sammenheng mellom utdanningsinnhold og yrkesinnhold. I følge Hiim er eksempelvis målene for helse- og omsorgsfag Vg1 og Vg2, i liten grad funksjonsbasert, men teoretiske (Hiim, 2013). Siden

helsearbeiderfaget er nytt med Kunnskapsløftet, ønsker jeg å få belyst yrkeskunnskapen gjennom hvordan den kommer til uttrykk gjennom den kompetanse kandidaten viser i fagprøven i helsearbeiderfaget.

Siden helsearbeiderfaget er et nytt fag, velger jeg å se at faget fortsatt er på en dannelsesreise for å finne sitt ståsted. Dannelse er mer enn utdanning, det er først når utdanning ses i lys av det samfunn, den kultur og den tradisjon den er en del av. I Pål Walstads doktorgrad om dannelse viser han til Kari Martinsen om at fagkunnskapen ikke måtte løsrives fra praksiskunnskapen eller fra den hverdag og livssammenheng hvor livet leves s. 249 i (Walstad, 2006).

Ut i fra et yrkespedagogisk perspektiv skal fagprøven være et speil av opplæringa i skole og bedrift. På grunn av de kontinuerlige endringer i samfunnet, vil stort sett alle lærefag til enhver tid være i utvikling.

### **2.3.2 Yrkespedagogikk**

I studieplanen for masterstudiet i yrkespedagogikk beskrives yrkespedagogikkens egenart i at den omhandler og er forankret i yrkesutøvernes arbeidsoppgaver, arbeidsprosesser og produksjonsprosesser (HiAK 2011, s.3). Videre i samme dokument beskrives det at yrkespedagogikkens rolle består i å bidra til at oppgaver og prosesser i arbeid og produksjon synliggjøres, settes ord på, dokumenteres, systematiseres, reflekteres over, drøftes, læres, og utvikles videre. Yrkespedagogikk har sin egenart i at den omhandler og er forankret i yrkesutøvernes arbeidsoppgaver, arbeidsprosesser og produksjonsprosesser.

Som yrkespedagog er det en sentral rolle å bistå i at arbeidsoppgaver i helsearbeiderfaget blir synliggjort, settes ord på, dokumenteres, reflekteres over drøftes, læres og utvikles videre som i denne sammenheng vil belyses ved å undersøke planlegging og gjennomføring av fagprøven i helsearbeiderfaget.

### **2.3.3 Forskning om gjennomføring av fagprøver**

Det foreligger generelt lite systematisk forskning om gjennomføring av fagprøver og det samme gjelder fagprøven i helsearbeiderfaget. Imidlertid i 2011 gjennomførte

HIOA, Fafo og NIFU på oppdrag fra Utdanningsdirektoratet, en kartlegging av hvordan fag- og svenneprøver ble gjennomført etter Kunnskapsløftet (Fafo, 2011). Målet var øke kunnskapen om prøvenemndenes viktige rolle i fag- og yrkesopplæringen siden kvalitet i fagopplæringen er på agendaen både nasjonalt og internasjonalt. Generelt er prøvenemndenes faglige profil og graden av enighet om faglige vurderinger varierende fra fag til fag. Dette må ses i sammenheng med fagenes ulike karakter, historiske utvikling og forankring i arbeidslivet. Avstanden er stor mellom håndverksfagene på den ene siden og et ganske nytt fag som helsearbeiderfaget på den andre siden. I håndverksfag med flere hundre år gamle tradisjoner, har prøvenemndene i stor grad samme type fagbakgrunn. Det betyr også at det er lettere å enes om «hva faget er» og hva som kreves for å kunne utøve yrket. Helsearbeiderfaget er på sin side preget både av at det er nytt og at prøvenemndsmedlemmene har ulik fagbakgrunn. De er litt prøvende til hva faget er, eller skal bli og hva som bør være minstekrav for å bestå en fagprøve (Fafo, 2011).

Det generelle inntrykket som formidles er likevel at forholdet mellom fylkeskommunen og prøvenemndene i stor grad er basert på et gjensidig tillitsforhold. Prøvenemndene forholder seg til fylkeskommunens retningslinjer og til formelle bestemmelser knyttet til prøveavvikling og dokumentasjon. Samtidig som prøvenemndene opplever at de blir vist stor tillit i faglige spørsmål. Det viser seg at mange av prøvenemndslederne har lang erfaring med prøvenemndsarbeid. Hovedinntrykket er at prøvenemndene forholder seg til gjeldende retningslinjer, samtidig som mye tyder på at det tar tid før endringer i begrepsbruk i forbindelse med innføringen av en ny reform også får gjennomslag for prøvenemndenes arbeid. Samtidig som prøvenemndene selv oppfatter at de gjennomfører prøvene i samsvar med gjeldende regler, viser intervjuene at det er rom for så vel faglig skjønn som lokale tilpasninger når det gjelder forberedelse, gjennomføring og vurdering av fag- og svenneprøvene. Forskjellene gjelder blant annet hva som dokumenteres, hvem som er til stede før og under prøven, involveringen av bedriftene, bruk av prøvested og tilsynsperson og det konkrete innholdet i prøvene. Slike forskjeller finner vi mellom fagene, men også innad i det enkelte fag. Gjennom intervjuene formidles et inntrykk av at prøveavviklingen er preget av godt begrunnede og velprøvde ordninger (Fafo, 2011).

Samtidig som prøvenemndene føler et ansvar overfor fylkeskommunen, gir de også uttrykk for at forpliktelsen og motivasjonen for prøvenemndsarbeidet først og fremst er knyttet til det ansvaret de føler for faget. Når det gjelder den faglige bedømmelsen er det ingen tvil om at det utøves stor grad av faglig skjønn. Dette skjønnet bygger på egen erfaring så vel som på etablerte normer og på diskusjon og refleksjon om fagets utvikling. Når det gjelder de grunnleggende vurderingskriteriene i faget, er hovedinntrykket at det er stor grad av enighet mellom prøvenemndene. Samtidig er det verdt å merke seg at prøvenemndene selv på ingen måte tar denne enigheten for gitt (Fafo).

Rapporten viser at prøvenemndenes faglige profil og graden av enighet om faglige vurderinger varierer fra fag til fag. Avstanden er stor mellom de tradisjonelle håndverksfagene og det nye helsearbeiderfaget. Helsearbeiderfaget er preget av at det er et nytt fag og at prøvenemndsmedlemmene har ulik fagbakgrunn. De er litt prøvende til hva faget er, og hva som bør være minstekrav for å bestå en fagprøve. Alle informantene hadde imidlertid deltatt på kurs for prøvenemndsmedlemmer hvorav de fleste har vært generelle, ikke spesielle. Et fylke hadde tatt initiativ til et veilederkurs i regi av universitetet. Informantene uttrykte at de savnet mer fagspesifikke prøvenemndskurs. Kun et av fylkene hadde arrangert møter i forbindelse med overgangen fra omsorgsarbeiderfag til helsearbeiderfaget. Overgangen fra omsorgsarbeiderfaget til helsearbeiderfaget medførte i følge informantene til en dreining mot sykepleie og sykdomslære, og mindre vekt på aktivisering og bomiljø; en dreining mot det tradisjonelle hjelpepleieryrket. Informantene uttrykte en usikkerhet, men en åpenhet om hva det nye består i, eller om faget egentlig vil bety så mye for oppgaveutførelse, oppgavefordeling og samhandling i arbeidsfeltet (Fafo, 2011).

## ***2.4 Dagens og morgendagens utfordringer i helse- og omsorgstjenesten***

Opplæringen av helsefagarbeidere må sees i lys av behovet for kompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Innholdet i opplæringa vil påvirke dannelsen av helsearbeiderfaget og kandidatens yrkesidentitet.

### **2.4.1 Dagens og morgendagens behov for kompetanse**

Helsefagarbeiderens faglige kompetanse er beskrevet i læreplanen for Vg3 i helsearbeiderfaget (Utdanningsdirektoratet, 2006). Opplæringa må ta høyde for de stadige endringene i helse- og omsorgstjenesten og at helsefagarbeideren innehar en kompetanse som er relevant både i dag og i framtid noe som viser seg som viktig for motivasjonen for faget. I følge helsepersonelloven §4, har helsefagarbeideren i enhver sammenheng en plikt til å utføre arbeidet sitt på en faglig forsvarlig måte (Helsepersonelloven, 1999).

Helse- og omsorgstjenestene står overfor store oppgaver framover. Befolkningens alderssammensetning endres og kompleksiteten i oppgaveløsningen vil øke.

De siste 20 år har ikke tallet på eldre brukere økt. Veksten har vært størst blant brukere under 67 år, med fokus på langvarige og kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelse og psykiske og sosiale problemer.

De nærmeste årene er det sannsynligvis tallet på brukere i aldersgruppen 67-79 år som vil vokse, mens den sterke veksten i aldersgruppen over 80 år først kommer om 10-15 år. Da vil også utfordringene knyttet til demens vokse tilsvarende.

Framtidas brukere vil ha andre ressurser å møte sykdom, funksjonsnedsettelse og problemer med. Ikke minst gjelder dette de nye generasjoner eldre som vil leve lenger og møte alderdommen med bedre økonomi, høyere utdanning, bedre helse og helt andre materielle forhold enn noen generasjon før dem. En 80-åring i 2000 og en 80-åring i 2030 vil derfor ikke være det samme. Derfor vil framskriving av behov også være en utfordring.

For å være bedre rustet til å møte morgendagens behov må det i større grad utvikles tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering.

Morgendagens omsorgstjeneste skal legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv, for at lokalsamfunnets innbyggere mobiliseres på nye måter og blir ressurser for hverandre, for at velferdsteknologi blir en ressurs for brukere som dermed får bedre muligheter til å mestre hverdagen, og for at ressursene hos ideelle og frivillige organisasjoner videreutvikles og tas i bruk på nye måter. Disse ressursene er ikke nye, men det er først når vi systematisk trekker inn ulike aktører i utforming og produksjon av tjenestene at nye løsninger oppstår (Meld. St. 29 (2012 – 2013), 2013) s. 19).



### **2.4.2 Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen i helse- og omsorgstjenesten ble innført fra 01.01. 2012. Intensjonen med reformen var at den skal gi helsetjenesten ny retning. Målet er å forebygge framfor å reparere, og tidlig innsats framfor sen innsats. I tillegg er hensikten å få de ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen, og flytte tjenesten nærmere der folk bor. Det vil si flere oppgaver som før ble utført på sykehus skal kunne utføres i kommunen. Utskrivningsklare pasienter skal dag en skrives ut fra sykehus. Dette betyr at flere oppgaver som tidligere var i sykehus nå er i kommunen. Kortere liggetid i sykehus, betyr at pasientene kan være sykere når de utskrives til hjemkommunen. Det er derfor viktig å bygge opp sterke fagmiljøer, som kan ivareta oppgavene i kommunen. Hovedintensjonen er pasienten skal få et kvalitativt bedre tilbud og mulighet for større grad av brukermedvirkning (St. meld. nr. 47 (2008 - 2009), 2009).

### **2.4.3 Endret behov for kompetanse i kommunene i framtid**

IRIS Samfunnsforskning i samarbeid med Nasjonalt senter for distriktsmedisin har på oppdrag fra KS, gjennomført en undersøkelse på Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet (Abelsen, 2014). Blant hovedfunnene er at utskrivningsklare pasienter som meldes kommunen oftere er sykere enn før samhandlingsreformen. De forlater sykehuset med mer alvorlige, mer behandlingskrevende og/eller mer komplekse sykdomstilstander. Det skjer derfor en viss endring i helsetjenesten i kommunen, i retning av mer behandling og pleie av kort varighet og spesialisering, det vil si vekst i antall plasser til rehabilitering. Korttidsopphold blir kortere og mer målrettede. Det kan sees på som et tegn på en mer spesialisert tjeneste, hvor kommunene i likhet med sykehusene blir mer diagnoseorientert, fremfor personorientert. Samme tendens til dreining fra helhetlig omsorg og pleie, til mer medisinsk behandling og pleie, finner vi i hjemmetjenesten. Terskelen for å få sykehjemsplass og hjemmetjenester er høyere. Det er ikke direkte økonomiske incentiver til å drive primærforebyggende helsearbeid til eldre, og det settes i liten grad inn ressurser for å drive denne type forebygging. Paradoksalt nok kan den økte spesialiseringen i kommunen føre til fortrenging av enklere pleie- og omsorgstilbud, og dermed redusere den forebyggende effekten disse tilbudene kan ha. Studien kan ikke gi noe sikkert svar på om det faglige nivået er løftet nok i kommunene til å håndtere sykere pasienter.

I følge rapporten er det beregnet at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil øke sterkt etter 2020 (Langset 2006). Dette skyldes flere eldre og lavere dødelighet blant dem. Analyser på nasjonalt og regionalt nivå indikerer at det kan bli betydelig mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere fremover. I tillegg kommer forventninger om høyere tjenestestandard som vil legge ytterligere press på sektoren.

#### **2.4.4 Helsearbeiderfagets relevans for kommunesektoren**

I 2011 gjennomførte Fafo på oppdrag fra KS en undersøkelse om i hvilken grad helsearbeiderfaget og barne- og ungdomsarbeiderfaget gir kompetanse som er i samsvar med kompetansebehovene i omsorgssektoren. Spørreundersøkelse blant pleie- og omsorgssjefer i kommunen viser at helsearbeiderfaget blir vurdert som relevant og viktig for å dekke kommunene kompetansebehov i dag og i framtid. Samtidig blir det understreket at det er stor forskjell fra person til person. Og at det kan være vanskelig å vite hva som skyldes opplæring og hva som skyldes personlige egenskaper. ”Kompetansen er relevant, men folk er forskjellige.”

I rapporten henvises det til en informant som har god kjennskap til læreplanen og som beskriver helsefagarbeiderens kompetanse som mer miljørettet og mindre helserettet en hjelpepleierutdanningen. Ideelt sett mener hun at faget burde vært delt i fire like deler med krav om praksis i sykehus, åpen omsorg, sykehjem og bolig.

Måling av kvalitet i opplæringen ut i fra lærlingenes erfaringer, tegner et svært positivt bilde. Lærlingene trives sosialt, de er stort sett tilfreds med opplæringen og de vil gjerne fortsette å jobbe i faget. En av tre arbeidsgivere mener at lærlingene er lite forberedt på hva som venter dem i læretiden, og at de mangler motivasjon for faget (Fafo-rapport 2011:36, 2011).

Det foreligger ingen nyere forskning på dette området. Det er fire år siden undersøkelsen ble gjennomført. Vil en undersøkelse i dag få de samme svar med tanke på endringene i helse- og omsorgstjenesten med samhandlingsreformen? Arbeidsgiverne i kommunesektoren er ikke en del av mitt undersøkelsesmateriale, men det er lærlingen som skal opp til fagprøven. Relevans vil jeg få belyst ved å analysere oppgavene til fagprøven og ved å intervjuer prøvenemnder og lærlinger om fagprøven i helsearbeiderfaget.

### **2.5 Vurdering**

Her presenteres hva som ligger i begrepet vurdering. I fagprøven skal prøvenemnda vurdere kandidatens kompetanse i helsearbeiderfaget. Vurdering er regulert gjennom

en forskrift til opplæringsloven (Opplæringslova, 2006). For å kunne gi en relevant vurdering av den kompetansen som skal måles, må situasjonen være tilrettelagt slik at kandidaten får mulighet til å vise sin kompetanse (Opplæringsloven, 2006).

### **2.5.1 Hva er vurdering**

Begrepene evaluering og vurdering blir ofte brukt om hverandre. Skille mellom de to er ikke alltid like klart å tydeliggjøre på norsk. I min oppgave ønsker jeg å sette fokus på vurdering hvor det på engelsk brukes begrepet ”assessment” som har fokus på elevens og lærlingens læring. Begrepet evaluering ”evaluation”, er et vidt begrep som inkluderer vurdering. Utdanningsdirektoratet evaluerer kvaliteten i fagopplæringen og da innbefatter det også evaluering på systemnivå som fylkeskommunens og Y-nemdas roller. All evaluering er en treleddet prosess som inneholder innsamling av dokumentasjon, tolkning og analyse av dokumentasjonen og til slutt iverksetting av tiltak, basert på analysen.

Forskere innenfor yrkesopplæring peker på at vurdering innen opplæring i arbeidslivet i liten grad er belyst og utviklet (Lene Tanggaard). Bjørnåvold (1999) peker på nødvendighetene av å beskrive hvordan det som læres i praksis kan anerkjennes og synliggjøres gjennom vurdering. Dagens forståelse av læringsbegrepet bærer preg av at læring skjer i samhandling i sosiale fellesskaper, og at læring betinger forståelse for arbeidet i et større samfunnsperspektiv (Buch 2002; Wenger 1998).

Tidligere skilte vi mellom formativ og summativ vurdering (Nevo 1986). Den formative vurdering er en underveisvurdering, hvor målet er vurdering for læring hvor eleven/lærlingen skal lære av vurderingen og ha muligheten til forbedring og utvikling. Den summative vurdering er å vurdere og sertifisere sluttproduktet av en aktivitet.

Den nyere inndeling i vurdering av læring og for læring viser til en klarere sammenheng mellom vurderingsaspektet og læringsaspektet, hvor eleven/lærlingen er en aktiv part i arbeidet. Hvordan lærlingen mottar vurdering henger i stor grad i sammenheng med lærlingens motivasjon for å lære, noe som tilsier at instruktørens støtte og fokus på nye mål har en avgjørende betydning for lærlingens læringsutbytte. Vurdering for læring har skapt en internasjonalt debatt og et nytt satsningsområde innen didaktikken. Vurdering som læring, er sentralt i Skottland, ”assessment is for learning” ([www.itscotland.org.uk/assess](http://www.itscotland.org.uk/assess)) (Dobson, Eggen, & Smith, 2009, p. 13) .

Det handler om å utvikle elevens/lærlingens kompetanse slik at de kan vurdere sin egen og medelevers læring. Dette legger da vekt på vurderingskompetansen, som en også ser i Schøns læring gjennom refleksjon. Et perspektiv som også synes relevant med tanke på yrkesutøverens behov for endringskompetanse i morgendagens samfunn.

I følge opplæringslova har eleven og lærlingen rett til vurdering for læring i følge vurderingsforskriften (Opplæringslova, 2006). I tillegg skal eleven/lærlingen kjenne til vurderingskriteriene så de vet hva som kan forventes, og kan planlegge opplæringen sin ut fra dette. Dette gir mening i en arbeidshverdag og virker også motiverende med tanke på egeninnsats (vurderingsforskriften). Lene Tanggaard henviser til at en av de mest konsistente og gjennomgripende resultater fra psykologisk læringsforskning er at feedback, tilbakemeldinger og forsterking av ønskelig atferd, tilsynelatende virker som å øke evnen til å lære. Det viser også Schøns fokus på refleksjon i praksis (Tanggaard, 2004).

Vurderingsformene i opplæringa er sentrale for læring, i denne sammenheng vil det også være for fagprøven i helsearbeiderfaget. Mange oppfatter vurdering som kontroll, dokumentasjon og angstfylte prøvesituasjoner og eksamener som kan bero på erfaringer fra opplæring i skolen. I mindre grad knyttes den til de læringsmessige gevinster med kontinuerlig tilbakemelding på atferd og handling i arbeidslivet som en motivasjon til å gå videre. Bjørnåvold påpeker nødvendigheten av å beskrive hvordan det som læres i praksis kan anerkjennes og synliggjøres gjennom vurdering (Tanggaard, 2004). Et studium av gjennomføring av fagprøven i helsearbeiderfaget kan inspirere til videre utvikling av yrkeskunnskapen i helsearbeiderfaget, rammefaktorer rundt fagprøven og til verdsettingen av helsefagarbeiderens kompetanse.

I et samfunn som er i rask endring er endringskompetanse vesentlig i et livslangt læringsperspektiv. Denne kompetanse er også nødvendig i en helse- og omsorgstjeneste i kontinuerlig endring, behov for ny kompetanse og læring i praksisfelleskapet (Lave og Wenger).

### **2.5.3 Vurdering av fagprøven**

Siden fagprøven kan foregå i inntil fem dager i helsearbeiderfaget, kan den bestå både av en formativ og summativ vurdering. Fagprøven foregår i praksisfelleskapet i møte

med mennesker/pasienter/beboere/brukere med ulike behov, og dermed er den formative vurderingen en vesentlig del av den helhetlige kompetansen. Kvale (2004) beskriver hvordan vurdering i forbindelse med yrkesopplæring er knyttet til fag- og svenneprøve. Lærlingen vurderes i forhold til kvaliteten på fagprøven som bedømmes av erfarne fagpersoner. Han sier i tillegg at fagprøven er formativ i den forstand at den virker regulerende både for opplæring i skole og i praksis siden opplæringen er forberedelse til fagprøve. Vurdering vil være integrert i det daglige arbeidet, både gjennom at lærlingen selv reflekterer over sin egen læringsprosess og ved å få kontinuerlig tilbakemeldinger fra instruktør, kolleger og fra pasienter og brukere. I Finland er også vurdering av lærlingens kompetanse kontekstbasert og målet med vurderingen er at den skal generere læring og kunnskap (Räisänen & Rökköläinen, 2014). Det betyr at det ikke er bare læringsutbytte, den summative vurdering, som har fokus, men også læreprosessen, formative vurdering, som genererer kunnskap.

