

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

FRÅ SAMARITT TIL FAGARBEIDAR

Korleis har opplæringa til helsefagarbeidaren endra seg får 1950 – 2012?

Masteroppgåve i Yrkespedagogikk
Våren 2012

Aud Ingunn Kvile

Institutt for yrkeslærerutdanning
Fakultet for lærerutdanning og internasjonale studier

Forord

Takk til dei som sa seg villige til å vere med på eit intervju. Leite fram minner og dele dei med meg. Det har vore ein lærerik prosess å skrive dette prosjektet og eg har møtt mange fantastiske menneske som også har lært meg mykje om mitt tidlegare profesjons historie.

Takk til dei som i mange år har jobba i omsorgsyrke både som assistentar, samarittar og hjelpepleiarar. Alle pasientar som f.eks. ikkje hadde kome seg ut av senga utan at der var nokon som kunne støtte, løfte, bære dei. Utan deira innsats, så har denne historia vist, at det hadde vore mange pasientar som ikkje hadde fått den hjelpa dei trong.

Takk til læringsgruppa på HIAK og rettleiar Ronny Sannerud for gode tilbakemeldingar i arbeidet gjennom desse to åra. Også takk til Birger Brevik, som det siste semesteret har hatt ein forsterka rettleiarrolle i læringsgruppa for gode tilbakemeldingar. Utan den inspirasjonen gruppa har gitt meg, hadde livet som student vore mindre fargerikt. De har muntra opp med gode historier og eit liv på farmen i Vik har eg og fått eit innblikk i.

Takk til Roar Øvrebust som hjelpte meg med «språkvasken», og Bente Øverby Kjørstad med det engelske samandraget.

Nå som prosjektet er ferdig, håpar eg det kan skape både refleksjon og ettertanke, når det skal ut på ei reise til forhåpentlegvis nysgjerrige lesarar.

Samandrag

Frå samaritt til fagarbeidar - Korleis har opplæringa til helsefagarbeidaren endra seg frå 1950 – 2012?

Bakgrunn og formål

Då eg sjølv er hjelpepleiar og vart utdanna ved Hjelpepleieskulen i Lærdal 1978 har eg hatt interesse for faget, og faget si historie. Eg har seinare utdanna meg til yrkesfaglærer i helse- og sosial og interessa for historia er i dag minst like sterk. Å vere oppteken av at opplæringa skal vere best muleg både for pasientar/brukarar er ei sjølvstekt sak som lærar i dette faget, men der ligg og ein grunn i mitt doble praksisfelt (hjelpepleiar og lærar) å løfte fram det arbeidet som har vore gjort og sett på som viktig i eit yrkespedagogisk lys.

Det er bruk for mange fleire hender i helsesektoren får vi høyre både i valkamp og i media. Kommunesektorens organisasjon (KS) har i rapporten: «Faglærte er ønsket arbeidskraft i kommunane» undersøkt behovet for m.a. helsefagarbeidarar både i dag og på lengre sikt. På bakgrunn av dette er omdømebygging, og det at helsefagarbeidaren må sikrast ein høgare status, også eit utgangspunkt for å gjere denne undersøkinga.

Problemstilling:

Korleis har opplæringa til helsefagarbeidaren endra seg frå 1950 – 2012?

For å svare på problemstillinga har studien som hovudsak retta seg imot utvalde kategoriar der eg valde å intervjuje åtte damer ifrå ulike tiår. Det var to samarittar, ei ifrå 1950 og ei frå 1960. Fem hjelpepleiarar ifrå 1960 – 1995 og ei som tok helsearbeidarfaget etter KL06. Av praktisk/geografiske omsyn valde eg informantar frå ulike delar av Sogn og Fjordane fylke der eg bur. Det var interessant å spørje kvifor dei valde å utdanne seg innan helsevesenet, korleis utviklinga har vore ifrå samaritt til fagarbeidar. Utviklinga når det gjeld arbeidsoppgåver, korleis dei lærde arbeidsoppgåvene og teorien bak desse. Å høyre og skrive ned kva informantane har sagt om stoltheit over yrket sitt, og kva nokre meiner om dette yrket og statusen i dag og vegen vidare, var interessant å høyre kva dei meinte om, i forhold til omdømebygging som eit av formåla med rapporten.