Lærlingens arbeid skal ha en kvalitet som sikrer pasienten en faglig forsvarlig praksis (Helsepersonelloven, 1999) og bidra til å utvikle kandidatens yrkesidentitet.

Grupper av helsepersonell som er regulert gjennom helsepersonellovens §48, må etter å ha bestått fagprøven også søke autorisasjon før de kan bruke yrkestittelen.

Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasientens sikkerhet, og bidra til at befolkningen har tillit til det norske helsevesenet.

## **2.6 Relevans**

Relevans velger jeg å se som at kandidaten opplever fagprøven som relevant, og får vist sin kompetanse, det vil si at fagprøven speiler helsefagarbeiderens daglige gjøremål og inneholder elementer som er viktige for å møte dagens og morgendagens behov i helse- og omsorgstjenesten. Det vil si at oppgaven er laget og gjennomføres i en praktisk reell situasjon (Lave og Wenger) og i et livslangt læringsperspektiv siden helse- og omsorgstjenesten kontinuerlig er i endring. Kandidaten må ha en opplevelse av at han får vist sin kompetanse siden dette i stor grad vil påvirke kandidatens identitetsutvikling og yrkesstolthet og og således kvaliteten i helsearbeiderfaget.

## 2.7 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg innledningsvis belyst de ulike styringsdokumenter som regulerer planleggingen og gjennomføringen av fagprøven. Kandidaten skal i fagprøven få mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget. I tillegg er det også belyst ulike perspektiv på yrkeskunnskap siden målet med rapporten er å øke forståelsen for fagprøven i helsearbeiderfaget og dermed kunnskapen om faget. For å belyse helsearbeiderfagets relevans er dagens og morgendagens behov for kompetanse presentert i forhold til framskrivning av tall og behov og utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenesten.

Samtidig er det gjort rede for betydningen av at det er samsvar mellom vurderingspraksis og den læringskulturen man ønsker å utvikle. Dersom målet er at elevene skal vise forståelse, reflektere, se helheter og utvikle praktiske ferdigheter er det lite hensiktsmessig å gi dem tester og oppgaver som besvares ved å gjengi teori fra lærebøkene.

I neste kapittel vil jeg gjøre rede for og begrunne valg av forskningsdesign for å søke svar på problemstillingen:

*I hvilken grad gir fagprøven kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget?*

## 3.0 Design og metode

I dette kapitlet beskriver jeg design, valg av metode, min forforståelse, valg av informanter, transkribering og analyse og til slutt etiske aspekter for å belyse undersøkelsens problemstilling:

*I hvilken grad gir fagprøven kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget?*

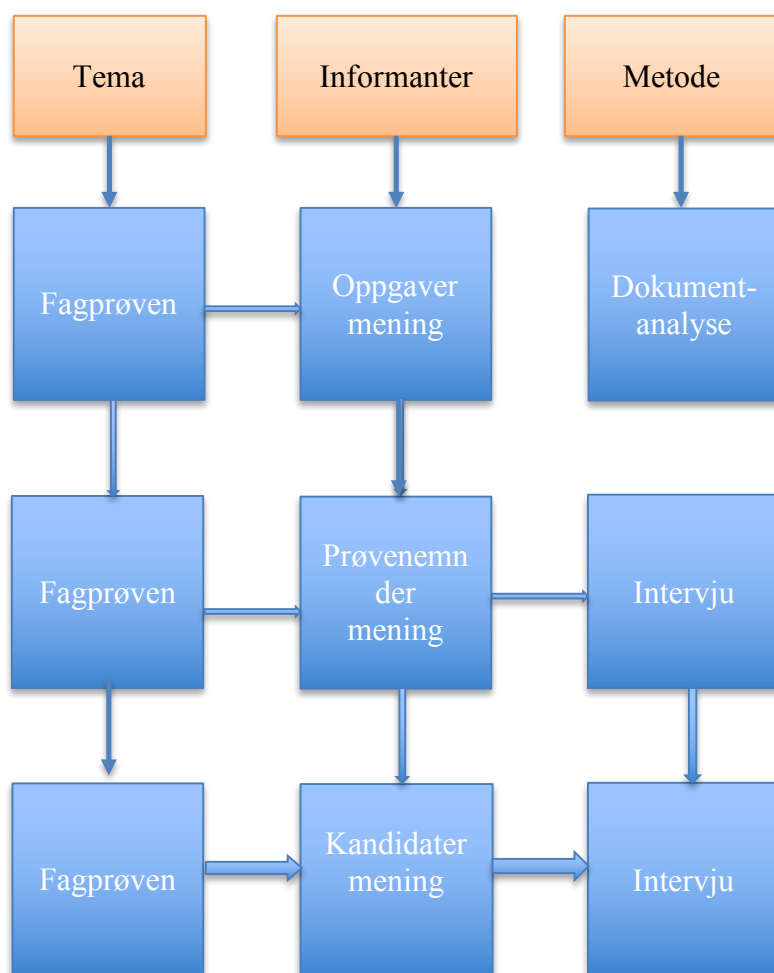
Her framstiller jeg også hvordan dette har bidratt til oppgavens resultater, retning og begrensninger.

### 3.1 Forskningsdesign

Med utgangspunkt i problemstillingen for undersøkelsen presenterer jeg her planen for gjennomføringen av undersøkelsen som en helhet og forskningsmetodene som ligger til grunn for studiet. Hensikten med designet er å beskrive og begrunne de forskningsmetodiske valg jeg har gjort, for å få fram data om i hvilken grad kandidaten får mulighet til å vise sin kompetanse i fagprøven i helsearbeiderfaget. For å øke forståelsen for fagprøven i helsearbeiderfaget har jeg valgt å benytte kvalitative metoder. Det er en metodisk tilnærming som er godt egnet når en ønsker å gå i dybden på en problemstilling. Valget av utelukkende kvalitative metoder for innhenting av data, setter imidlertid krav til rapportens kvalitet ved å vise faglig bevissthet om konsekvensen av bestemte metodisk valg under forskningsprosessen. Ut fra problemstillingen har jeg valgt tre ulike undersøkelsesenheter; den ene er oppgaven som blir laget til fagprøven i helsearbeiderfaget. Fylkeskommunen har ansvar for at det blir utført i henhold til styringsdokumenter. Den andre er prøvenemndene som både har ansvar for å godkjenne oppgavene og vurdere kandidatens gjennomføringen av fagprøven. Den tredje er kandidaten som er oppmeldt til fagprøven i helsearbeiderfaget og skal opp til fagprøven og har gjennomført fagprøven.

I forskningsarbeid kan ulike verktøy benyttes for å undersøke det en ønsker å belyse. Metodene jeg velger skal gi meg data og belyse problemstillingen på en forsvarlig og interessant måte. Metodene forteller hvordan forskningsarbeidet er gjennomført for å finne eller etterprøve kunnskapen (Dalland, 2007b).

I hvilken grad gir fagprøven kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget?



Figur 1 Forskningsdesign som viser valg av metode for innhenting av data

For å søke svar på problemstillingen har jeg valgt å bruke to ulike kvalitative metoder:



- innholdsanalyse av tekst
  - analyse av oppgaver som er gitt til fagprøven i helsearbeiderfaget
- intervjuer
  - av medlemmer av prøvenemnder som godkjenner og vurderer fagprøven i helsearbeiderfaget
  - av kandidater som skal gjennomføre fagprøven før og etter gjennomføringen

For å operasjonalisere problemstillingen er utgangspunktet de formelle rammer for fagprøven (Kunnskapsdepartementet, 2006), det vil si jeg ønsker å søke svar på hvordan styringsdokumentene er tolket og anvendt?

- *Hva inneholder fagprøven?*
- *Hvem vurderer fagprøven? Hvilke erfaring og fagbakgrunn?*
- *Hvordan vurderes fagprøven?*
- *Hva vurderes?*

Kvalitativ forskning handler om å innhente så pålitelig kunnskap som mulig for å kunne belyse et fenomen, fortolke denne informasjonen og beskrive en situasjon ut fra ulike perspektiv (Grønmo, 2004b).

Empirien baserer seg på analyse av dokumenter gitt til fagprøven og intervjuer av prøvenemnder og kandidater som har tatt fagprøven i helsearbeiderfaget.

Begrunnelse for valg av metode er at jeg på denne måten søkte å forstå verden uti fra fylkeskommunens side ved analyse av oppgavene i helsearbeiderfaget, fra lærlingenes og prøvenemndenes side gjennom kvalitative intervjuer. Det er valgt å samle data fra fra ulike undersøkelsesenheter for å sikre kvaliteten på dataene; dataenes validitet.

Analysen er en hermeneutisk forståelse av et fenomen, hvor deler blir analysert og satt sammen til en helhet, til et bilde som fremstår som fagprøven i helsearbeiderfaget.

Fagprøven består av delene planlegging, gjennomføring, vurdering og dokumentasjon (Kunnskapsdepartementet, 2006). Data om fagprøven er innhentet ut i fra disse perspektivene fra tre ulike undersøkelsesenheter. Deler er satt sammen til en helhet som stadig er i endring som danner bilde av fagprøven i helsearbeiderfaget. Det handler om å fortolke det mennesker faktisk gjør, ved å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det umiddelbare. Det gjensidige forholdet mellom et utsagn og den intervjukontekst det er gitt i, illustrerer analyseprosessen som spiralbevegelse, også kalt den hermeneutiske spiral, hvor kunnskap er i stadig bevegelse og utvikling.

En har i utgangspunktet en forståelse som revideres kontinuerlig i møtet med nye detaljer som igjen gir en dypere helhetsforståelse. Detaljene forstås i lys av denne helhetsforståelse en til enhver tid har ; nye detaljer gir ytterligere supplement til konstruksjon og utvikling av ny kunnskap (Grønmo, 2004a) .

Kvalitative metoder kan forklares med at man innhenter kvalitativ kunnskap fra den intervjuedes livsverden om et bestemt tema som man fortolker meningen med (Kvale, 2009). Ved å bruke ulike metoder vil sosiale fenomener studeres fra ulike synspunkt og synsvinkler. Å forske kvalitativt innebærer å forstå deltagerens perspektiv, hvor forskeren retter blikket mot menneskenes hverdagshandlinger i sin naturlige kontekst. Metoden preges av følsomhet og får fram den best mulig gjengivelse av den kvalitative variasjon (Grønmo, 2004a). Her går en i dybden, og skaffer til veie mye informasjon fra få informanter og får fram det som er spesielt eller avvikende. Dalland hevder at vitenskapens forhold innenfor helsefag er å skape god praksis og avklare hva som er god praksis. Ved valg av metode skal det argumenteres for at metoden kan bidra til å skape god praksis, forbedre praksis eller avklare hva som er god praksis (Dalland, 2007b). Det samsvarer med denne undersøkelsen hvor hensikten er øke forståelsen for fagprøven i helsearbeiderfaget ved å se på gjennomføring og innholdet i fagprøven som er utøvelse av helsearbeiderfaget i praksis i helse- og omsorgstjenesten i kommunen eller på sykehus. Dette ser jeg ut fra tre perspektiv som er oppgaven som foreligger for fagprøven, prøvenemndenes perspektiv og kandidatens perspektiv.

Ved å intervju medlemmer av prøvenemnder og kandidater som skal ta fagprøven og samtale om planleggingen og gjennomføringen av fagprøven i helsearbeiderfaget, søker jeg en dypere forståelse ved å forstå deltakernes perspektiv for hvordan de forholder seg til sine handlinger i sin naturlige kontekst i helse- og omsorgstjenesten.

En annen kvalitativ tilnærming som også hadde vært mulig, er deltakende observasjon. Det vil i denne sammenhengen si å være til stede i prøvesituasjonen ved kandidatens gjennomføring av fagprøven i helse- og omsorgstjenesten. Ved tilstedeværelse hadde jeg som forsker fått en mer ekte opplevelse av situasjonen gjennom sanseopplevelser av fenomenet både ved å observere hva prøvenemndene vurderer og hva kandidaten gjør ved gjennomføringen av fagprøven. Ut i fra et etisk

perspektiv valgte jeg bort denne tilnærming. Verken prøvenemndsmedlemmer, kandidater eller pasienter kjente meg i forkant av prøvesituasjonen. Fagprøven er en situasjon med pasienter som trenger hjelp i helse- og omsorgstjenesten og som i utgangspunktet er i en sårbar situasjon. Tidsmessig var det heller ikke mulig å sette av tid til å bli kjent. Dermed var det ut fra en faglig vurdering og et valg jeg tok med tanke på respekten for pasienten og personvernet. Et annet perspektiv som ble vurdert, var også av hensynet til kandidaten. Kandidaten var i en avsluttende prøve, to ukjente prøvenemndsmedlemmer var til stede under gjennomføringen og i tillegg ville jeg da vært tilstede som en ukjent tredje person. I utgangspunktet opplever mange det som en stressende situasjon hvor negativt stress kan påvirke situasjonen både til pasienten og kandidatens mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget.

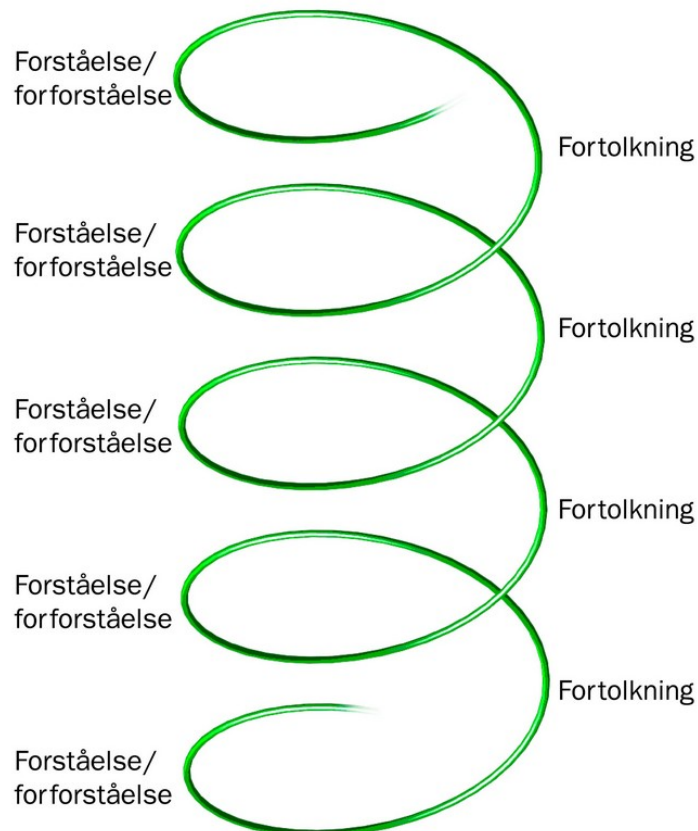
Kvantitativ tilnærming til problemstillingen hadde også vært mulig ved hjelp av en spørreundersøkelse med spørreskjema med faste svaralternativer angående problemstillingen. Det hadde gitt en større mulighet til å gå ut til et større antall respondenter og få en bredde på svarene og dermed også muligens kunne undersøkelsen vært representativ. I den sammenheng hadde muligheten for å gå i dybden vært redusert og dermed søke forståelse for et fenomen som er intensjonen med denne undersøkelsen. Bruk av kvantitative metoder søker svar gjennom kvantifisering av resultater, målbare tall for å presentere resultater som gjennomsnittsberegninger og statistikk. I det tilfellet har forskeren avstand fra forskningsfeltet og det kan også være større muligheter for feilmarginer, da forskeren ikke kan stille oppklarende spørsmål.

Et møte med mennesker og tekst vil alltid være preget av vår forforståelse som er et resultat av kunnskaper, erfaringer og kontekst. Ved å bruke sansene, se, lytte og lese, vil vi danne oss en mening som gjør at vi stiller oss undrende spørsmål, gjennom spørsmålene vil vi se nye sammenhenger og komme fram til ny forforståelse, som viser noe om delene og helheten. Denne pendlingen mellom de ulike fortolkningsgrunnlag og forståelsesmåter utgjør en slags sirkelbevegelse og omtales som den hermeneutiske sirkel. Spiralen indikerer noe som egentlig aldri tar slutt, men stadig utvides. I denne sammenheng er det forståelsen for, dannelsen og utviklingen av fagprøven i helsearbeiderfaget. Tekst, tolkning, forståelse, ny tolkning, ny forståelse, alt dette er deler av en helhet som stadig vokser og utvikles og er uttrykk

for det genuint menneskelige, sier Dalland (Dalland, 2007, s.56). Denne prosessen startet allerede tidlig i studie da jeg begynte å sirkle inn hva jeg ønsket å studere nærmere.

I denne tilnærmingen skal forskeren prøve å oppdage og legge frem meningsperspektivet til folkene som blir studert, ved å studere talen eller språket til den som snakker eller skriver. Språket muntlig eller skriftlig blir oppfattet som tekst. I analysen av denne teksten skjer det en prosess hvor meningene blir skapt, og som blir kalt for den hermeneutiske spiral eller sirkel (Postholm, 2011).

Ved bruk av tekstanalyse av oppgavene som er gitt til fagprøven i helsearbeiderfaget sett i sammenheng med analyse av tekst innhentet gjennom intervju av kandidater som skal og har gjennomført fagprøven, og intervju av medlemmer av prøvenemnder, har det gitt en mulighet til å fortolke de handlingene jeg har analysert utover det umiddelbart innlysende i tråd med en hermeneutisk tankegang. Det fører til at kunnskapen om fagprøven i helsearbeiderfaget trer fram i stadige nye perspektiv igjen da kan sees som en del av yrkeskunnskapen om helsearbeiderfaget.



Den hermeneutiske spiral

### **3.2 Min forforståelse**

Min forforståelse vil påvirke hele prosessen fra valg av problemstilling til resultatet av rapporten. Dette er forhold som jeg må være meg bevisst gjennom hele prosessen. Utdannet som sykepleier med praktisk-pedagogisk utdanning og sosialpedagogikk, vært ansatt i videregående opplæring på helse- og oppvekstfag i mange år med ansvar for opplæring av både ungdom og voksne, var det min portefølje når jeg gikk inn i denne undersøkelsen. I tillegg har jeg vært med på utforming av læreplanen for hjelpepleier ved R'94 og i Kunnskapsløftet deltatt i referansegrupper ved etableringen av helsearbeiderfaget. Mitt ansettelsesforhold i denne sammenheng har vært i videregående opplæring i skolen. Jeg har imidlertid hele tiden vært opptatt av å utdanne helsepersonell som har en relevant kompetanse for helse- og omsorgstjenesten og at opplæringa skulle være praksisnær. I opplæringa av hjelpepleiere var praksis en del av opplæringa som skolen hadde ansvar for, og på den tiden hadde jeg mye opplæring ute i praksisfeltet. Den avsluttende eksamen var den gang prosjektbasert og foregikk i skolen, en eksamen som vektla den teoretiske delen av faget, men som liten grad ga kandidaten mulighet til å vise sine praktiske ferdigheter. Siden helsearbeiderfaget ble en del av fagopplæringen med en to pluss to modell har jeg vært opptatt av at dette faget måtte være rekrutterende og at kandidaten måtte oppleve faget som relevant. Siden fagprøven er den avsluttende prøve i faget har jeg undret meg over både om rammene rundt og hvordan fagprøven har vært gjennomført (Kunnskapsdepartementet, 2006). Hele tiden har jeg vært opptatt av kandidaten i størst mulig grad bør ha mulighet til å vise sin kompetanse i reelle arbeidssituasjoner og at den kompetanse er relevant for helse- og omsorgstjenesten. Disse situasjonene vil kandidaten oppleve er relevant og således gir mening. Med min forforståelse og tidligere erfaringer med eksamen på dette nivået, ønsker jeg å øke forståelsen for helsearbeiderfaget gjennom å øke kunnskapen om fagprøven både gjennom rammer og innhold og i hvilken grad det gir kandidaten en mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget. Et fag som er rimelig nytt, som fortsatt er på en dannelsesreise og som helse- og omsorgstjenesten har stort behov for i framtid.

### **3.3 Valg av oppgaver gitt til fagprøven i helsearbeiderfaget og informanter**

Problemstillingen har vært styrende ved utvelgelsen av oppgaver gitt til fagprøven i helsearbeiderfaget og informanter. Samtidig har utvalget av oppgaver og informanter

ikke vært tilfeldig valgt, da jeg søkte å velge personer som hadde viktig informasjon å formidle om det fenomenet jeg ønsket å belyse, som var fagprøven i helsearbeiderfaget (Dalland, 2007b). Jeg tok derfor kontakt med ansvarlig for fagopplæringen i tre fylkeskommuner per e-post (se vedlegg x). Utvalget av fylkeskommuner er delvis tilfeldig, det vil si det ble påvirket av geografisk beliggenhet og min jobbsituasjon siden jeg reiser noe i jobben. Jobboppdragene hadde ingen sammenheng med fagopplæring, så slik sett påvirket det ikke utvalget, men det gjorde det mulig å gjennomføre undersøkelser i tre fylkeskommuner. Utvalget representerer tre fylkeskommuner i sør -Norge som innehar både by og landproblematikk, det vil si både helse- og omsorgstjenester i kommune og sykehus. Således representer det en bredde både når det gjelder lærlinger og hvor de gjennomfører opplæring i bedrift (Vg3) og dermed avlegger fagprøven. Samtidig som jeg spurte representanter for fagopplæringen i fylkeskommunene om de kunne sende meg oppgaver i helsearbeiderfaget, fikk de spørsmål om de kunne foreslå medlemmer i prøvenemnder som jeg kunne intervju angående fagprøven i helsearbeiderfaget og kandidater som skulle ta fagprøven som jeg kunne intervju.

Antall informanter ble vurdert ut fra å få et tilstrekkelig antall for å få svar på min problemstilling. Mitt mål var å gå i dybden på fenomenet og ikke å generalisere resultatene til en større populasjon og derfor var det ikke nødvendig med et stort antall informanter. Antallet måtte også være håndterbart ut fra geografi og tidsramme.

### **3.3.1 Tekstanalyse**

Fylkeskommunen har det formelle ansvaret for gjennomføringen av fagprøven. Det betyr at de har ansvar for å informere kandidatene om fagprøven og utforme oppgaven til fagprøven (Opplæringslova, 2006).

Jeg tok kontakt med fagopplæringen i tre fylkeskommuner enten per e-post eller telefon. De sendte informasjonsmaterialet de sender ut i forkant av fagprøven både til prøvestedet og kandidaten. Materialet inneholdt informasjon om hvordan fagprøven gjennomføres, vurderingskriterier, oppgaver og annen praktisk informasjon. Disse tekstene er studert og analysert systematisk ut i fra operasjonaliseringen av problemstillingen med samme struktur som intervjuene med planlegging, gjennomføring, vurdering og dokumentasjon av fagprøven for å gi kunnskap om

faktiske, konkrete forhold. Materialet er således kategorisert og meningsfortettet ut fra problemstillingen.

Det er et ønske om å analysere likheter og ulikheter i en bred sammenheng.

### **3.3.2 Kvalitative intervjuer**

Alle intervjuene var kvalitative og semistrukturerte. Ved gjennomføringen av intervjuer benyttet jeg en intervjuguide for å rettlede min egen gjennomføring og at jeg gjennom prosessen skulle innhente de data som var nødvendig for å få svar på problemstillingen. Det betyr at jeg brukte operasjonaliseringen av problemstillingen hvor jeg stilte spørsmål om hvordan informasjonen var før fagprøven, og så ba jeg dem fortelle om gjennomføringen av fagprøven ut i fra strukturen i fagprøven som er planlegging, gjennomføring, dokumentasjon og vurdering. Intervjuguiden var rammen for intervjuene, men jeg la vekt på at informantenes stemmer skulle komme fram. Intervjuene bar mer preg av en samtale. Samtale er en gammel måte å tilegne seg kunnskap på (Kvale, 2009). Hovedpoenget var å la informantene fortelle sin historie om fagprøven og helsearbeiderfaget, innenfor rammene av intervjuguiden. Målet var ikke å kvantifisere fenomener, men innhenting av empiri av kvalitativ art. Intervjuene har som mål å fremskaffe en fyldig og omfattende informasjon om hvordan aktører med ulike perspektiv har oppfattet og forstått sin situasjon og sine erfaringer. Dataenes meningsinnhold er sentralt i presentasjonen (Grønmo, 2004a).

### **3.3.3 Valg av intervjupersoner**

I en kvalitativ studie er det viktig å fremskaffe et relevant utvalg av intervjupersoner. Det vil si et strategisk utvalg som vil være tilstrekkelig til å belyse prosjektets problemstilling (Dalland, 2007a). Å foreta et randomisert utvalg var ikke mulig på grunn av avstandene i Norges land fordi jeg ønsket å foreta intervju både av kandidater og prøvenemnder i disse fylkene. Jeg anså det som viktig å møte personene jeg skulle intervjuer ansikt til ansikt, slik at intervjusituasjonen var så trygg som mulig. Alternativt kunne jeg gjennomført telefonintervju eller ved hjelp av Skype. Jeg anså det som viktig med et fysisk møte, i deres omgivelser og at intervjuet foregikk som en vanlig samtale. Da har respondenten større mulighet til å gi uttrykk for sine erfaringer og det gir i større grad valide data. Intervju som metode er et svært vanlig valg ved innhenting av empiri til undersøkelser av kvalitativ art. Siden jeg reiser en del i jobben min, ble andre jobboppdrag bestemmende for valg av fylkeskommune med dertil muligheter til å intervjuer både kandidater og

prøvenemndsmedlemmer. Disse oppdragene hadde ikke noe med opplæringen i helsearbeiderfaget å gjøre. De tre fylkene representerer kommuner både innen by og mindre tettbygde strøk. Det er imidlertid ingen sammenheng mellom de kandidatene som ble intervjuet og prøvenemndene. Tidsfaktoren gjorde at dette ikke lot seg gjennomføre i praksis.

### **3.3.4 Forberedelse av intervju**

Det ble gjennomført intervju med prøvenemnder i tre fylkeskommuner og kandidater som skulle ta fagprøven i de samme fylker. Jeg sendte henvendelser per e-post og tok kontakt per telefon til de aktuelle fylkeskommuner med kort informasjon om problemområde i masteroppgaven, og ønske om å få tilsendt informasjonsmateriell. Samtidig spurte jeg om de kunne sette meg i kontakt med prøvenemnder og kandidater som skulle ta fagprøven.

Ved innledning til hvert intervju, tok jeg kontakt med prøvenemndsmedlemmene per telefon for å etablere kontakt og skape en relasjon. De hadde på forhånd fått en muntlig henvendelse via fylkeskommunen med informasjon om intervjuets hensikt. Jeg spurte om også om tillatelse til å bruke lydopptak, og informerte om at det digitale opptaket ville bli slettet etter innlevering av oppgaven. Samtidig informerte jeg om at jeg i størst mulig grad ville anonymisere dataene i transkriberingen av dataene. Alle samtykket skriftlig til å delta i intervjuundersøkelsen (se vedlegg x).

Kandidatene var i forkant kontaktet gjennom fagopplæringen i fylkeskommunen med forespørsel om deltakelse i intervju.

### **3.3.5 Beskrivelse av gjennomføring av intervju**

Ved gjennomføring av intervjuene valgte jeg å benytte en intervjuguide som besto av spørsmålene som er en operasjonalisering av problemstillingen (se vedlegg x). Dette gjorde for å rettlede min egen gjennomføring og sikre at jeg gjennom prosessen innhentet de nødvendige data for å gi svar på rapportens problemstilling. Intervjuguiden hadde relativt åpne spørsmål der informanten ble gitt mulighet til å belyse egne opplevelser og meninger om de områdene som ble tatt opp.

Kandidatene som skulle gjennomføre fagprøven i helsearbeiderfaget intervjuet jeg i forkant av at de skal avlegge fagprøven, de hadde på dette tidspunkt fått vite når de



skulle opp og fått informasjon om fagprøven fra fylkeskommunen. I tillegg ringte jeg kandidatene ca. en uke etter fagprøven og spurte om gjennomføringen og om det var noe de kunne tenkt skulle vært gjort annerledes.

Intervjuene av prøvenemndsmedlemmer var ikke var knyttet opp mot en spesifikk gjennomføring av fagprøve i helsearbeiderfaget eller kandidaten som ble intervjuet.

I forkant av intervjuene tilstrebet jeg å etablere en naturlig samtale tone med informantene og invitere til en relasjon som er ukomplisert slik at informanten opplever det som naturlig og «være seg selv». Jeg inviterte til en så naturlig samtale som mulig ved innledende å be de fortelle litt om seg selv, hvor de jobbet, var læring, utdanning og lignende. Etter en stund vinklet jeg spørsmålene inn på fagprøven og helsearbeiderfaget og da fulgte jeg intervjuguiden, men valgte å invitere til en så vanlig samtale som mulig. Ved spørsmålet: «Kan du fortelle om fagprøven..... » ønsket jeg invitere til en samtale hvor svarene i minst mulig grad var påvirket av min vinkling på spørsmålene. Gjennom prosessen med å intervjuer både kandidater og prøvenemndsmedlemmer opplevde jeg at det var ukomplisert å få til en lett og naturlig dialog. Det ble gitt rom for oppfølgingsspørsmål og prat om andre utfordringer i sammenheng med gjennomføringen enn det jeg hadde forutsett når jeg laget intervjuguiden, noe jeg opplever som viktig med tanke på rapportens validitet. Den informasjon og de perspektiver som informanten uttrykker uoppfordret, og som er relevante for å belyse rapportens problemstilling er å anse som resultater av høy kvalitet og vil dermed bidra til å styrke den totale validitet av undersøkelsen. Måten og hvordan man stiller spørsmålene, kan påvirke svarene. Jeg var derfor bevisst å ikke stille spørsmål som kunne oppfattes som kontrollspørsmål. Dette fordi informantene ville mest sannsynlig svart på en annen måte, enn når jeg tok en mer ydmyk rolle. Jeg valgte det siste for å prøve å forstå informantenes livsverden og i minst mulig grad prege situasjonen med min forforståelse. For å komme dypere i dataene stilte jeg oppklarende ekstra spørsmål, som blant annet omhandlet: når og hvor de arbeidet, om de har et eget spesialområde eller en videreutdanning, hvilke arbeidsoppgaver de har på arbeidsstedet og hvilken pasient eller brukergruppe de arbeidet med. Samtidig ønsket jeg også vite om de mente det var samsvar mellom arbeidsoppgavene og fagprøven i helsearbeiderfaget.

Ved gjennomføring av intervjuer med mennesker er det alltid viktig å ta hensyn til eventuelle etiske problemstillinger. Informantene ble informert om at resultatene av undersøkelsen skulle inngå i denne rapporten. Jeg informerte informantene om at data på alle nivåer ville bli anonymisert.

Intervjuene ble gjennomført i perioden 2013 – 2014.

### **Intervju av prøvenemnder**

Prøvenemnd 1:

Prøvenemnden besto av to representanter. Intervjuet ble gjennomført med begge til stede siden de to ofte utgjorde en prøvenemnd. Intervjuet varte ca. 30 minutter.

Intervjuet ble gjennomført i eget rom, hvor vi var uforstyrret under hele intervjuet.

Data ble tatt opp på lydfil med samtykke fra informantene.

Prøvenemnd 2:

Intervju av et prøvenemndsmedlem. Intervjuet varte i ca. 30 minutter. Intervjuet ble gjennomført i et hjørne i kantina på arbeidsplassen. Til tider var det fysisk støy rundt oss, men det førte ikke til avbrytelser i samtalen. Informanten var meget engasjert i sin rolle som prøvenemndsmedlem, og snakket ledig om prøven og faget. Det virket ikke som hun lot seg påvirke av omgivelsene. Data ble tatt opp på lydfil med samtykke fra informanten.

Prøvenemnd 3:

Prøvenemnden besto av to representanter. Intervjuet ble gjennomført med begge til stede siden de to ofte utgjorde en prøvenemnd. Intervjuet varte ca. 40 minutter.

Intervjuet ble gjennomført i eget rom, hvor vi var uforstyrret under hele intervjuet.

Data ble tatt opp på lydfil med samtykke fra informantene.

Prøvenemnd 4:

Prøvenemnden besto av to representanter. Intervjuet ble gjennomført med begge til stede siden de to ofte utgjorde en prøvenemnd. Intervjuet varte ca. 40 minutter.

Intervjuet ble gjennomført i en kantine på en arbeidsplass, hvor vi var uforstyrret under hele intervjuet (tidspunkt hvor ingen var i kantinen). Data ble tatt opp på lydfil med samtykke fra informantene.

### **Intervju av kandidater som skal avlegge fagprøven**

Kandidat 1:

Kandidaten skulle opp til fagprøven dagen etter. Intervjuet ble gjennomført på eget rom i tilknytning til arbeidsstedet. Intervjuet varte i ca. 30 minutter. Data ble tatt opp på lydfil med samtykke fra informanten.

Etter: En uke etter gjennomført fagprøve tok jeg kontakt pr. telefon.

Kandidat 2:

Kandidaten skulle opp til fagprøven dagen etter. Intervjuet ble gjennomført på eget rom i tilknytning til arbeidsstedet. Intervjuet varte i ca. 30 minutter. Data ble tatt opp på lydfil med samtykke fra informanten.

Kandidat 3:

Kandidaten skulle opp til fagprøven om en uke. Intervjuet ble gjennomført på eget rom på arbeidsplassen. Intervjuet varte ca. 25 minutter. Data ble tatt opp på lydfil med samtykke fra informanten.

Kandidat 4:

Kandidaten skulle opp til fagprøven om en uke. Intervjuet ble gjennomført på eget rom på arbeidsplassen. Intervjuet varte ca. 20 minutter. Data ble tatt opp på lydfil med samtykke fra informanten.

Kandidat 5:

Kandidaten skulle opp til fagprøven om en uke. Intervjuet ble gjennomført på eget rom. Intervjuet varte i ca. 25 minutter. Data ble tatt opp på lydfil med samtykke fra informanten. Vi ble ved et par anledninger avbrutt, men det så ikke til å forstyrre kandidaten, da hun fortsatte å fortelle innen samme tema.

### **3.3.6 Transkribering av intervju**

Intervjuene hadde en varighet på fra 25–40 minutter. I de tilfellene hvor det var to personer til stede i samme intervju, varte intervjuet i 40 minutter. Intervjuene ble tatt opp på lydfil etter samtykke fra informantene. Det ble valgt å bruke en iPhone som lydopptaker. Som intervjuer var jeg godt kjent med denne teknikken og dermed opplevde jeg ikke usikkerhet rundt tekniske utfordringer under intervjuet.

Å transkribere er å oversette talespråket til skriftspråk. Transkriberingen er en prosess for bearbeiding av data som skal gjøre intervjusamtalen tilgjengelig for analyse. Å transkribere fra en kontekst til en annen innebærer også en rekke vurderinger, tolkninger og mulige endringer av rådata (Kvale, 2009).

Transkriberingen ble gjennomført ved å skrive av ord for ord ved å spole frem og tilbake på lydfilen. Spolingen var også viktig for å få fram stemning i intervjusituasjonen. Ved mye støy og utrygghet kan det føre til at informantene ikke formidler sine egentlige meninger. Det å overføre lyd til tekst er en viktig del av arbeidet ettersom dette skal danne grunnlaget for videre analyse og konklusjon av rapporten.

Gjennomføringen av transkriberingen og det å lytte til filen gjentatte ganger ga en god oversikt over innsamlet data. Til tross for den tidkrevende prosessen, ga den verdifull progresjon og innsikt i arbeidet med problemstillingen. Fra deler til helhet gjennom kontinuerlig hermeneutiske prosess.

Lydfilene ble slettet etter at intervjuene var transkribert.

### **3.4 Metoder for analyse av datamaterialet**

Etter å ha fått tilsendt oppgaver til gjennomføringen av fagprøven fra tre fylkeskommuner og gjennomført intervjuer av medlemmer i prøvenemnder og kandidater som skulle gå opp til fagprøven og har gjennomført fagprøven, satt jeg igjen med et stor datamateriale. For å trekke ut essensen av dette materiale, var det viktig å lage en plan og analysere materialet systematisk. Analysearbeidet var imidlertid ikke en aktivitet som startet den dagen jeg hadde samlet inn alt materiale. Det å lage problemstilling, velge metoder for innsamling av data og analysere data er prosesser som foregår kontinuerlig og påvirker hverandre. Analyse handler om å utvikle forståelse (Postholm, 2011).

I analyseprosessen var jeg oppmerksom på at analysen vil farges av min forforståelse, erfaringer og teorier som jeg har tilegnet meg. «Teoriene fungerer som en linse eller som briller. Det innebærer at teorien som samles inn, filtreres igjennom eller forstås med bakgrunn i de teoriene som læreren møter fenomenet eller prosessen med. Det betyr at teorier både kan farge og blende lærerens forskerblikk.» (Postholm, 2011). Siden jeg har undervist voksne som skal ta teorieksamen for praksiskandidater i helsearbeiderfaget Vg3 og som på et senere tidspunkt skulle gjennomføre fagprøven i helsearbeiderfaget, har mine erfaringer med fagprøven vært rammene, det vil si for fagprøven, det vil si læreplanen og opplæringsloven samt uformelle samtaler med helsefagarbeidere som har gjennomført fagprøven. Jeg opplevde at rammene har vært klare, men fortellinger fra helsefagarbeidere var sprikende. Min oppfattelse var likevel at hovedessensen som var fortalt om fagprøven var «skrive en pleieplan, tiltaksplan». Det var ingen beskrivelse av en fagprøve hvor kandidaten fikk vist sin kompetanse i helsearbeiderfaget, selv om fagprøven ble gjennomført i reelle arbeidssituasjoner. I utgangspunktet var jeg kritisk til innholdet i disse utsagnene, da fagprøven syntes å vektlegge den teoretisk delen i faget og ikke at kandidaten fikk vist sin kompetanse i helsearbeiderfaget i en praktisk situasjon. Med dette som utgangspunkt var jeg opptatt av at mine synspunkt om fagprøven i helsearbeiderfaget i minst mulig grad skulle påvirke analysearbeidet. Målet med analysen er å øke forståelsen for fagprøven i helsearbeiderfaget.

I analysen av rådatene har det hermeneutiske prinsipp vært utgangspunktet. Det vil si at jeg som forsker har pendlet mellom helheten og deler for å få en så god forståelse som mulig og hvor min forforståelse også er et verktøy i tolkningsarbeidet. Rådataene ble sortert etter spørsmålene som ble brukt i intervjuene og tekstanalysen som deretter utgjorde kategoriene. Det vil si spørsmålene:

- *Hva inneholder fagprøven?*
- *Hvem vurderer fagprøven? Hvilke erfaring og fagbakgrunn?*
- *Hvordan vurderes fagprøven?*
- *Hva vurderes?*

Teorien som er lagt til grunn for kodingen og kategoriene er innholdet i fagprøven som i følge opplæringsloven skal bestå av planlegging, gjennomføring, vurdering og dokumentasjon, som også var utgangspunktet for intervjuguiden.

Det første jeg gjorde var å lese igjennom rådataene i perspektiv av kategoriene for å få en oversikt. Deretter gikk jeg igjennom hver undersøkelsesenhets og stilte spørsmålene. Jeg markerte meningsyttringer som var svar på spørsmålet med en farge. Disse dataene klippet jeg ut og satte sammen under kategorien som eksempel – innhold i oppgaven. Deretter bearbeidet jeg dataene, og foretok en meningsfortetning, det vil si en forkortelse til kortere formuleringer, slik at resultatene viser i hovedsak de funnene jeg oppfatter som viktig. Slik gjorde jeg for hver kategori jeg søkte svar på. Se vedlegg 3.

All tolkning og analyse er en gjennomgående prosess som startet med min forforståelse for helsearbeiderfaget, fagprøven, praksisfeltet og styringsdokumentene. Gjennom hele prosessen har det dannet seg et tydeligere bilde av disse bitene og hvordan fagprøven gjennomføres og hva den inneholder av relevante resultater som jeg benytter i en drøfting. Arbeidet har tatt form steg for steg. Den hermeneutiske spiral har vært verktøyet for å øke forståelsen for et fenomen.

Når det gjelder analysearbeidet av intervjuene benyttet jeg utskriftene av de transkriberte intervjuene. Jeg leste først gjennom intervjuet for å skaffe meg en oversikt over innholdet. I denne analyseprosessen hørte jeg på intervjuene flere ganger. Jeg reflekterte over det som ble sagt og fant fram til meningsstrukturer som ikke umiddelbart trådte fram i det transkriberte (Kvale, 2009). Analyseprosessen tok tid, da jeg var kritisk til min egen analyse og om jeg tolket riktig det informantene sa.

Det ble utført en systematisk analyse av de transkriberte intervjuene. Datamaterialet ble strukturert i henhold til kategorier som i utgangspunktet var spørsmålene i intervjuguiden. Jeg gikk inn i det elektroniske dokumentet igjen, og markerte med de ulike fargene svar på meningsyttringer som var sammenfallende med svar på spørsmålene i intervjuguiden og kategorier. Deretter klippet jeg ut disse dataene og satte de inn i matriser som var kategorisert etter spørsmålene i intervjuguiden. Deretter ble teksten meningsfortettet som medfører en forkortelse av intervjupersonenes uttalelser til kortere formuleringer, meningen i det som blir sagt gjengis med få ord for å få fram det sentrale i intervjuet (Kvale, 2009). Meningsfortetningen for hver undersøkelsesenhets ble plassert i matriser under

kategorier som har samme struktur som intervjuguiden for å se på likheter og ulikheter. Ut i fra analysen kunne jeg mulig oppdage nye sammenhenger.

Jeg valgte å lage en matrise for hver undersøkelsesenheter det vil si oppgavene til fagprøven i helsearbeiderfaget, intervju av prøvenemndsmedlemmer og kandidater som gjennomfører fagprøven.

Analysen i denne fasen handlet om å ta noe fra hverandre, gi det mening og en kode.

Dette er den del av analysearbeidet hvor forskeren setter navn på og kategoriserer fenomener gjennom intens og nøye gjennomgang av datamaterialet.

Jeg kategoriserte de meningsbærende utsagnene

### **3.5 Analyse av dokumenter**

Det er noe annet å analysere dokumenter som ikke er utarbeidet ut fra denne problemstilling. Ulike dokumenter ble benyttet som kilder for å tilegne meg kunnskap om fenomenene jeg forsket på. Grønmo beskriver denne form for dokumenter som dokumentarisk materiale for å få fram relevant informasjon om det jeg vil undersøke. Materialet som jeg har benyttet er skriftlig. Dokumenter kan inneholde meningsyttringer, oppfatninger eller standpunkter eller vurderinger fra de som står bak dokumentene. Eller det kan være at dokumentene får fram mening om aktører (Grønmo, 2007).

I hovedsak har jeg benyttet forskningsrapporter, offentlige dokumenter som stortingsmeldinger og en offentlig utredning. Jeg søkte her å hente kunnskap som belyste problemstillingen. Fokuset var fagopplæring, helsearbeiderfaget, behov for kompetanse i helse- og omsorgstjenesten, fagprøven og vurdering av fagprøve. Det ble foretatt et utvalg av rapporter.

### **3.6 Dataenes validitet og reliabilitet**

Det er to krav som stilles i forhold til hva data i forskning kan brukes til, og i hvilken grad dataene har verdi for undersøkelsen (Dalland, 2007). Det ene er dataenes validitet, og kravet er at dataene skal ha relevans for problemstillingen. Det andre er dataenes reliabilitet, som handler om hvor pålitelig datasamlingen har vært, troverdigheten til datasamlingen. Innsamlingen bør være så nøyaktig som mulig uten feil. Forskingen skal være etterprøvbart, det vil at andre kan sjekke ut det som er gjort.

### 3.6.1 Validitet

Validiteten refererer til dataenes gyldighet i forhold til om de svarer på problemstillingen som skal besvares. Med utgangspunkt i begrepene i problemstillingen søkte jeg svar i forskning og annen relevant litteratur for å bidra til å styrke validiteten i undersøkelsen. På grunnlag av operasjonalisering av problemstillingen og intervjuguiden, er etter min vurdering validiteten tilfredsstillende, da det er i samsvar og forankret i relevant teori.

Undersøkelsene gir datagrunnlag som gir det mulig å belyse om fagprøven i helsearbeiderfaget gir kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse i faget. De semistrukturerte intervjuene vurderer jeg som relevante, siden intervjuene ble styrt i en retning av å svare på problemstillingen samtidig som det var viktig å få fram respondentenes stemme og meningsytringer.

Jeg benyttet ulike metoder for å belyse problemstillingen som etter min mening er å styrke validiteten på forskningsarbeidet. Validiteten vurderes som tilfredsstillende dersom det er åpenbart at de innsamlede dataene er gode og treffende i forhold til studiets intensjoner (Grønmo, 2004a).

Spørsmålene ble utformet på bakgrunn av teori og tidligere rapporter og erfaring på fagfeltet. Jeg mente jeg hadde tilstrekkelig innsikt i temaet på dette stadige i prosessen for å kunne vurdere spørsmålene og relevans, og gjennomført dermed ingen pilotundersøkelse. Når det gjelder de kvalitative dataene så vurderer jeg derfor de som gyldige og at de har relevans for problemstillingen.

Før intervjuet hadde jeg gjort meg opp en mening om hva jeg ville vite mer om.

Relevansen vil være knyttet til om jeg fikk fram viktige sider ved fenomenene jeg ville få innsikt i. Rekkefølgene på spørsmålene som var strukturert ut fra problemstillingen og elementene i fagprøven, nemlig planlegging, gjennomføring, vurdering og dokumentasjon. Jeg ønsket å gjennomføre et semistrukturert intervju hvor jeg ønsket å få svar på det jeg ønsket å vite mer om, samtidig som jeg at informantene skulle få snakke fritt uten at jeg styrte samtalen i for stor grad.

Det var viktig at jeg var bevisst når jeg gikk inn i intervjuene, forsøkte jeg å fremstå så nøytral som mulig både før og underveis i intervjuet. Jeg ønsket å bidra til at respondentenes livsverden kom til uttrykk i størst mulig grad uten påvirkning av meg. Det at enkelte funn samsvarer med funn fra andre forskere øker validiteten. Funns i



mine studier vurderer jeg som generaliserbare, og kan gjelde også andre som ikke har deltatt i undersøkelsen (Halvorsen, 2008).

Validiteten i dataene fra tekstanalysen og intervjuene mener jeg er gode siden spørsmålene ble utformet for å svare på problemstillingen. Siden funn belyses fra flere kilder, styrker det validiteten av data.

### **3.6.2 Reliabilitet**

I etterkant ser jeg at min førforståelse kan ha påvirket mine funn. Likevel mener jeg de kvalitative dataene er samlet inn og behandlet inn på en ryddig måte. Jeg stilte konkrete spørsmål og stilte oppklarende spørsmål når jeg var usikker på meningsinnholdet i svaret.

Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet. Et datamateriale kan ikke være gyldig eller relevant for problemstillingen dersom det ikke er pålitelig. På en annen side er ikke høy reliabilitet garanti for høy validitet (Grønmo).

### **3.6.3 Kildekritiske vurderinger av data**

Før en skal innhente kilder til en studie, bør en foreta kritiske vurderinger av kildene en skal bruke (Grønmo).

I følge Grønmo kan det være vanskelig å vurdere troverdighetene til kildene våre. Det er viktig å tenke igjennom om dataene er påvirket av respondenter som ønsker å imponere eller fremme spesielle interesser. Jeg ser at det kan være viktig å vurdere troverdigheten i intervju, da jeg har bedt fylkeskommunen om å velge ut både prøvenemndsmedlemmer og kandidater. Det er vel sannsynlig at de har plukket ut respondenter som gir gode bilder av fylkeskommunens planlegging og gjennomføring av fagprøven. På den annen side må jeg også som intervjuer balansere min væremåte og opptre etisk forsvarlig.

Jeg opplevde at respondentene var ærlige, og at de åpent fortalt om både forberedelse og gjennomføringen av fagprøven både positive og negative opplevelser.

Når det gjelder dokumentanalyse bør en vurdere om dokumentene er hva de fremstår som, og ikke er framstilt av annen forfatter. I følge Grønmo er det viktig å foreta kontekstuell vurderinger av tekster som velges til datainnsamling. Jeg har valgt ulike forskningsrapporter som omhandler nærliggende tema. Rapportene er levert av

ulike forskningsinstitutt og forskere. Enkelte forskere går igjen, da de har skrevet om feltet over lengre perioder. Forskerne er godt kjent med feltet og gjør det mulig å sette fag- og yrkesopplæringen inn i et historisk perspektiv og utvikling. Flere av rapportene bygger på hverandre og belyser videregående opplæring og fag- og yrkesopplæringen, blant annet gjennom evaluering av Kunnskapsløftet. Rapportene er i stor grad skrevet på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet, helse- og omsorgsdepartementet og KS. En kan dermed stille et kritisk spørsmål til kildenes objektivitet siden dette er oppdragsforskning. Jeg har skaffet meg ytterligere innsikt i fagopplæringen og fagprøven og helse- og omsorgstjenesten ved bruk av metodene jeg har valgt i innhenting av data. Metodene mener jeg har vist seg egnet til å belyse problemstillingen for dette forskningsprosjektet.

Får å forstå budskapet er det nødvendig å tolke innholdet (Grønmo, 2007). I rapportens neste kapitler gir jeg en presentasjon av mine funn og analyserer og drøfter disse.

### **3.7 Etiske aspekter**

I all forskning er det viktig med etiske overveielser. Det kan oppstå interessekonflikter mellom dem som utfører undersøkelsen og har som mål å vinne ny kunnskap og de som deltar i arbeidet. Forskningsetikk handler om å behandle personer med respekt og ærlighet. Ved gjennomføring av intervjuer med medmennesker er det alltid viktig å ta hensyn til eventuelle etiske problemstillinger. Et spørsmål som må vurderes innledningsvis er undersøkelsens nytteverdi. Hva er formålet med undersøkelsen? Har det verdi for noen andre enn intervjueren? Et annet forhold som må vurderes i forskningsarbeid er personvernet. Informanten selv må avgjøre om han ønsker å delta i undersøkelsen, og det etter at han er informert om undersøkelsen. For mange er det å være anonym en forutsetning for deltakelse, og da er det helt nødvendig at anonymiteten ivaretas (Grønmo, 2004b).

I utgangspunktet antas dette temaet ikke å være av sensitiv karakter så lenge jeg intervjuer personene om fagprøven og helsearbeiderfaget. Hvis prøvenemndene hadde uttalt seg om gjennomføringen av en spesifikk fagprøve som var prøven til en av kandidatene som ble intervjuet, kunne det i tilfelle medført data av sensitiv karakter. Likevel er alle data anonymisert. Det hadde også vært noe annet hvis jeg hadde valgt observasjon som metode, og vært tilstede under gjennomføringen av fagprøven i

helse- og omsorgstjenesten i situasjonen med en pasient. Det ville i høyeste grad medført etiske utfordringer med tanke på innsamling av data.

Prosjektet ble meldt til NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste) fordi all forskning som innebærer bruk av personopplysninger skal meldes. Prosjektet ble ikke vurdert som konsesjonspliktig (se vedlegg).

## **4.0 Resultater og presentasjon av resultater fra undersøkelsene**

Kvalitative undersøkelser er gjennomført for å øke forståelsen for problemstillingen: *I hvilken grad gir fagprøven kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget?* Materialet er analysert, og i dette kapitlet har jeg valgt å presentere relevante resultater for å belyse undersøkelsens problemstilling ved å beskrive hva som kom fram gjennom analysearbeidet av hver undersøkelsesenhets som er oppgaver gitt til fagprøven i helsearbeiderfaget, intervju av prøvenemndsmedlemmer og intervju av kandidater som skal gjennomføre fagprøven i helsearbeiderfaget. Resultatene er sortert i hensiktsmessige kategorier for å framfunnene som jeg oppfatter relevant for å belyse problemstillingen.

### **4.1 Resultater fra informasjon om og oppgaver i helsearbeiderfaget**

Prøvenemndene har ansvar for å utarbeide oppgavene til fagprøven i samarbeidet med bedriften/lærestedet slik at det blir realistisk og kan gjennomføres på lærestedet. Oppgavene skal gi kandidatene mulighet til å vise sin kompetanse og hva som forventes av en faglært i det aktuelle yrket. I utformingen av oppgaven må prøvenemndene forholde seg til regelverket for fag- og svenneprøver, nærmere bestemt § 3-57 i forskrift til opplæringsloven (Kunnskapsdepartementet, 2006). Det regulerer innholdet i og omfanget av prøven. Fagprøven skal inneholde:

- Planlegging av arbeidet og begrunnelse for valgte løsninger.
- Gjennomføring av faglig arbeid.
- Vurdering av eget prøvearbeid.
- Dokumentasjon av eget prøvearbeid.

I følge læreplanen i helsearbeiderfaget er tidsrammen inntil fem dager.

Resultatene blir presentert i løpende tekst i forhold til de tre anonymiserte fylkeskommuner herved benevnt som A, B og C.

#### **4.1.1 Tidsrammen for gjennomføringen**

Tidsrammen for gjennomføring er forskjellig fra fylkeskommune til fylkeskommune. A oppgir innen 2-5 dager: Planleggingsdagen er 7 timer og dag 2 er 7 timer, B oppgir

at prøven avvikles i løpet av 3 dager som består av 7 timer både dag 1 og 2 . C oppgir at fagprøven foregår over tre dager hvor dag 1 er 7 timer, dag 2 er 7 timer og dag 3 er inntil 5 timer.

#### **4.1.2 Hvordan lages oppgaven?**

Oppgave A:

Arbeidsstedet og kandidat i samarbeid kommer med forslag til prøvenemnda om tre aktuelle brukere som kan være relevante innen fastlagt ramme fra fylkeskommunen. Prøvenemnda lager oppgaven ut fra opplysningene og kompetansemålene. Hvilken av de tre brukere som kandidaten skal få, skal ikke offentliggjøres før prøvens første dag. Hjelpemidler: Alle.

Kandidaten får tildelt en bruker/pasient med en kort beskrivelse av diagnose, fysiske forhold/hjelpebehov, psykiske forhold/hjelpebehov og sosiale forhold. Kandidaten skal planlegge, gjennomføre, dokumentere og vurdere. Planen skal gjenspeile en vanlig arbeidsdag.

Kandidaten skal gjennomføre et stell med bruker, et måltid med bruker og lage en kostholdsplan for hele dagen. I tillegg gjennomføre en aktivitet med bruker.

Kandidaten skal delta i det daglige arbeidet.

Vurderingen består av kandidatens vurderingsarbeid og dokumentasjon av utført arbeid. Avsluttes med muntlig samtale.

Oppgave B

Kandidaten kan få til tildelt en el. flere brukere med en kort beskrivelse av brukeren(e)s situasjon. Kandidaten skal planlegge, gjennomføre, dokumentere og vurdere arbeidet.

Vise evne til

1. Å vise den nødvendige respekt og toleranse.
2. Samspill/kommunikasjon med brukerne.
3. Å observere og rapportere ut fra pasientens helhetlige behov.
4. Å gi hjelp ut fra det enkelte menneskets grunnleggende behov og forutsetninger.

5. Å kunne samarbeide med det øvrige personalet.

Ut fra følgende oppgaver skal kandidaten prøves i 33 mål.

Kandidaten skal lage en skriftlig plan for utførelsen av arbeidet. Bruk gjerne pleieplan med hva/hvordan og hvorfor. Gi uttrykk for faglig kompetanse, kunnskap om tilstand og sykepleiebehov.

Arbeidsoppgaver:

Ta imot rapport og oppdater planen, tilrettelegge og bistå pasienten/pasientene i morgenstell, observer pasientens tilstand og gjør rede for hva du vil rapportere, tilberede og servere måltider, foreslå og legg til rette for passende aktiviteter som fremmer mestring, helse, trivsel og stimulerer til aktivitet.

Delta i avdelingens daglige rutiner gjennom en vanlig arbeidsdag

Arbeidsoppgavene er knyttet til mål i læreplanen

Kandidaten skal ikke informeres om hvilke bruker/pasient før prøvenemnda gjør det kjent første dag.

Kandidaten kan bruke alle tilgjengelige hjelpemidler og spørre kolleger.

Oppgave C

Kontaktpersonen i samarbeid med avdelingssykepleier som lager forslag som godkjennes av prøvenemnd. Kandidaten skal ikke informeres om hvilke pasient/bruker det er før prøvenemnda gjør det kjent første dag.

Fagprøven består av planlegging, gjennomføring, vurdering og dokumentasjon.

Kandidaten skal velge ut de mest relevante områder i læreplanen basert på pasient/brukers behov.

Skriftlig oppgave ta utgangspunkt i pasienten/brukers behov. Innhent relevant informasjon.

1. Gjøre rede for hvilke ressurser og problemer.
2. Vurder ut fra behov, hvilke mål du vil jobbe etter, begrunn faglig.
3. Beskriv tiltak og velg metode etter prosedyre. Foreslå ev. egne tiltak. Begrunn faglig. Begrunn faglig.
4. Hvilke observasjoner du vil prioritere.

Lage en arbeidsplan for gjennomføringsdelen. Begrunn faglig. Tiltakene skal så langt det er mulig gjøres sammen med bruker/pasient.

Gjennomføringen av fagprøven skal bestå i å anvende kunnskap gjennom ditt arbeid, jf. læreplanen i helsearbeiderfaget Vg3 / opplæring i bedrift. Velg ut de mest relevante områdene i læreplanen basert på tjenestemottakers behov.

#### **4.1.3 Hva skal vurderes i oppgavene?**

I oppgave A skal kandidaten skrive en vurdering av eget arbeid og vurdering av planen og hvordan planen ble fulgt. Beskrivelse av ev. endringer med begrunnelser. Drøfting av hva som gikk bra/mindre bra.

Refleksjoner rundt vurdering av hvilke faktorer som har hatt betydning for resultatet av arbeidet. Vurdering av mål/tiltak som må følges opp. Prøvenemnda går igjennom egenvurdering og stiller eventuelt oppklarende spørsmål.

I oppgave B skal kandidaten dokumentere eget arbeid. Skrive en rapport om arbeidet utført dag 2. Rapporten leveres prøvenemnda.

På bakgrunn av planen, gjennomføringen og de skriftlige rapportene foretar prøvenemnda en muntlig eksaminasjon og vurdering av arbeidet. Prøvenemnda kan også stille spørsmål fra deler av læreplanen som ikke er direkte knyttet til det praktiske arbeidet. Den muntlige eksaminasjon kan ta utgangspunkt i forhold som og vurdering av arbeidet.

I oppgave C er det den skriftlige egenvurdering og refleksjon som skal inneholde det en forventer av kandidatens prøvearbeid, jf. forskrift til opplæringslova § 3-57 og læreplanen i helsearbeiderfaget Vg3 / opplæring i bedrift:

- Planlegging av arbeidet og begrunnelse for valgte løsninger
- Gjennomføring av det faglige arbeidet
- Vurdering av eget prøvearbeid

Kandidaten skal dokumentere hvordan de tre eksamensdagene er lagt opp.

Prøvenemnda kan ha behov for å stille spørsmål underveis. Muntlige utsagn vil bli vektlagt like mye som det skriftlige.

#### **4.1.4 Oppsummering av oppgaver til fagprøven**

Felles for alle oppgavene er at de tar utgangspunkt i opplæringslovens definisjon av fagprøve som består av planlegging, gjennomføring, dokumentasjon og vurdering av

eget prøvearbeid. Alle kandidater får dag 1 presentert oppgaven som inneholder oppgave med opplysninger om pasienter/brukere. Bortsett fra oppgave A hvor kandidaten i samarbeid med kontaktpersonen kommer med forslag til tre brukere, men som prøvenemnda foretar det endelig valget og pasienten blir presentert for kandidaten dag 1.

Ellers er det ulikheter i oppgavene med tanke på hvor detaljerte oppgavene er på arbeidsoppgaver. I oppgave A og B er arbeidsoppgavene klart definert. I oppgave B er det trukket ut fem områder hvor kandidaten skal vise sine evner. I tillegg er det i oppgave B tydeliggjort hva kandidaten skal gjøre, arbeidsoppgavene er definert. I oppgave C skal kandidaten ta utgangspunkt i brukerens/pasientens behov og vurdere problemer/behov, ressurser og tiltak.

Under vurdering er det felles for alle oppgavene at kandidaten skal foreta en egenvurdering i forhold til planen og arbeidet som er gjennomført og vurdere hva gikk bra, hva kunne vært gjort annerledes. Kompetansemålene er lagt med og er utgangspunkt for vurderingen.

I tillegg har oppgave B har en liste over hva kandidaten skal vurderes etter.

Alle oppgavene beskriver at helheten skal vurderes. Det avsluttes med en oppsummerende samtale. B avslutter med en muntlig eksaminasjon.

#### ***4.2 Resultater fra intervju med prøvenemndsmedlemmer***

Gjennom intervjuer av medlemmer i prøvenemnder i tre fylker har jeg som beskrevet i metodekapitlet tatt opp lydfiler og transkribert, analysert og presentert som resultater. Intervjuene hadde som hensikt å fram prøvenemndsmedlemmenes mening om planleggingen, gjennomføringen, vurdering og dokumentering av fagprøven i helsearbeiderfaget og om kandidatens mulighet til å vise sin kompetanse. Resultatene blir presentert i løpende tekst i forhold til tre anonymiserte fylkeskommuner benevnt som A, B og C.

Det er prøvenemndene som har ansvar for å utarbeide oppgavene til fagprøven i samarbeidet med bedriften/lærestedet slik at det blir realistisk og kan gjennomføres på lærestedet (Kunnskapsdepartementet, 2006). Prøvenemndene er oppnevnt av fylkeskommunen som sensorer for den praktiske gjennomføringen av fagprøven. Med planlegging mener jeg her hvordan prøvenemndsmedlemmene er forberedt til denne funksjonen. I følge opplæringsloven er det fylkeskommunen som har ansvar for at



medlemmene innehar både relevant yrkesfaglig erfaring og vurderingsfaglig kompetanse.

#### **4.2.1. Hvilken faglig bakgrunn har prøvenemndsmedlemmene?**

Alle prøvenemndsmedlemmer har bakgrunn som hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere. De fleste har bakgrunn som omsorgsarbeidere og det betyr at de har tidligere erfaring med fagopplæring og gjennomføring av fagprøven. To har i tillegg tatt utdanning på bachelornivå som yrkesfaglærerutdanning og sykepleier. Alle har mer enn 10 år arbeidserfaring fra helse- og omsorgstjenesten som sykehjem, hjemmesykepleie, bolig for psykisk utviklingshemmede eller sykehus. I tillegg har alle mer enn 10 års erfaring som medlem av prøvenemnd. Ingen har bakgrunn fra helsearbeiderfaget, men siden det er et nytt fag fra 2010 er det ikke urimelig.

#### **4.2.2. Opplæring i fylkeskommunal regi**

På spørsmål om det er opplæring i fylkeskommunal regi, er svaret at det er generell opplæring ca. en gang i året. Når Kunnskapsløftet ble innført i 2006, var det ny oppnevning av prøvenemnder for helsearbeiderfaget og da var det også fagspesifikk opplæring i tillegg til det generelle.

«Det er hovedsakelig fellesmøter hvor alle prøvenemnder er samlet, og da fra alle fagområder som rørlegger, elektriker, tømmer og så videre, men det er veldig få som møter opp og vi synes det ikke er gode møter.»

Ellers forteller noen at de på eget initiativ arrangerer samarbeidsmøter for prøvenemnder innen helsearbeiderfag. Siden det er et nytt fag trenger de å snakke sammen både om hvordan lage prøver, vurderingskriterier og hva som skal vektlegges i prøven.

«Å sette karakter er vanskelig, så det er blant annet noe vi trenger å snakke om. Vi prøver å få mest mulig likt, og samkjøre hvordan gjør dere.»

Prøvenemndsmedlemmene forteller at de har fått generell opplæring om vurdering. På direkte spørsmål var ”vurdering for læring” et ukjent begrep. Det er ulik praksis for utarbeiding av vurderingskriterier. Noen er henvist til noen generelle vurderingskriterier som er lagt ut på fylkeskommunens nettside.

«Det er for generelt fordi det er for alle. Nei, vi synes ikke det er spesielt rettet inn mot oss fordi det går på bruke av tekniske hjelpemidler, det går på verneutstyr, vi har ikke det. Så derfor har vi plukket og satt sammen vårt eget.»

Noen prøvenemnder har laget vurderingskriterier sammen med representanter fra fylkeskommunen. Ellers går vurderingen etter kompetansemåla. En representant svarer: «Jeg har måla i ryggmargen. Vi har jo dem i bønn, det er jo de som gjelder.» Ei prøvenemnd svarer at de har også veldig god kontakt med begge saksbehandlerne i fylkeskommunen som har ansvar for helsefagarbeideren. Så de tar telefonisk kontakt ved behov. En annen mener at det er lite oppfølging fra fylkeskommunen, opplever at de må ta det fulle ansvar for fagprøven. «Vi ønsker å bli sett og hørt i fylkeskommunen. Fylkeskommunen jobber mye med skole, men ikke opplæring i bedrift. Vi vil ha opplæring om det fagspesifikke, være med å utvikle faget.»

#### **4.2.3 Hvordan lager prøvenemndene oppgavene?**

Prøvenemndene har ansvar for å godkjenne oppgaver (Kunnskapsdepartementet, 2006). De får tilsendt opplysning fra fylkeskommunen om at kandidaten er oppmeldt til fagprøven på det aktuelle prøvestedet.

Alle prøvenemndene forteller at de tar kontakt med kandidaten per telefon for å avklare prøvested, tidspunkt og informere om innholdet fagprøven. I tillegg sender de skriftlig informasjon til kandidaten om fagprøven ca. to – tre uker før gjennomføringen av fagprøven. Informasjonen inneholder hvilke deler fagprøven består av – planlegging, gjennomføring, dokumentasjon og egenvurdering. Alle legger ved mål for helsearbeiderfaget og de fleste legger ved vurderingskriterier og kriteriene for karakterene ikke bestått, bestått og meget godt bestått. I tillegg tar de kontakt med prøvestedet og kontaktpersonen angående gjennomføringen av fagprøven og oppgaven.

Prøvenemnd A svarer at de skal ha oppgaven ca. 14 dager før prøveavleggelsen. I forkant har de derfor et formøte hvor de møter kontaktpersonen som skal lage oppgaven sammen med kandidater som skal ta fagprøven, så de får lik informasjon. Kontaktpersonen får malen for oppgaven som noen prøvenemnder har laget sammen med fylkeskommunen. Så sender hun den senere over til prøvenemnda for godkjenning. Det er ønskelig at kandidaten skal få en kjent bruker.

Alle forteller at kandidaten oftest avlegger fagprøven på det siste stedet de har vært i læretiden både i sykehjem, hjemmetjenesten, sykehus og boliger. Men en prøvenemnd nevner at det er mulighet for valg av prøvested for de sier:

«Det viktigste er at kandidaten får vist sitt potensiale og er kjent og trygg på arbeidsstedet.»

Det er litt forskjellig hvordan malene for oppgaven er laget og hva de inneholder. To prøvenemnder forteller at malen er laget i samarbeid med fylkeskommunen.

Prøvenemnd B forteller at malen er laget av prøvenemndene som er lokalisert i et område i fylke. Det vil si at innad i et fylke kan det også være ulike maler.

Fylkeskommunen har sagt at de skal gjøre det slik siden de ikke har kompetanse til det.

En prøvenemnd forteller at de lager oppgaven til fagprøven i samarbeid med kontaktpersonen hvor de lager oppgaver som viser bredden i faget.

«Vi ber om navn på seks forskjellige beboere, pasienter med litt forskjellige problematikk, diagnoser, problemer og ressurser. Forskjellige utfordringer hvor kandidaten da selv kan velge hva han vil gjøre ved gjennomføringen av fagprøven. Da er det den avsluttende prøve i faget skal kandidaten ha kompetanse og vise selvstendighet og må ta ansvar for egne arbeidsoppgaver og det får dem vist ved å velge oppgavene. »

Felles for alle oppgavene er at kontaktpersonen på stedet hvor kandidaten skal avlegge prøven fyller inn med brukeropplysninger, for alle prøvene foregår i reelle situasjoner hvor bruker trenger hjelp; dataene må være identiske. Deretter returneres oppgaven til prøvenemnda for godkjenning.

Alle medlemmene i prøvenemndene er sensorer både i sykehus og i helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Ellers forteller det at vurderingskriteriene ligger i kompetansemåla i læreplanen. Prøvenemnda sier videre at det dag 2 er viktig å gi kandidaten mulighet til å bruke hele dagen. Ikke minst hvis de er utrygge, viser de at på slutten av dagen, ikke så nervøse lenger, greier de bedre å kommunisere med brukeren. Dag tre skal de

dokumentere hva de ha gjort, vurdere og reflektere hva som har gått bra og hva som kunne vært gjort annerledes. Prøvenemnda sier dem trenger tid for å kvalitetssikre, derfor bra med tre dager for tre dager gir mulighet.

#### **4.2.4 Hvordan vurderer prøvenemnda kandidatens kompetanse?**

Prøvenemnd A forteller at dag to observerer de hva kandidaten gjør og hvordan fra arbeidsdagen starter. Kandidaten må selv avgjøre om hun skal gi oss rapport i forkant. Hun må tenke selv. Hvis hun ikke gjør det ber prøvenemnda om rapport for de kan ikke starte, det kan jo ha skjedd noe i løpet av natta (jf. helsepersonelloven §4). Så det må de sørge for og som regel at de har fått rapport. Da blir jo det en minus at de ikke har sjekket med nattevakta. Noen steder går de bare inn og leser og har stille rapport.

Prøvenemnda forteller at de følger kandidaten inn til pasienten og observerer. De er inne samtidig så de har et felles grunnlag for vurdering. Kommunikasjon med pasienten blir observert og om det er samsvar med det kandidaten har skrevet. De hører hvordan kandidaten prater med pasienten og hva de prater om og hva de sier. Det første de observerer er om kandidaten presenterer prøvenemnda for pasienten og forteller om hvorfor de er der. I tillegg observerer de hvordan kandidaten håndterer rent og urent, hvordan de hjelper pasienten ut av senga, om de har brukerfokus som om hun spør om hva brukeren ønsker å ha på seg av klær. Holdningene observerer de hele tiden.

*Respekten og alt dette må jo være med, ligge der, men det ser vi med en gang.*

Vi ser hele tiden fra om morgenen om kandidaten banker på døra. Går kandidaten inn og spør om hvordan har sovet, tilbyr et glass vann om morgenen, og prater litt før morgenstellet begynner og spør om personen vil stå opp og stelle seg. I tillegg observerer de hva kandidaten gjør med senga og forflytning.

De forteller at de følger pleieplanen som kandidaten har skrevet og ser om den er samkjørt med utførelsen. Hvis ikke noterer de hva ikke ikke ble gjort etter planen. De har ingen retningslinjer for hvordan egenvurdering skal skrives, men det kandidaten skal vurdere om gjennomføringen har gått etter planen, og hvis ikke skal det det begrunnes. Hvis det noe kandidaten har glemt å få med i forhold til kompetansemåla, så skriver han om det. Det er valgfritt om de skal levere egenvurderingen. Det står faktisk at de kan ta den både muntlig og skriftlig, men det skal prøvenemnda avklare det på forhånd før prøven starter.

Hvis kandidaten leverer skriftlig, ber de kandidaten gå ut, så bruker vi den tida de trenger til å gå igjennom oppgaven og kompetansemåla.

Da vurderer de egenvurdering opp mot egne notater og samkjører det mot det de har tenkt å spørre om. Av og til komme de med tilleggsspørsmål hvis de ikke har ikke har fått med seg mål som om taushetsplikten, ergonomi, tverrfaglig samarbeid spør vi om det. Kosten er veldig viktig og de skal ha med seg både næringsstoffer og de viktigste vitaminene. Da viser de til planen og hvis det ikke er skrevet utfyllende om får de mulighet til å komme med faglige begrunnelser. Det er sjelden de stiller spørsmål utover oppgaven. Det kan være når det er snakk om stryk for å gi kandidaten en mulighet.

Prøvenemndsmedlemmene sier at de stort sett er enige.

Prøvenemnd B forteller at

*Vurderingskriteriene er i ryggmargen.*

Hun forteller videre at det er holdninger, etikk, respekt, medbestemmelse, selvbestemmelse og hvordan kandidaten kommuniserer og helheten blir vurdert.

Det gjør fordi hun har lært det og synes det er veldig viktig for hun skal ha respekt for et menneske, og vil at pasienten skal føle seg verdig som menneske fordi om han trenger hjelp. Hun forteller at det ser hun veldig fort.

Når hun er sensor i sykehus ser hun at hun vektlegger andre områder som hygiene, sykdommer og mer mer spissa sykepleie. I helse- og omsorgstjenesten er det mer det mellommenneskelig, kommunikasjon og hva de trenger i dagliglivet.

Fylkeskommunen har laget vurderingsskjema som alle kan bruke, men det er for generelt. Det går på bruke av tekniske hjelpemidler og verneutstyr og det har de ikke det. Så derfor har prøvenemnda satt sammen sitt eget.

Noen prøvenemnder har laget vurderingskriterier sammen med representanter fra fylkeskommunen.

Ellers går vurderingen etter kompetansemåla.

Prøvenemndsmedlem C forteller også at situasjonen er hvordan de håndterer den syke pasient. Kandidaten blir mer spissa på både sykdom, observasjoner og prosedyrer. I tillegg observerer de hvordan kandidaten takler nye situasjoner og forteller at det er viktig at kandidaten sier i fra i situasjoner som hun ikke mestrer. Prøvesituasjonen varer oftest til ca. lunsj, da trekker prøvenemnda seg tilbake, mens kandidaten har

planlagt hele dagen. Da kan kandidaten ta sin egenvurdering. Det hender at prøvenemnda kommer tilbake og gjennomfører vurderingen på slutten av samme dag, mens andre venter til dag tre.

Prøvenemd C forteller at de ved vurdering bruker kompetansemåla for opplæringa i helsearbeiderfaget. Retningslinjer er for tida det skal være gjort innenfor, dag 1 er 7 timer, dag 2 praktisk gjennomføring er 7 timer og dag 3 er det vurdering innen 5 timer. Det er det de må forholde seg til. De forteller at utfordringa innenfor dette faget er det er ingen mal på hvordan omsorg skal utøves, kandidaten må tilpasse seg hvert eneste individ som skal motta helsehjelpa, se det mellommenneskelig i samhandling for å få tillit, respekt og vise trygghet og skape det forholdet og da er vi inne i sykepleieprosessen. Hvis kandidaten har tillitsforholdet og trygghet er det viktigst, kandidaten ser pasienten og når pasienten.

For eksempel å anvende kommunikasjon som er viktig for å innhente opplysninger. Ved vurdering er det i en stor grad bruk av skjønn.

#### **4.2.5 Oppsummering av intervju av prøvemedlemmer**

Felles for alle er at de lager oppgaven i samarbeid med tjenestestedet og kontaktpersonen der fagprøven skal avvikles. Alle bruker i utgangspunktet en mal som oftest er laget i samarbeid med fylkeskommunen, bortsett fra en fylkeskommune hvor de har delegert oppgaven til prøvenemndene, da de mener de innehar den beste kompetanse. Felles for alle malene er også at tjenestestedet skal fylle ut med opplysninger om de aktuelle brukere/pasienter. Prøvenemndene godkjenner de endelige oppgavene. Oppgavene er forskjellige med hensyn til detaljeringsgrad. Oppgave A og B beskriver hvilke oppgaver som skal gjøres, mens i oppgave C skal kandidaten ta utgangspunkt i pasientens/brukerens situasjon og finne problemer og behov, ressurser og iverksette tiltak med faglige begrunnelser. Så fort prøvenemnda får informasjon om oppmelding fra fylkeskommunen, tar de kontakt med kandidaten og informerer om fagprøven, både tidspunkt og innhold. I tillegg sender de skriftlig informasjon.

Ved vurdering er det felles for alle prøvenemnder at de tar utgangspunkt i pleieplanen som kandidaten har skrevet. Dag to observerer de kandidaten direkte i arbeidssituasjonen med pasient og bruker og kan observere om de følger planen, om

det er ting som kunne vært gjort annerledes og eventuelt hvordan de takler situasjoner som ikke er formulert i planen. De observerer i den direkte prøvesituasjonen, om kandidaten sørger for å få rapport før hun går inn til brukeren. Ellers observeres kommunikasjon hvordan den gjennomføres, har kandidaten brukerfokus, spør hun pasienten hvordan hun vil ha det, viser hun respekt, ergonomi og tverrfaglig samarbeid. I sykehus vektlegger prøvenemnda i tillegg andre kriterier som hygiene, sykdommer, mer spesialisert på observasjoner og prosedyrer og hvordan kandidaten håndterer den syke pasient. Enten dag to eller dag tre foretar kandidaten en egen vurdering i forhold til planen. Kandidaten formulerer hva som har gått bra og hva kunne ha vært gjort annerledes og begrunner dette om ønskelig faglige. Ulikheten gjelder tidsbruk. Tre prøvenemnder avslutter oftest observasjonen av kandidaten ved lunsjtider dag to, og foretar da vurderingen. En prøvenemnd gjennomfører observasjoner hele dag to, og mener det er viktig for at kandidaten skal få vist sin kompetanse. Nevner det spesielt hvis kandidaten er utrygg og preget av prøvesituasjonen, da kan en blant annet se at kommunikasjonen endrer seg og går bedre på slutten av dagen. Ved å ta den endelig vurderingen dag tre får kandidaten også bedre tid til å reflektere over sin egen gjennomføring.

### ***4.3 Resultater fra intervju med kandidater som skal ta fagprøven***

Kandidatene ble intervjuet før de skulle gjennomføre fagprøven. Alle hadde på det tidspunktet fått vite når de skulle opp og mottatt informasjon fra fylkeskommunen. I tillegg kontaktet jeg de per telefon ca. en uke etter gjennomført fagprøve.

#### **4.3.1 Hvor gjennomførte kandidatene fagprøven?**

Alle svarer at de gjennomførte fagprøven på det siste stedet i læretiden på sykehjem, bolig for funksjonshemmede eller sykehus.

#### **4.3.2 Hva inneholder fagprøven?**

A forteller at hun møter sensorene/prøvenemnda ved 8- tida om morgenen. Hun får utdelt oppgaven med en pasient. Så bruker hun resten av dagen til å skrive.

«Prøven er hele greia tilsammen med den skriftlige delen først, teorien.»

Sammen med veilederne har hun noen uker i forkant valgt ut tre pasienter som kan være aktuelle. Så velger sensorene og veilederne en av disse pasientene. Hun forteller at hun så skriver mye og begrunner alt. Etter en stund kan hun spørre. Skriver litt om sykdom og lager en pleieplan. For eksempel om støttestrømper, hvorfor bruke støttestrømper. Lager en kostplan for det står i oppgava. Så skriver hun to halve skiver med grovt brød som inneholder grovt mel og fiber, og så skrive mye om hva fiber gjør i kroppen. Alt må begrunnes, helt ned til nederste bit. Skriver også om hvordan stellet skal foregå. Som eksempel skrive at tar med meg to kluter og to håndklær inn på rommet. Banker på døren for å vise respekt, så dette tar jo litt tid. Hele dagen brukes til å skrive oppgave. Når den er ferdig med den, så sender hun den på mail til sensorene, så de kan forberede seg til neste dag.

Kandidaten forteller at hun ikke får lov til å stille spørsmål til andre enn prøvenemnda. Hun kan ha med alle hjelpemidler, men får ikke lov til å få noe hjelp utenfra og helst ikke snakke med noen. Hvis hun skal ha pause med andre, må hun å snakke om andre ting.

Dagen 2 er sensorene tilstede. Fra morgenen av begynner hun å stelle, da gjør hun nøyaktig det hun har skrevet i planen. Hvis det skjer noe som ikke står i planen, da skriver hun om det i evalueringen etterpå. Hun forteller at det er det greit at det ikke gikk som planlagt, eller hvis hun glemmer å smøre bena til en pasient.

«Jeg har ikke med oppgaven inn, det tror jeg hadde blitt bare tull. Her skal det huskes.»

Da er stellet ferdig og hun serverer frokost. Kanskje pasienten vil hvile etter frokost og kanskje da tar prøvenemnda en pause, og så skal hun ha en aktivitet med pasienten. Til slutt skal hun skrive evaluering. Så leser prøvenemnda igjennom en halvtimes tid og «så grilles jeg».

På slutten av denne dagen, rapporterer hun til sykepleier eller ansvarlig på gruppa, og dokumenterer hun elektronisk. Hun bruker ikke den elektroniske pleieplanen så mye daglig, fokuset er mer på pleien enn det datastyret. Men de bruker dataen hver dag på alle vakter og må skrive.

## Kandidat B

B forteller at fagprøven er en skriftlig og en praktisk del. Første dag kommer sensorene, oppgaven blir utdelt og så skal hun skrive. Oppgaven er en case fra en pasientsituasjon.



Sammen med veileder har hun på forhånd sendt inn opplysninger, selvfølgelig anonymisert, om tre forskjellige pasienter. Veileder sender informasjonen til sensorene. Samme dagen som fagprøven får hun vite hvem av dem det er. Hun skriver en type pleieplan som går ut på behov eller mål.

Hun skriver hele dagen og lager en kostplan. Oppgaven sendes inn senest 15.30. Dag 1 er det ikke lov å spørre andre om hjelp. Hun kan ha med alle hjelpemidler og planen ferdigskrevet om hun vil, og søke på nettet og bruke alle hjelpemidler. Det er vel for at hun skal kunne finne opplysninger selv. For eksempel om det er et trykksår, så skal hun liksom skrive hva det er, og så skrive hva hun ville gjort og hvorfor. Hun skal begrunne alt til minste detalj, hvordan hun skal avlaste og hvorfor det er viktig å avlaste.

*Dette er ikke en plan vi vanligvis skriver på avdelinga. Ikke akkurat sånn. Nei, men vi går igjennom det mer muntlig, men selvfølgelig skriver vi på dataen.*

Dag 2 kommer hun på jobb om morgenen og tar mot rapport og så kommer sensorene. De går inn til den pasienten som har blitt valgt ut, alt ut i fra når den vil stå opp da. Så informerer hun om hva som skal skje og det har hun også gjort på forhånd. Dagen etter kommer sensorene igjen, da observerer de stedet og matsituasjonen.

*Ja, ber om tillatelse og det gjør dere..*

Hvis hun trenger hjelp, hvis det er noen pasienter hvor de trenger å være to, for eksempel ved forflytning, så må hun spørre en kollega om hjelp, men da er det hun som må bestemme.

Etter stedet er det frokost og hun er med i matsituasjonen og skal servere brukeren. Hun har jo laget en kostplan, men selvfølgelig er kostplanen det hun anbefaler, men brukeren må bestemme hva han vil ha. Når pasienten er litt opp i åra så skal en få bestemme det selv med mindre noe det er noe du er totalt allergisk mot. Så er det å være der under matsituasjonen og servere andre, ikke bare den hun har ansvar for. Så er det en aktivitet etterpå.

Hun forteller at på en vanlig arbeidsdag har hun ansvar for flere pasienter og gjennomfører flere stell før frokost. For alle pasienten skal opp.

Da drar sensorene som regel. Det er ikke alltid de er med på aktiviteten, det kommer litt an på hva det er og hvis brukeren da hviler etter frokost, så må vi planlegge dagen

etter det, så er jo egentlig den dagen ferdig, ikke ferdig da, men dem drar jo da, så fortsetter som vanlig på jobb.

### **4.3.3 Hvordan og hva vurderes i fagprøven?**

A forteller at Dag 2 er sensorene med oss inn til pasienten og observerer hva vi gjør for eksempel i stellet og i matsituasjonen.

Sensor sier mest sannsynlig at hun kan ta tid for seg selv, ca. 30 minutter og evaluere hva hun har gjort.

*Kostplanen sier de er veldig viktig. Det er det jeg har inntrykk av..*

Hun forteller ellers at de legger vekt på veldig mye, både pleie, kunnskap og kommunikasjon. Hun tror den skriftlige planen blir vurdert for der får hun flettet inn sykdommer og hvorfor ting er som de er. Men i tillegg vurderes hvordan hun setter opp den planen. Samtidig tror hun at de bruker kanskje mest den praktiske delen, men at de ser på den teoridelen også, og slår de sammen.

B forteller at sensorene vektlegger kommunikasjon, hygiene og ser hvordan kandidatene håndterer situasjonen. De observerer hvordan forhold hun har til pasienten og om klarer å kommunisere på en ordentlig måte.

*Hun sier hun tror kommunikasjon er viktig og at du imøtekommer pasienten og klarer å prate med den, og på dens premisser selvfølgelig. Er det noen som ikke vil prate, så er det greit nok det, men vi skal alltid forklare hva vi gjør.*

Hun forteller at fagprøven er fordelt på tre dager, første dagen møter hun sensor, hun får oppgaven og har 7,5 timer til å skrive oppgaven. Da må hun sitte på arbeidsplassen sin og kan ikke gå hjem å skrive. Hun har alle hjelpemidler tilgjengelig og kan snakke med folk på avdelingen og få hjelp der, og på slutten av dagen så blir prøven levert inn, så hun kan ikke ta den med hjem og endre på den. Da er den innlåst. Dag 2 gjennomfører hun planen og dag 3 er det evaluering.

Dag 1 møter hun prøvenemnda om morgen, og så gir de henne oppgaven. Enten er det en eller to pasienter, det varierer alt etter hvor mye, stort pleiebehov pasienten har.

Hun forteller at i oppgaven skriver hun innledningsvis kort om pasienten og tidsskjema for hele dagen. Så skriver hun pleieplan, det er vel det egentlig hele oppgaven dreier seg om: stell, matsituasjonen, ulike ting og så skal hun få med alt hun

gjør i løpet av dagen. Hun skal skrive hva hun skal gjøre, hvordan hun skal gjøre det og hvorfor hun skal gjøre det. Alt hun gjør skal være faglig begrunnet. Hun forteller at som regel finner hun informasjon i DIPS (elektronisk pasientjournalssystem). Der er tilgang til hele sykehistorien og hvilke pleiebehov pasienten har og så får hun rapport før begynner å skrive. Det kan være både kjente og ukjente pasienter siden det er på et sykehus. Hun forteller videre at hun leverer planen kl. 15 om dagen til prøvenemnda.

Dag 2 forteller hun at hun møter opp kl.7.30, og så får rapport. Da er begge prøvenemndsmedlemmene der. Da begynner hun med stellet som på en vanlig arbeidsdag, følger planen og gjør som hun pleier og tar godt vare på pasienten. Sensorene følger etter deg og observerer hva du gjør hele tida.

Men hun jobber på en akutt arbeidsplass der ting kan skje, og om det skulle skje noe som gjør at hun ikke kan følge planen. Det forteller hun at hun tar i evaluering når arbeidsdagen er slutt, eller dagen etterpå for da skal du skrive ned alt det som ikke gikk som planlagt og som hun kunne gjort noe bedre, om det er noe hun glemte og det er noe hun synes ikke var greit.

Hun forteller videre at her er

«Det viktig at ledelsen finner en pasient som hun får vist hva hun kan, så hun ikke får noe som er for lett så hun faktisk ikke får vist seg fram. Det faktisk ganske greit at det er litt å gjøre.»

Det er viktig at hun viser kunnskap om sykdommen, at hun viser forståelse for pasienten og at hun kan de typiske tinga i forhold til slag med tilrettelegging og hvordan hun skal gå fram. Hun forteller at de jobber med rehabilitering av pasienter og samarbeider med fysioterapeuter og ergoterapeuter. Det må inn i pleieplanen. Det er jo en stor del av arbeidsdagen så det er veldig reelt.

Hun forteller at hun dokumenterer hva hun har gjort i DIPS.

Det varierer hvor lenge prøvenemnda er tilstede, noen ganger går de kl.11 og noen ganger er de hele dagen..

Hun forteller ellers at de har trena på fagprøven ved å ha fire delprøver, en hvert halvår i løpet av læretida, og det har vært et mini fagprøve. Dag en får du utdelt oppgaven og skal skrive og dag to gjennomfører du etter planen. Så er det veileder som er sensor.

*Det har egentlig vært veldig greit for da får du veiledning i forhold til hvordan du skal skrive oppgaven for det føler jeg av noe av det vanskeligste om hvordan du skal*

*formulere deg og får med alt og gjør det på en grei måte. Du blir vant med evaluering og jeg er veldig glad for at vi har hatt de delprøvene. Du føler deg litt tryggere på å gå opp til en fagprøve.*

Dag tre forteller hun at det er evaluering. Noen velger å skrive den dag to, når de har fått gjort alt. Noen sensorer vil at kandidaten skal ha evalueringa på dag 2. Eller hun kan velge å skrive det på dag 3 og da får hun tenkt litt over og skrevet den.

Da skriver hun hvordan hun synes dagen har gått og hva som kunne vært gjort bedre. Hun tar jo utgangspunkt i den planen som er skrevet, om hun greier å holde deg til planen, om hun greide å holde tida di, litt sånn, og om hun ikke gjorde det, så begrunner hun hvorfor måtte gå vekk fra det hun hadde planlagt. Så skriver hun litt om hva hun er fornøyd med, hva hun kunne gjort bedre og om hun gjorde noen feil som å miste et håndkle på golvet, så skriver hun det, så vet de at hun er klar over det. Så leverer jeg det jeg har skrevet til prøvenemnda.

Så leser de og så snakker vi litt om hvordan det gikk og sånn og så i noen tilfeller har de spørsmål, gjerne om sykdommen, ja, egentlig om fagprøvene generelt om det er noe de lurer på, og gjerne fått testet litt hva du kan.

Denne kandidaten ble oppringt etter fagprøven og fortalt at alt hadde gått etter planen med tanke på hva hun var informert om. Hun følte seg trygg i situasjonen. Eneste dag tre var det mer spørsmål enn jeg var forberedt på.

#### Kandidat D

Hun forteller at dagen 1 møter hun opp til vanlig tid, og da er sensorene der.

De gir henne oppgaven og så går de. Dag 1 får hun vite om får tildelt en eller flere pasienter ut fra hva de trenger av pleie og hvor mye de trenger hjelp til. I oppgaven står det hva som skal ha med på fagprøven. Det er avdelingssykepleier som har valgt pasientene. Så skal hun lage en pleieplan eller flere ut fra hvor mange pasienter hun får tildelt. Ja, det har vi øvd på da, det er sånn hva, hvordan og hvorfor, lagt inn i en ramme, med problemer/behov ressurser og tiltak og faglige begrunnelser.

Den skal inneholde noe om sykdommen til pasienten og den hjelp de trenger hjelp og hva hun skal gjøre av tiltak for pasienten. Da kan hun bruke alle hjelpemidler. Hun tar utgangspunkt i DIPS hvor det er grundig rapport om pasienten. Skriver i eget rom, men så kan spørre de som har ansvar for pasienten i dag hvordan har pasienten vært i dag. For eksempel om det er et sårstell kan hun spørre om hvordan de gjør det og få veiledning, men de kan ikke skrive pleieplanen for henne, men de kan hjelpe henne

med det. På denne avdelinga er det mye pleie. Om morgenen er hun alltid sammen med en sykepleier og har for eksempel ansvar for tre felles rom. Så da samarbeider dem og hun kan be henne om hjelp hvis hun trenger hjelp for denne dagen er det hun som skal styre stellet hos dem hun har fått ansvaret for.

Det er første dagen og oppgaven leveres kl.15 til prøvenemnda.

Hun forteller at dag to tror hun sensorene er til 11 – 11.30. Når stellet er ferdig, så går de. Så er den siste dagen til evaluering hvis det ikke går sånn som planlagt. Hun sier det er vanskelig å planlegge på et sykehus for en pasient som egentlig første dagen steller seg selv, så kan han dag to trenge mer hjelp og pleie. Da må hun bare gjøre det beste for pasienten og ikke bry meg om den planen.

*Men det er det som gjør det litt vanskelig og jeg føler jeg kommer til å fokusere på planen, så har pasienten 40 i feber, og da passer det ikke å dusje. Jeg er redd jeg kommer til å fokusere sånn på planen.*

Dag 2 forteller hun at hun kommer på jobb til vanlig tid. Sensorene er der og hun leser om pasienten om det har skjedd noe på natta. Så følger planen hun har skrevet. Så observerer sensorene om hun gjør det hun har skrevet fram til kl. 11.

Så går de hjem og sier de kommer igjen dagen etter etter avtalt tid til evaluering.

Når de har gått forteller hun at kan notere for eksempel hvis hun har glemt å vaske hender når hun kom inn til pasienten og det hun gjorde feil og det hun vet hun gjorde riktig. Hun forteller at hun ikke har fått utdelt kriterier for vurdering, men de vurderer ut fra den planen som er skrevet.

Hun forteller at de har fått informasjon om hvordan hver dag vil bli, og om hvor mange timer dagene blir og hva de vil vurdere oss ut fra, det å lage pleieplan, tidsplan I tillegg har de hvert halvår hatt delprøver som ligner på fagprøven. Da velger hun pasient og skriver pleieplan den dagen, akkurat som på en fagprøve.

Så har hun pasienten en hel dag og veilederen er sensor og ser hvordan jeg vasker, rydder, og så har jeg kanskje skyllerom også denne dagen. Så etterpå evaluerer de sammen, så skriver hun hvordan hun synes det gikk, og skriver hun hvordan hun føler det gikk og så snakker de om hva hun må øve på fram til fagprøven.

Kandidat E

Hun forteller at hun er oppringt av prøvenemnda og fått informasjon om hvilke dager hun skal opp og at det er en planleggingsdag, en gjennomføringsdag og en evalueringsdag.

Dag 1 er planleggingsdagen da skal hun skrive ned hva hun skal gjøre gjennomføringsdagen, en pleieplan. Ikke veldig detaljert det kan jeg også forklare på evalueringsdagen da, begrunne hvorfor og om sykdom..

Hun forteller at dag to skal hun gjøre alt som står i planen. Hun kan selv velge dagvakt eller kveldsvakt ut fra brukerens behov

*Jeg kan velge den vakta hvor jeg tror jeg får vist mest ..*

Hun forteller at hvert halvår år har hun hatt en halvtårsoppgave og som går ut på å gjøre akkurat det samme fagprøven.

Hun skal gjennomføre fagprøven i en bolig og det en bolig med fire som er mest hjelpetrengende. Veilederen hennes har sendt inn en liste over brukere til prøvenemnda. Ut fra denne har prøvenemnda laget en oppgave hvor jeg kan velge. Hun forteller at dag en er prøvenemnda der og gir henne oppgaven. De er til stede i starten på dagen, hvis hun har spørsmål ellers er de også tilgjengelig på telefonen. Hun forteller at hun får tilgang til all informasjon og kan spørre alle. Det er ingen begrensninger på det. Gå på biblioteket og låne bøker og bruke alle hjelpemidler. Hun skal skrive om sykdomsbilde og den sykdommen de har, sånn at jeg har en viss peiling på sykdomsbilde

Hun tror hun velger aftenvakt for da er det mer å finne på av fritidsaktiviteter og ernærings og ikke minst stell blir det mer av, i form av kveldsstellet. Dag to følger de etter meg hele dagen og observerer hva jeg gjør. Dag tre forteller hun at det er evaluering, da skal hun forklare og sette seg inn i kompetansemåla.

Så må hun skrive om det positive og det negative, og forklare ordentlig.

Det gjør egentlig ikke noe om hun gjør feil ting, så lenge hun kan begrunne det

Tar kontakt med kandidaten per telefon etter gjennomført fagprøve og kandidaten forteller om gjennomføringen. Han forteller at han kunne velge mellom tre kandidater, og velge den som gjorde at han hadde mulighet til å vise sin kompetanse i faget. Dag 1 skrev han pleieplan med utgangspunkt i brukerens behov, dag 2 var han på seinvakt og gjennomførte det som sto i planen. Dag 3 var det egenvurdering.

#### 4.3.4 Oppsummering

Alle kandidater forteller at de gjennomfører fagprøven på det siste arbeidsstedet i læretida. Kandidat A og B forteller at de i forkant av fagprøven i samarbeid med kontaktpersonen, har valgt ut tre pasienter som kan være aktuelle til fagprøven. De får vite hvem som blir valgt dag 1 i gjennomføringen av fagprøven. Felles for alle kandidatene er at de møter sensorene/prøvenemnda ved 8-tida om morgenen dag 1 og får oppgaven med en eller flere pasienter. Resten av arbeidsdagen bruker de til å skrive pleieplan. Kandidaten skal lage en plan for brukeren for gjennomføringsdagen dag 2. Den inneholder kandidatens problem/behov, ressurser og tiltak. Tiltakene skal være detaljert beskrevet, så kandidaten får belyst hvordan han utfører tiltakene. I tillegg skal alt faglig begrunnes. En kandidat forteller for eksempel at de skriver at de banker på døra til pasienten før de går inn. Det er for å vise at de viser respekt. Her er det ulikheter når det gjelder innholdet i pleieplanen. Noen har fått i oppgave å ta for seg spesielle oppgaver i pleieplanen, som kostplan eller andre definerte område som stell. I tillegg har en kandidat fått tildelt ulike oppgaver han kan velge mellom. Han skriver da en pleieplan som tar utgangspunkt i pasientens situasjon og finner problem/behov, ressurser og foreslår tiltak med faglige begrunnelser. Han får beskjed om i størst mulig grad må prøve å samarbeide med pasienten når han lager planen. Alle har fått beskjed om at alle hjelpemidler tillatt, som elektroniske pasientjournaler, lærebøker og kollegaer, men to av kandidatene forteller at de dag 1 kun får stille spørsmål om oppgaven til prøvenemnda. Kandidatene som er i sykehus forteller at tilstanden til pasienten eller pasientene de fikk tildelt dag 1 og som de skrev en pleieplan i forhold til, kan ha endret seg til neste dage. Da blir noe av oppgaven å vise hvordan de takler en ny og ukjent situasjon.

Oppgaven skal leveres ved arbeidsdagens slutt, noen sender den elektronisk til medlemmer av prøvenemnda, mens andre leverer på papir

*Prøven er hele greia tilsammen med den skriftlige delen først, teorien.*

Dagen 2 er sensorene tilstede fra morgenen av der de gjennomfører fagprøven på dagvakt. Fra morgenen av begynner kandidatene å stelle, da følger de planen i størst mulig grad. Hvis det skjer noe som ikke står i planen, da skriver kandidaten om det i egen vurderingen etterpå. Gjennomgående består oppgavene av servering av frokost og en aktivitet etterpå, men pleieplanen skal være for en vanlig dagvakt. Flere steder velger prøvenemnda å foreta vurderingen før gjennomføringen av aktiviteten.

Tidsrammen er forskjellig utfra hvor fagprøven blir gjennomført. Ved to av

prøvestedene avsluttes fagprøven ved lunsjtider. Kandidaten tar da egenvurderingen hvor hun skriver hva som har gått bra og hva som kunne ha vært gjort annerledes. Noen steder tar de vurderingen direkte etterpå når prøvenemnda har lest igjennom egenvurderingen til kandidaten og vurdert den opp mot pasientens pleieplan, situasjonen og hvilke observasjoner og vurderinger prøvenemnda har gjort. Ved endelige vurdering gjennomfører prøvenemnda en en samtale med kandidaten, hvor det kan stilles oppklarende spørsmål. Ved slutten av arbeidsdagen dokumenterer hun i den elektronisk pasientjournalen hva hun har gjort. Kandidaten som valgte å gjennomføre fagprøven på ettermiddagsvakt, forteller at dag 1 var sammenfallende med de andre kandidatene, men dag 2 bruker han 7 timer for å gjennomføre planen, egenvurdering og karaktersetting skjer dag 3.

Alle kandidaten har i løpet av opplæring i bedrift, hatt halvårige ”minifagprøver”, de har hatt sammen struktur som fagprøven og bestått av planlegging, gjennomføring, vurdering og dokumentasjon. Oftest har instruktøren valgt pasient/bruker, og så har hun vært sensor. Alle sier de derfor føler seg trygg på hvordan fagprøven gjennomføres.



## 5.0 Analyse og drøfting av funn

Rapporten handler om helsearbeiderfaget og planlegging og gjennomføringen av fagprøven. Jeg har undersøkt hvordan styringsdokumenter og læreplanen i helsearbeiderfaget blir operasjonalisert gjennom dokumentanalyse av oppgaver gitt til fagprøven, intervju av prøvenemnder som godkjenner og vurderer fagprøver og kandidater i forkant av gjennomføringen av fagprøven og i etterkant. Siden helsearbeiderfaget er et nytt fag er undersøkelsens formål er å øke forståelsen for helsearbeiderfaget.

I dette kapitlet drøfter jeg funn fra undersøkelsen opp mot styringsdokumenter, læreplanen, teori og empiri for å belyse problemstillingen:

*I hvilken grad gir fagprøven kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget?*

### 5.1 Hvilken faglig bakgrunn har prøvenemndsmedlemmene?

I følge opplæringsloven § 4-8 skal prøvenemndsmedlemmene ha formell faglig kompetanse innenfor fagområdet, og så langt det er mulig ha oppdatert arbeidslivserfaring i faget (Kunnskapsdepartementet, 2006). Fylkeskommunen skal sikre at det blir tilfredsstillende vurderingsfaglig kompetanse i prøvenemnda. Alle prøvenemndsmedlemmene var i utgangspunktet utdannet omsorgsarbeidere eller hjelpepleiere. Så ingen har direkte fagkompetanse innen helsearbeiderfaget, men innen fagområdet helse- og omsorg. Alle har mer enn 10 års arbeidslivserfaring og mer enn 10 år som medlem av prøvenemnd. Det vil si at de er utdannet etter R'94 som hadde en økende grad av instrumentell tilnærming til faget og en teoretisering (Hiim & Hippe, 2001).

På den ene side betyr det at prøvenemndsmedlemmene har lang erfaringsbasert kompetanse innen helse- og omsorgstjenesten og dermed kjenner helse- og omsorgstjenestens kompetansebehov innen sitt tjenestoområde. De fleste er utdannet etter Reform'94 som hadde en økende grad av teoretisering i opplæringen.

På den andre side er helsearbeiderfaget et nytt fag med Kunnskapsløftet hvor målet er gi kandidaten en opplæring som skal være funksjonsbasert og en helhetlig kompetanse i helsearbeiderfaget. Helse- og omsorgstjenesten er i tillegg i en rivende utvikling, spesielt etter samhandlingsreformen hvor dreiningen er et økt fokus på mot helsefremmende arbeid og hvor målet er at brukeren i større mulig grad skal mestre

dagliglivets aktiviteter selv (Meld. St. 29 2012– 2013), 2013). Pasienter som i dag er i sykehjem og hjemmesykepleie er sykere og trenger mer spesialisert kompetanse (Abelsen, 2014).

Prøvenemndsmedlemmene godkjenner oppgaver og er sensorer for alle tjenesteområder innen helse- og omsorgstjenesten. Det synes som en stor faglig utfordring med denne erfaringsbakgrunn. Det er en svak tredjepart, pasienten(e), som er deltaker i fagprøven. Kandidaten skal vise sin kompetanse i møte med denne pasienten. Det synes betimelig å stille spørsmål om i hvilken grad dette blir vurdert opp mot faglig forsvarlighet i helsepersonellovens §4.

Denne undersøkelsens svakhet er at jeg ikke har sett sammenhengen mellom de oppgaver som er gitt, prøvenemndenes vurdering og kandidatens gjennomføring av fagprøven. I en slik sammenheng hadde det vært mulig å vurdere om prøvenemndsmedlemmets faglige bakgrunn hadde innflytelse på utforming av oppgave og vurdering.

## **5.2. Opplæring i fylkeskommunal regi**

I følge opplæringsloven skal fylkeskommunen sørge for at prøvenemndene har vurderingsfaglig kompetanse. Fylkeskommunen gjennomfører ca. en gang i året fellesmøter for alle faget. Når Kunnskapsløftet ble innført i 2006, var det ny oppnevning av prøvenemnder for helsearbeiderfaget og da fikk prøvenemdene også fagspesifikk opplæring i tillegg til det generelle, men det har ikke vært noe oppfølging etter dette. Informantene uttrykker behov for opplæring siden dette er et nytt fagområde.

«Det er hovedsakelig fellesmøter hvor alle prøvenemnder er samlet, og da fra alle fagområder som rørlegger, elektriker, tømrer og så videre, men det er veldig få som møter opp og vi synes det ikke er gode møter.»

Resultatene viser at de har fått generell innføring i vurdering, men opplever det også blir veldig teknisk, tar utgangspunkt i håndverksfagene.

«Vi ønsker å bli sett og hørt i fylkeskommunen. Fylkeskommunen jobber mye med skole, men ikke opplæring i bedrift. Vi vil ha opplæring om det fagspesifikke, være med å utvikle faget.»

Dette samstemmer også med undersøkelsen som er gjort av Fafo i 2011 som viser til at helsearbeiderfaget er preget av at det er et nytt fag og at prøvenemndsmedlemmene har ulik fagbakgrunn. Alle informantene hadde deltatt på kurs for prøvenemndsmedlemmer hvorav de fleste har vært generelle, ikke spesielle.

Informantene uttrykte at de savnet mer fagspesifikke prøvenemndskurs. Kun et av fylkene hadde arrangert møter i forbindelse med overgangen fra omsorgsarbeiderfag til helsearbeiderfaget. Informantene uttrykte en usikkerhet, men en åpenhet om hva det nye faget består i, eller om faget egentlig vil bety så mye for oppgaveutførelse, oppgavefordeling og samhandling i arbeidsfeltet (Fafo, 2011).

Når det gjelder lærers krav til kompetanse er det klart definert. I 2015 er det satt av mye midler til Yrkesfagløftet, og etterutdanning av yrkesfaglærere, men mangelfullt til fagopplæring i bedrift. Helsearbeiderfaget på den ene side er nytt og således i en dannelsesprosess (Walstad 2006) og i tillegg er det et stort behov for faget i framtid.

Prøvenemndens utsagn om å bli sett og hørt av fylkeskommunen er i stor grad betimelig med tanke på utviklingen av helsearbeiderfaget. På den ene side delegerer fylkeskommunen det meste av gjennomføringen av fagprøven til medlemmer i prøvenemndene samtidig som de har ansvar for å sikre den faglige kompetanse. På den annen side er det en gruppe som opplever lite oppfølging fra fylkeskommunen, liten interesse for faget. Hvilke signaler gir det om vektlegging av helsearbeiderfaget?

### ***5.3 Hvilke rolle har prøvenemndsmedlemmene i forkant av fagprøven?***

I følge opplæringsloven har prøvenemnda ansvar for å godkjenne fagprøven (Kunnskapsdepartementet, 2006).

Felles for alle er at de lager oppgaven i samarbeid med prøvestedet og kontaktpersonen der fagprøven skal avvikles. Alle bruker i utgangspunktet en mal som oftest er laget i samarbeid med fylkeskommunen, bortsett fra en fylkeskommune hvor de har delegert oppgaven til prøvenemndene, da de mener de innehar den beste kompetanse. Felles for alle malene er også at tjenestestedet skal fylle ut med opplysninger om de aktuelle brukere/pasienter. Prøvenemndene godkjenner de endelige oppgavene.

Så fort prøvenemnda får informasjon om oppmelding fra fylkeskommunen, tar de kontakt med kandidaten og informerer om fagprøven, både tidspunkt og innhold. I tillegg sender de skriftlig informasjon. Det viser seg i stor grad at prøvenemndene har det fulle ansvar både for kontakten og informasjonen til prøvestedet og godkjenning av oppgaven og informasjonen til kandidaten. Det samstemmer med rapporten fra Fafo hvor nemndene framstilles som rimelig autonome (Fafo, 2011).

De tar telefonkontakt med kandidaten for å informere og etablere kontakt med kandidaten for å etablere trygghet slik at kandidaten skal få mulighet til å vise sin kompetanse. En prøvenemnd har i tillegg formøte noen uker før nettopp for å etablere kontakt med kandidaten med tanke på negativt stress i prøvesituasjonen.

På den ene side har medlemmene i prøvenemndene det fulle ansvar for å kontakte prøvested, godkjenne oppgaver og kontakte prøve kandidat. Prøvestedet er med i utvelgelsen av prøvesituasjon. I tillegg tar de kontakt med kandidaten i forkant for å informere om prøven for å gi kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse. På den andre side er det fylkeskommunen som har ansvar for gjennomføring av fagprøven i helsearbeiderfaget. I hvilken grad er det mulig å utvikle fagprøver i tråd både med opplæringen og helse- og omsorgstjenestens kompetanse når der finnes mangelfull opplæring fra fylkeskommunens side og samarbeidsarenaer for skole og arbeidsliv. Samarbeid skole – arbeidsliv synes viktig for å til god og relevant opplæring hvor kandidaten får vist sin kompetanse i helsearbeiderfaget (Aarkrog, 2004).

## **5.2 Gjennomføring av fagprøven**

Her drøftes funnen omkring gjennomføringen av fagprøven i lys av teori og behov for kompetanse i helse- og omsorgstjenesten.

### **5.2.1 Hva kjennetegner innholdet i fagprøven?**

Felles for alle oppgavene er at kandidaten skal planlegge, gjennomføre, dokumentere og vurdere eget prøvearbeid (Kunnskapsdepartementet, 2006) Prøveavleggelsen skjer på kandidatens siste prøvested i helse- og omsorgstjenesten i kommunen eller i sykehus. I stor grad medvirker det at kandidaten får mulighet til å få vist sin kompetanse, da omgivelsene er kjente. Det er noe varierende grad hvor kjent de er med brukerne. På sykehuset hvor det er kort liggetid, er det mindre sannsynlig at de kjenner brukeren fra før, enn i helse- og omsorgstjenesten hvor pasienter/brukere er eldre brukere med ulike behov, kronisk syke personer eller funksjonshemmede med

langvarig hjelpebehov. I et fylke får kandidaten i tillegg foreslå mulige pasienter som kan være aktuelle til fagprøven.

Funnene viser i stor grad at innholdet i oppgaven til fagprøven er sammenfallende.

Oppgavene er i relasjon til en pasientsituasjon(er). I noen oppgaver består oppgaven av å planlegge, gjennomføre og dokumentere eget prøvearbeid. I andre oppgaver er arbeidsoppgavene definert, mens i andre er det vurderingskriterier. Gjentatte innholdskomponenter er observasjon og rapport, kommunikasjon, stell, pleie, respekt, toleranse, brukerfokus, måltider, ergonomi, tverrfaglig samarbeid, taushetsplikt.

På den ene side er denne fagprøve sett i et yrkespedagogisk perspektiv, en fagprøve som er i praksis som er situasjonsorientert, opplevelsesorientert, erfaringsorientert og i et arbeidsfellesskap hvor kandidaten har mulighet å få vist sin kompetanse (Yrkespedagogiske perspektiver (2015)). På den annen side så synes selve oppgaveformuleringen og prioritering av bruk av tid, at kandidaten ikke i den grad får mulighet til å vise sin helhetlige kompetanse i en praktisk situasjon, da hoveddelen av tiden blir brukt til skriftlig prøvearbeid. Et annet spørsmål som også er betimelig å stille er om kandidaten får mulighet til å vise sin kompetanse når alle arbeidsoppgavene er skissert. I hvilken grad er kandidatens evne til å vurdere en situasjon en mulig for kandidaten til å vise sin faglige kompetanse i helsearbeiderfaget?

### **5.2.2 Hvordan brukes aktuelle styringsdokumenter i gjennomføringen av fagprøven?**

Opplæringsloven med forskrift er styringsdokumentet for gjennomføring av fagprøven både når det gjelder rammer, innhold i form av læreplaner og vurdering. Fylkeskommunen er tydelig i sine rammer gjennom informasjonen til prøvenemndsmedlemmer om de generelle rammene rundt fagprøven. I mindre grad når det gjelder det fagspesifikke. Vurdering blir i stor grad forskjellig behandlet. Enkelte oppgaver inneholder vurderingskriterier. «Kandidatene vurderes etter målene i læreplanene.» Den vurderingsfaglige kompetanse synes mangelfull i tråd med Kunnskapsløftets intensjoner. På spørsmål om vurdering svarer kandidatene at de har hatt minifagprøver gjennom opplæringa, og at de kjenner det derfra og at de kjenner de 33 mål i læreplanen. I mindre grad kommer det fram at det er den helhetlige kompetansen som skal vurderes.

### 5.2.3 Yrkeskompetanse i helsearbeiderfaget

I fagprøven er det kandidatens helhetlig kompetanse som vurderes i forhold til grad av måloppnåelse av kompetansemålene i Vg3 fagprøven i helsearbeiderfaget ((Kunnskapsdepartementet, 2006). Kompetanse er evnen til å møte komplekse utfordringer (*St.meld. 30: Kultur for læring*, 2003 -2004).

I følge informantene avlegges alle fagprøven i reelle arbeidssituasjoner i helse- og omsorgstjenesten, oftest på kandidatens siste sted som lærling i sykehjem, bolig for funksjonshemmede og sykehus. Prøvenemndene godkjenner og vurderer fagprøver innen alle disse fagområder.

Siden fagprøven skjer i reelle arbeidssituasjoner, så har kandidaten mulighet til å vise sin helhetlig kompetanse i helsearbeiderfaget. Innholdet og tidsbruk i oppgaven kan i noen grad være styrende for mulighetene.

Et funn som kan påvirke kandidatens mulighet til å vise kompetanse er tidsbruk for gjennomføringen av fagprøven. Resultatene viser ulikheter, ulikheten er gjennomføringsdelen dag to og egenvurdering og dokumentasjon dag tre. I læreplanen står det at fagprøven skal gjennomføres innen fem dager. En av nemndene bruker tre dager. Prøvenemnda observerer kandidaten hele dag to, og mener det er viktig for at kandidaten skal få vist sin kompetanse. Nevner det spesielt hvis kandidaten er utrygg og preget av prøvesituasjonen, da kan en blant annet se at kommunikasjonen endrer seg og går bedre på slutten av dagen. Ved å ta den endelig vurderingen dag tre får kandidaten også bedre tid til å reflektere over sin egen gjennomføring. Prøvenemnda får bedre mulighet til å kvalitetssikre gjennomføringen av fagprøven prøvenemnder avslutter oftest observasjonen av kandidaten ved lunsjtider dag to, og foretar da vurderingen. Tre prøvenemnder avslutter oftest observasjonen av kandidaten ved lunsjtider dag to, og foretar da vurderingen.

Alle kandidater får dag 1 presentert oppgaven som inneholder oppgave med opplysninger om pasienter/brukere. Bortsett fra oppgave A hvor kandidaten i samarbeid med kontaktpersonen kommer med forslag til tre brukere, men som prøvenemnda foretar det endelig valget og pasienten blir presentert for kandidaten dag Under vurdering er det felles for alle oppgavene at kandidaten skal foreta en egenvurdering i forhold til planen og arbeidet som er gjennomført og vurdere hva

gikk bra, hva kunne vært gjort annerledes. Kompetansemålene er lagt med og er utgangspunkt for vurderingen.

Alle oppgavene beskriver at helheten skal vurderes, og at det avsluttes med en oppsummerende samtale. En avslutter med en muntlig eksaminasjon.

Ved å analysere funnene fra dokumentanalysen av oppgavene viser det seg at oppgaven i fagprøven er forskjellige med hensyn til detaljeringsgrad. Oppgave A og B2 beskriver hvilke oppgaver som skal gjøres, mens i oppgave C skal kandidaten ta utgangspunkt i pasientens/brukerens situasjon og finne problemer og behov, ressurser og iverksette tiltak med faglige begrunnelser. På den ene side kan en detaljert oppgave gi tydelighet i prioriteringer i faget, men i følge vurderingsforskriften skal kandidaten skal ha mulighet til å vise sin kompetanse. Spørsmålet dermed om detaljspørsmål reduserer kandidatens mulighet til å vise kompetanse, mens oppgaven hvor kandidaten skal ta utgangspunkt i pasientens/brukers situasjon og finne fram til problemer/behov og tiltak er en åpen oppgave som gir kandidaten mulighet til å vise sin helhetlige kompetanse i helsearbeiderfaget. I en reell arbeidssituasjon for kandidaten må vurdere pasients situasjon og kandidaten ikke kan begrense seg til noen oppgaver. En profesjonell fagarbeider skal kunne opptre selvstendig og ta faglig valg basert på faglige vurderinger innen ansvars- og kompetanseområde (jf. Læreplanen Vg3 helsearbeiderfaget). Funn viser at de fleste kandidaten har fått tildelt en pasient med opplysninger om pasientens tilstand. Kandidaten beskriver at de skal lage en pleieplan med utgangspunkt i denne pasientens situasjon som er oppgitt i oppgaveteksten. Kandidatene beskriver at det skal være en detaljert plan med tiltak og faglige begrunnelser og de bruker hele første prøvedag til å skrive denne planen. Gjennomføringsdelen skjer fra arbeidsdagens begynnelse til ca. lunsj dag 2. Deretter er det dokumentasjon og vurdering av eget prøvearbeid. På den ene side er at fagprøven i en reell arbeidssituasjon hvor kandidaten har mulighet for å vise sin kompetanse. Siden dette er den avsluttende prøve i faget synes det også formålstjenlig at kandidaten får vist sin kompetanse i en reell arbeidssituasjon. Det er i meget sjeldne situasjoner at en helsefagarbeider har ansvar for kun en pasient på en arbeidsdag, da er det i tilfelle et meget komplisert tilfelle. Funnen i undersøkelsen viser ingen kompleksitet i situasjonen, så i en reell arbeidshverdag har en helsefagarbeider mange flere arbeidsoppgaver, både flere pasienter og andre oppgaver som samarbeide med annet personell, måltider, aktiviteter for pasienter og ergonomi. Fagprøven synes i noe

liten grad å gi kandidaten mulighet til å vise sin bredde i helsearbeiderfaget. I tråd med formålet skal en helsefagarbeider utføre grunnleggende sykepleie og miljøarbeid. Han skal samarbeide med andre yrkesgrupper, fremme trivsel, fysisk og psykisk helse og ivareta brukermedvirkning og pasientrettigheter.

I følge opplæringsloven er alle hjelpemidler tillatt. En fylkeskommune tillater bruk av alle hjelpemidler, men ikke å spørre kolleger på planleggingsdagen. De andre oppfordre kandidaten til å bruke alle hjelpemidler og i tillegg spørre på arbeidsstedet om det er noe de lurer. I en oppgave er det også formulert at planen bør lages i samarbeid med pasienten, i følge formålet med opplæringen skal kandidaten i vareta brukermedvirkning.

I denne sammenheng synes også oppgaven begrensende for at kandidaten skal få vist sin kompetanse, siden kandidaten i stor grad utvikler en pleieplan for en pasient uten å samarbeide med pasienten. En oppgave trekker fram pasientmedvirkning. På den ene side gir her den reelle arbeidssituasjonen mulighet for å vise kompetanse både innen brukermedvirkning, tverrfaglig samarbeid som er en etterspurt kompetanse i framtid og opptre faglig forsvarlig (jf. Helsepersonelloven). På den andre side begrenser oppgaven.

I et fylke får kandidaten i tillegg være med å velge ut tre aktuelle pasienter i forkant av fagprøven. Kandidaten blir informert om hvem det blir på dag 1. I de andre tilfellene vet ikke kandidatene hvilke pasienter de får før dag 1. Hva utfører kandidaten av oppgaver i planleggings og gjennomføringsdelen

I følge analyse av resultatene av informanter som har gjennomført fagprøven består oppgaven av å lage en pleieplan, det vil si å lage en plan om pasientens problemer, behov, kartlegge ressurser og iverksette tiltak og alt skal faglig begrunnes. Oppgavene inneholder gjennomføring av morgenstell, pleie, frokost, kommunikasjon. I tillegg har noen en spesifikk oppgave om å lage en kostplan for pasienten. Det er kun en informant som lager oppgaven ut fra pasients situasjon, og som i tillegg har mulig til å velge oppgaver så hun får vist sin kompetanse. Alle informantene formidler at planen er detaljert formulert både gjennom tiltak, som banke på døra for å vise respekt og alt må faglig begrunnes. Planen er utgangspunkt for hva de skal gjennomføre dag to og for egenvurderingen som gjennomføres til slutt og som baserer seg på planen og faktisk hva de har gjort i praksis ved å vurdere hva som har gått bra og hva som kunne



vært gjort annerledes opp mot kriterier for vurdering og kompetansemålene i helsearbeiderfaget. I en praktisk profesjonell yrkesutøvelse framstår kompetanse som en praktisk-teoretisk kompetanse i tråd med studiene til Lave og Wenger om situert læring, som evnen til å integrere kunnskaper, holdninger og ferdigheter. På den ene side er fagprøven i tråd med yrkespedagogiske teorier om at den praktiske opplæringen er grunnleggende. På den annen side gir fagprøven kandidaten gjennom oppgaven i noen grad en begrenset mulighet til å vise sin kompetanse i faget siden det hovedsakelig dreier seg om å ha ansvar for en pasient, skrive en pleieplan til denne pasienten. I hvilken grad får kandidaten mulighet til å vise sin evne til relevansvurderinger (se s. 34), tverrfaglig samarbeid, andre arbeidsoppgaver i helsearbeiderfaget som ikke er direkte knyttet opp mot en pasientsituasjon, og som kandidaten dermed ikke får mulighet til å vise slik oppgavene er bygd opp i dag.

#### **5.2.4 Hvordan måles graden av måloppnåelse i helsearbeiderfaget?**

I følge vurderingsforskriften er det graden av måloppnåelse som skal vurderes til fagprøven og karakteren er Bestått meget godt, Bestått og Ikke bestått (Kunnskapsdepartementet, 2006). For at kandidaten skal få vist sin kompetanse i faget. I følge resultatene avvikles prøvene i reelle, kjente arbeidssituasjoner for kandidaten hvor det er mulig å vise den helhetlige kompetanse i faget. Det får kandidaten vist både igjennom det skriftlig delen i planleggingsdelen og at prøvenemndene observerer kandidaten i det direkte arbeidet dag to, og at kandidaten skal foreta en egenvurdering som inneholder refleksjon om hva som gikk bra og hva kunne vært gjort annerledes. Det er helheten i fagprøven som vurderes. Funnene viser at det i stor grad er den skriftlige pleieplanen som blir vurdert, det gjenspeiles både i prioriteringen av tid, meningen om vurdering fra prøvenemdsmedlemmene og hva kandidatene opplever som er viktig å prioritere. Prøvenemdsmedlemmene uttrykker at de finner dette vanskelig og trenger mer opplæring.

## 6.0 Konklusjon

I dette kapitlet oppsummeres de viktigste funnene og belyser disse opp mot problemstillingen.

### 6.1 Viktigste funn

Funn som resultat av dokumentanalyse og intervju kan tyde på at prøvenemndene har et stort ansvar når det gjelder både utformingen og godkjenningen av oppgaven. Siden dette er et nytt fag det ingen som har opplæring i helsefagarbeider, men tilsvarende som er omsorgsarbeiderfag og hjelpepleier som helsearbeiderfaget skal erstatte. Siden dette er et nytt fag er det bred enighet at de savner fagspesifikk opplæring i regi av fylkeskommunen for å kvalitetssikre utviklingen av faget i tråd med helse- og sosialtjenestens behov for kompetanse, slik at kandidatene opplever opplæringa som relevant og meningsfull.

Funnene viser seg også at oppgavene inneholder ulike muligheter og begrensninger. Malene er utviklet lokalt, noen steder i samarbeid med fylkeskommunen. Det være grunn til stille spørsmål om de er sett i lys av at kandidaten skal få vist sin kompetanse.

Funnene viser også at både kompetansemålene og mer spesifisert vurderingskriterier er utgangspunkt for vurderingen. Som et prøvenemndsmedlem sier så kan omsorgs og sykepleie være så mangt, så her må det brukes en kombinasjon av faglige vurderinger og skjønn.

Funnene viser at fagprøven gjennomføres i reelle arbeidssituasjoner i møte med pasienter og brukere hvor kandidaten får vist sin kompetanse i helsearbeidefaget. I følge opplæringsloven er tidsrammen fagprøven 3–5 dager. Sammenfallende for alle undersøkelsene er at en dag brukes til å utvikle en skriftlig plan. Dag 2 er gjennomføringsdagen. I liten grad får kandidaten mulighet til å vise sin kompetanse i en reell arbeidssituasjon da de fleste starter som normalt ved arbeidsdagens begynnelse, men avslutter i den reelle arbeidssituasjonen til lunsj samme dag. Da dokumenterer de hva de har utført og reflekterer hva som har gått bra og hva de kunne ha gjort annerledes.

På den ene side er det en fagprøve hvor kandidaten får mulighet til å vise sin kompetanse i helsearbeiderfaget i en reell arbeidssituasjon. På den annen side viser oppgaven gitt til fagprøven at oppgaven i seg selv og tidsbruken i stor grad vektlegger

den teoretiske delen av faget. En kan derfor stille seg spørrende til hvilke signal det gir om helsearbeidefaget og hvordan kompetanse i helsearbeiderfaget verdsettes.

Sett i et yrkespedagogisk perspektiv gjennomføres fagprøven i en reell arbeidssituasjon hvor kandidaten i stor grad har mulighet for å vise sin kompetanse, men det synes som om det er oppgaven for fagprøven som lager begrensningene.



## Referanser

- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S.I., Stephansen, A. (2014). *Samhandlingreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Retrieved from
- Benner, P., Heggen, K., Thorbjørnsen, K. M., & Kjerland, L. (2010). *Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer*. [Oslo]: Akribe.
- Carlsson, C.-G., Gerrevall, P., & Pettersson, A. (2007). *Bedömning av yrkesrelaterat kunnskapsnivå*. Stockholm: HLS förlag.
- Dalland, O. (2007a). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2007b). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dobson, S., Eggen, A., & Smith, K. (2009). *Vurdering, prinsipper og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engelsen, B. U. (2008). *Kunnskapsløftet Sentrale styringssignaler og lokale strategidokumenter*. Retrieved from Oslo:
- Fafo, H. i. A., NIFU og Universitetet i Bergen,. (2011). *Prøvenemndenes arbeid med fag- og svenneprøver*.
- Fafo-rapport 2011:36. (2011). *Har vi lærefag som er relevante for kommunesektoren?*
- Grønmo, S. (2004a). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Grønmo, S. (2004b). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
- Hiim, H. (2013). *Praksisbasert yrkesutdanning: hvordan utvikle relevant yrkesutdanning for elever og arbeidsliv?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hilde Hiim, E. H. (2011). *Å utdanne profesjonelle yrkesutøvere*.
- Høst, H. (2010). *Helsefagarbeiderutdanning for voksne*. Retrieved from Oslo:
- Haaland, G., & Nilsen, S. E. (2013). *Læring gjennom praksis: innhold og arbeidsmåter i yrkesopplæringen : en grunnbok i yrkesdidaktikk*. Oslo: PEDLEX Norsk skoleinformasjon.
- Kunnskapsdepartementet. (2006). *Forskrift til opplæringslova*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-06-23-724?q=oppl%C3%A6ringslova>
- Kunnskapsdepartementet. (2011-2012). *St.meld. 13 Utdanning for velferd Samspill i praksis*. Oslo Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-13-20112012.html?id=672836>.
- Kvale, S. B., Svend. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lov av 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (Opplæringslova) (i kraft 1. august 1999)*. (1999). Oslo: Cappelen akademisk forl. ; Lovdata.
- Meld. St. 13 (2011-2012). (2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Oslo Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-13-20112012.html?id=672836>.
- Meld. St. 29 (2012 – 2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from

- <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252>.
- Nielsen, K. K., S. (1999). *Mesterlære. Læring som social praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Norge, K. (2012). *Utdanning for velferd : samspill i praksis* (Vol. 13(2011-2012)). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Opplæringslova. (2006). *Forskrift til opplæringslova*. Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-06-23-724>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Retrieved from <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Postholm, M. B. J., D.I. (2011). *Læreren med forskerblick*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Räisänen, A., & Rökköläinen, M. (2014). Assessment of learning outcomes in Finnish vocational education and training. *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice*, 21(1), 109-124. doi:10.1080/0969594x.2013.838938
- St. meld. nr. 030 (2003 - 2004). (2004). *Kultur for læring*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- St. meld. nr. 47 (2008 - 2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. 30: Kultur for læring*. (2003 -2004). Oslo.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). (2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Tanggaard, L. (2004). Evaluering som regulering af læring. *Tidsskrift for arbejdsliv*, 6(4), 57-75.
- Utdanningsdirektoratet. (2006). *Læreplanverket for Kunnskapsløftet. Prinsipper for opplæringen*. Oslo.
- Walstad, P. H. B. (2006). " Dannelse og Duelighet for Livet" Dannelse og yrkesutdanning i den grundtvigske tradisjon".
- Aarkrog, V. (2004). *Læring i et spændingsfelt : mellem uddannelse og arbejde* (P. Bottrup & C. H. Jørgensen Eds.). Roskilde: Roskilde universitetsforlag.

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 37666

Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.

Vedlegg 2  
Læreplanen i helsearbeiderfaget Vg3



## Hovedområder

### Helsefremmende arbeid

Hovedområdet handler om hva levevaner, fysisk aktivitet og kosthold betyr for å forebygge sykdom og fremme fysisk og psykisk helse. Det handler videre om profesjonell helsehjelp, pleie, omsorg og aktiviteter som fremmer mestring, helse, trivsel og livskvalitet. I hovedområdet inngår grunnleggende sykepleie, praktiske hygienetiltak og forebygging av smitte. Videre dreier hovedområdet seg om sammenhenger mellom kroppens oppbygning og funksjoner og sykdomslære. Kultur som helsefremmende og mobiliserende tiltak, helse, miljø og sikkerhet, førstehjelp og forebygging av belastningslidelser inngår i hovedområdet.

Side 2 av 5

---

Læreplan i helsearbeiderfaget Vg3 / opplæring i bedrift

Læreplankode: HEA3-01

### Kommunikasjon og samhandling

Hovedområdet handler om hvordan kommunikasjon med mennesker kan fremme helse og sosial utvikling. Empati, respekt og toleranse som grunnleggende verdier for den enkeltes selvfølelse og integritet står sentralt. Videre inngår også ulike kommunikasjonsteknikker og konflikthåndtering. Objektiv observasjon, korrekt tilbakemelding, relevant regelverk om taushetsplikt og personvern inngår i hovedområdet.

### Yrkesutøvelse

Hovedområdet handler om hvordan det helhetlige menneskesyn kan ivaretas. Planlegging, gjennomføring, dokumentasjon og vurdering av eget arbeid inngår i hovedområdet. Det handler videre om relevant regelverk og yrkesetiske retningslinjer. Helsefagarbeiderens rolle og ansvar i samarbeid med andre yrkesgrupper står sentralt. Videre handler hovedområdet om ulike planer som brukes i helse- og sosialsektoren, dokumentasjon og gjennomføring av helse-, omsorgs- og sosialt tiltak.

## Grunnleggende ferdigheter

Grunnleggende ferdigheter er integrert i kompetansemålene der de bidrar til utvikling av og er en del av fagkompetansen. I helsearbeiderfaget forstås grunnleggende ferdigheter slik:

*Å kunne uttrykke seg muntlig og skriftlig* i helsearbeiderfaget innebærer å rapportere og informere andre på korrekt og hensiktsmessig måte. Det vil også si å kunne fylle ut skjemaer og utarbeide planer. Videre innebærer det å kunne kommunisere og legge til rette for dialog i møte med pasienter, brukere, pårørende og kollegaer.

*Å kunne lese* i helsearbeiderfaget innebærer å forstå innholdet i ulike tekster og skjemaer, pasientdokumenter og planer, statistikk og relevant regelverk. Å kunne lese innebærer også å kunne forstå og sette seg inn i faglitteratur for å holde seg faglig oppdatert.

*Å kunne regne* i helsearbeiderfaget innebærer å beregne og vurdere kostnader knyttet til ulike aktiviteter i boliger og institusjoner. Tallforståelse innebærer også å kunne vurdere mengde, mål og vekt i måltider.

*Å kunne bruke digitale verktøy* i helsearbeiderfaget innebærer å utveksle dokumentasjon og informasjon i faglig arbeid. Det vil si å kunne kommunisere med andre og utføre kontortekniske rutiner.

# Kompetansemål

## Etter Vg3

### Helsefremmende arbeid

Mål for opplæringen er at lærlingen skal kunne

- tilberede måltider som ivaretar brukernes helse og trivsel, og begrunne forslagene i tråd med norske anbefalinger for ernæring
- planlegge, gjennomføre og vurdere forebyggende og rehabiliterende pleie- og omsorgstiltak

Side 3 av 5

---

Læreplan i helsearbeiderfaget Vg3 / opplæring i bedrift

Læreplankode: HEA3-01

- iverksette og begrunne tiltak ved sykdom og skade i samarbeid med andre yrkesgrupper
- utføre grunnleggende sykepleie
- pleie alvorlig syke og døende
- følge gjeldende regelverk for hygiene på arbeidsplassen
- planlegge og gjennomføre tiltak som fremmer trivsel og bidrar til økt livskvalitet
- vurdere faktorer som kan fremme psykisk helse
- planlegge og gjennomføre aktiviteter i dagliglivet tilpasset brukerens funksjonsnivå
- bruke kultur og kulturopplevelser som helsefremmende tiltak
- veilede i bruk av aktuelle hjelpemidler
- vurdere risiko for brann og andre hjemmeulykker og foreslå forebyggende tiltak
- utføre førstehjelp og følge rutiner for varsling
- observere og rapportere om virkninger og bivirkninger av legemidler
- følge ergonomiske prinsipper i yrkesutøvelsen
- følge gjeldende regelverk for helse-, miljø og sikkerhet

## Kommunikasjon og samhandling

*Mål for opplæringen er at lærlingen skal kunne*

- utføre arbeidet på en måte som vekker tillit, skaper troverdighet og positiv dialog med bruker, pasient og pårørende
- kommunisere med brukere og pasienter med ulike kommunikasjonsevner
- observere og rapportere den enkelte brukers helhetlige behov
- følge gjeldende regelverk for taushetsplikt og personvern i helse- og sosialsektoren
- veilede brukere, pasienter og pårørende i helsefaglige spørsmål
- orientere brukere og pårørende om deres grunnleggende rettigheter innen helse- og sosialtjenesten
- bruke ulike strategier for konflikthåndtering
- håndtere aggressive og truende personer
- utføre arbeidet i tråd med miljøterapeutiske målsettinger

## Yrkesutøvelse

*Mål for opplæringen er at lærlingen skal kunne*

- planlegge, gjennomføre, dokumentere og vurdere eget arbeid og foreslå forbedringstiltak
- identifisere underernæring og feilernæring og foreslå tiltak for å forebygge og behandle disse
- yte profesjonell helsehjelp i tråd med gjeldende regelverk
- utføre arbeidet i tråd med yrkesetiske retningslinjer
- drøfte etiske problemstillinger knyttet til yrkesutøvelsen
- utføre arbeidet på en måte som ivaretar den enkelte brukers selvstendighet, følelse av likeverd og tilhørighet
- følge gjeldende regelverk for bruk av tvang
- delta i tverrfaglig samarbeid
- ivareta brukermedvirkning
- kartlegge brukerens funksjonsnivå og bistandsbehov, og gjennomføre tiltak i samhandling med brukeren
- foreslå og sette i verk tiltak som fremmer mestring, helse, trivsel og stimulerer til et aktivt liv
- utføre arbeidet i samsvar med gjeldende regelverk og arbeidsplassens planer og rutiner
- følge gjeldende regelverk og arbeidsplassens rutiner for medikamenthåndtering
- gjøre rede for begrepet myndiggjorte medarbeidere



## Vurdering

### Vg3 helsearbeiderfaget

Bestemmelser for sluttvurdering:

Hovedområder	Ordning
Helsefremmende arbeid	Alle skal opp til fagprøven, som normalt skal gjennomføres innenfor en tidsramme på fem virkedager.
Kommunikasjon og samhandling	
Yrkesutøvelse	

De generelle bestemmelsene om vurdering er fastsatt i forskrift til opplæringsloven.

### Vedlegg 3

Se vedlegg 1. Tabellen under viser Kompetansemål som beskriver funksjoner er *kursivert*.

Helsefremmende arbeid	Kommunikasjon og samhandling	Yrkesutøvelse
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>tilberede måltider som ivaretar brukernes helse og trivsel, og begrunne forslagene i tråd med norske anbefalinger for ernæring</i></li> <li><i>planlegge, gjennomføre og vurdere forebyggende og</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>utføre arbeidet på en måte som vekker tillit, skaper troverdighet og positiv dialog med bruker, pasient og pårørende</i></li> <li><i>kommunisere med brukere og pasienter med ulike kommunikasjonsvevne</i></li> <li><i>observere og rapportere den</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>planlegge, gjennomføre, dokumentere og vurdere eget arbeid og foreslå forbedringstiltak</i></li> <li><i>identifisere underernæring og feilernæring og foreslå tiltak for å forebygge og behandle disse</i></li> <li><i>yte profesjonell helsehjelp i tråd med gjeldende regelverk</i></li> </ul>

<p>rehabiliterende pleie- og omsorgstiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>iverksette</i> og begrunne <i>tiltak</i> ved sykdom og skade i <i>samarbeid</i> med andre yrkesgrupper</li> <li>• <i>utføre</i> grunnleggende sykepleie</li> <li>• <i>pleie</i> alvorlig syke og døende</li> <li>• følge gjeldende regelverk for hygiene på arbeidsplassen</li> <li>• <i>planlegge</i> og <i>gjennomføre tiltak</i> som fremmer trivsel og bidrar til økt livskvalitet</li> <li>• vurdere faktorer som kan fremme psykisk helse</li> <li>• <i>planlegge</i> og <i>gjennomføre aktiviteter</i> i dagliglivet tilpasset brukerens funksjonsnivå</li> <li>• bruke kultur og kulturopplevelser som helsefremmende tiltak</li> </ul>	<p>enkelte brukers helhetlige behov</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• følge gjeldende regelverk for taushetsplikt og personvern i helse- og sosialsektoren</li> <li>• <i>veilede</i> brukere, pasienter og pårørende i helsefaglige spørsmål</li> <li>• <i>orientere</i> brukere og pårørende om deres grunnleggende rettigheter innen helse- og sosialtjenesten</li> <li>• <i>bruke</i> ulike strategier for konflikthåndtering</li> <li>• <i>håndtere</i> aggressive og truende personer</li> <li>• <i>utføre arbeidet</i> i tråd med miljøterapeutiske målsettinger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>utføre</i> arbeidet i tråd med yrkesetiske retningslinjer</li> <li>• drøfte etiske problemstillinger knyttet til yrkesutøvelsen</li> <li>• <i>utføre</i> arbeidet på en måte som ivaretar den enkelte brukers selvstendighet, følelse av likeverd og tilhørighet</li> <li>• følge gjeldende regelverk for bruk av tvang</li> <li>• <i>delta</i> i tverrfaglig samarbeid</li> <li>• ivareta brukermedvirkning</li> <li>• <i>kartlegge</i> brukerens funksjonsnivå og bistandsbehov, og gjennomføre tiltak i samhandling med brukeren</li> <li>• <i>foreslå</i> og <i>sette i verk tiltak</i> som fremmer mestring, helse, trivsel og stimulerer til et aktivt liv</li> <li>• <i>utføre arbeidet</i> i samsvar med gjeldende regelverk og arbeidsplassens planer og rutiner</li> <li>• følge gjeldende regelverk og arbeidsplassens rutiner</li> </ul>
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>veilede i bruk av aktuelle hjelpemidler</i></li> <li>• <i>vurdere risiko for brann og andre hjemmeulykker og foreslå forebyggende tiltak</i></li> <li>• <i>utføre førstehjelp og følge rutiner for varsling</i></li> <li>• <i>observere og rapportere om virkninger og bivirkninger av legemidler</i></li> <li>• <i>følge ergonomiske prinsipper i yrkesutøvelsen</i></li> <li>• <i>følge gjeldende regelverk for helse-, miljø og sikkerhet</i></li> </ul>		<p>for medikamenthåndtering</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>gjøre rede for begrepet myndiggjorte medarbeidere</i></li> </ul>
---	--	--

Ved å se på de ovennevnte kompetansemålene er de hovedsakelig funksjonsbaserte.





<ul style="list-style-type: none"> <li>○</li> <li>○</li> <li>○</li> <li>○</li> <li>○</li> <li>○</li> <li>○</li> <li>○</li> <li>○</li> <li>○</li> <li>○ <i>Bruk av hjelpemidler</i></li> </ul>	<p>oppgaven ut fra opplysningen ovenfor og ut fra kompetansemålene i læreplanen for helsearbeidsfaget Vg3 opplæring i bedrift.</p> <p>Hvilken av de tre brukere som kandidaten skal få, skal ikke offentligjøres før prøvens første dag.</p> <p>.</p> <p>Alle</p>			Alle opplæringslova §3-57
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Hvem vurderer?</i></li> </ul>	Prøvenemnda	Prøvenemnda	Prøvenemnda	Prøvenemnda
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Hva vurderes?</i></li> </ul>	Gjennomføring av hele prøvedagen. Kandidatens vurderingsarbeid og dokumentasjon	Vise evne til 6 Å vise den nødvendige respekt og toleranse. 7 Samspill/kommunikasjon med	<b>Oppgave</b> Gjennomføringen av fagprøven skal bestå i å anvende kunnskap gjennom ditt arbeid, jf.	

	<p>n av utført arbeid. Avsluttes med muntlig samtale.</p>	<p>8 brukerne. Å observere og rapportere ut fra pasientens helhetlige behov.</p> <p>9 Å gi hjelp ut fra det enkelte menneskets grunnleggende behov og forutsetninger.</p> <p>10 Å kunne samarbeide med det øvrige personalet. Ut fra følgende oppgaver skal kandidaten prøves i 33 mål.</p> <p>Prøven skal inneholde Dag 1: Utarbeide planen Dag 2: 7,5t Gjennomføre arbeidet etter planen, hvis ikke må begrunnes. Dag 3: A Vurdering av eget arbeid Skriv en rapport som skal inneholde: Vurdering av planen og hvordan planen ble fulgt. Beskrivelse av ev. endringer med begrunnelser. Drøfting av hva som gikk</p>	<p>læreplanen i helsearbeiderfaget Vg3 / opplæring i bedrift. Velg ut de mest relevante områdene i læreplanen basert på tjenestemottakers behov.</p> <p><b>Utarbeid en skriftlig oppgave hvor du tar utgangspunkt i tjenestemottakerens behov. Innhent relevant informasjon.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gjør rede for hvilke ressurser og problemer tjenestemottaker har.</li> <li>2. Vurder ut fra tjenestemottakernes behov, hvilke mål du vil jobbe etter, jf. læreplanen . Begrunn faglig.</li> <li>3. Beskriv tiltak og velg metode etter prosedyre. Foreslå eventuelt egne tiltak. Begrunn faglig.</li> </ol>
--	---	---	--

		<p>bra/mindre bra. Refleksjoner rundt vurdering av hvilke faktorer som har hatt betydning for resultatet av arbeidet. Vurdering av mål/tiltak som må følges opp. B Dokumentasjon av eget arbeid. Skriv en rapport av arbeidet utført dag 2. Rapporten leveres prøvenemnda i to eks. På bakgrunn av planen, gjennomføringen og de skriftlige rapportene fortar prøvenemnda en muntlig eksaminasjon og vurdering av arbeidet. Prøvenemnda kan også stille spørsmål fra deler av læreplanen som ikke er direkte knyttet til det praktiske arbeidet. Den muntlige eksaminasjon kan ta utgangspunkt i forhold som</p>	<p>4. Begrunn faglig hvilke observasjoner du vil prioritere. 5. Lag en arbeidsplan for gjennomføringen. Begrunn faglig.</p> <p>Tiltakene skal, så langt råd er, gjøres i samarbeid, med tjenestemottakene.</p> <p>Vurder behov for assistanse.</p> <p>Oppgaven skal leveres i 3 eksemplarer.</p>
--	--	--	--

--	--	--	--