Metode:

Eg ønskte å samle minne og erindringar om utviklinga av helsearbeidarfaget frå midten av 1900-talet gjennom samtalar med yrkesutøvarar, der eg har valt å bruke kvalitativt forskingsintervju som metode.

I analysen hadde eg ei ad hoc-tilnærming for å få forståing av utsegnene til informantane. Ei ad hoc-tilnærming medfører at ein ikkje treng å følgje ein standard analysemetode, men kan nytte ulike tilnærmingar. Eg strukturerte det transkriberte materialet ved å bruke ulike fargekodar etter temaet i intervjuguiden, der for eksempel alt informantane hadde sagt om korleis dei lærte arbeidsoppgåvene fekk fargen blå, og om dei var stolte av yrkesvalet, fekk fargen grøn. I denne prosessen reduserte eg datamaterialet ved å ta vekk det som ikkje var relevant for problemstillinga. På denne måten fekk eg god oversikt, og eg kunne i dette arbeidet sjå heilskap og samanheng i det som var formidla.

Resultat i studien:

Grunnar for å ta utdanninga, var alt ifrå sjanse til å få seg ein fast jobb til som ei sa: «det var liksom dette eg hadde lyst til», og ei sa ho likte å jobbe med menneske. Informantane gav uttrykk for at det å gjere ein god jobb var vesentleg, og ei av samarittane uttalte ho var «heilt hekta» på jobben. Nokre av informantane reiste langt for å ta seg ei utdanning, det kan nesten samanliknast med dagens Amerika-reise, medan det i dag er fleire vidaregåande skular som tilbyr helsefagarbeidutdanning. Har reiseavstanden samanheng med kor vanskeleg det var å kome inn? Dette er vanskeleg å meine noko sikkert om, men det kan sjå ut som der kan vere ein samanheng med vanskegraden for å kome inn fordi ein måtte vere villig til å gjere ein større innsats for å skaffe seg utdanning. Ei av informantane, som hadde høgt snitt etter å ha gått to år på sosial- og helsefag før ho kom inn på hjelpepleielinja, meinte dette. I dag seier denne hjelpepleiaren: «helse- og sosialfag er på ein måte... ein salderingspost- der kjem folk inn som ikkje kjem inn på noko anna».

Den identiteten til eit yrke som kom fram ifrå samarittar/hjelpepleiarar før R-94, ser ut til å vere svekka i dagens utdanning. Når elevane i dag byrjar på vg2 Helsearbeidarfaget, er det krav om fullført vg1 helse- og sosial der elevane, i tillegg til fellesfag, skal få moglegheit til å prøve ut ni ulike yrke innan helse- og sosialfaglege utdanningar. Første året vert det ikkje fokusert på opplæring til eit bestemt yrke, og då kan det sjå ut som den teoretiske læringa er vektlagt som ei meir generell læring, i motsetning til samarittane som fekk eksakt opplæring i arbeidsoppgåvene til yrket. Vidare fann eg at veksellundervisninga mellom teori og praksis, med ein bolc på skulen og ein bolc på arbeidsplassen, vart opplevd som god læring.

Abstract

From a Samaritan to a Skilled Worker – how has the Training of a Health Care Worker changed from 1950 to 2012?

Background and Purpose:

I am an auxiliary nurse (State Enrolled Nurse) educated at the school for auxiliary nurses in Lærdal in 1978 and I have always been interested in the occupation and its history .I have taken further education and am now a teacher in the field of vocational training- Health Care Workers – and my interest for the history is still very strong .To be preoccupied with the best training possible for the students as well as for the clients is self-evident. There is however, another reason in my double field of occupation (auxiliary nurse and teacher) to focus on the work done and how it has been done from an educational view.

“We need more hands in the health sector” is a slogan often quoted in election campaigns as well in the media. A report from The Organization of Local Governments (KS) has looked into the increasing demand for skilled workers in the health sector in the municipalities. Considering this fact, the health care workers must be secured a higher status, which also is a reason to do this study.

The Issue to be looked into:

How has the Education of Health Care Workers changed from 1950-2012?

In order to give an answer to the question, this study comprises chosen categories in which I have chosen to interview eight ladies from the various decades .There are two Samaritans; one representing the 1950s and the other one the 1960s. There are five auxiliary nurses from the 1960s to 1995 and one lady who had her education as health care worker after the new curriculum of 2006. From a practical and geographical point of view, I have chosen informants from different parts of Sogn og Fjordane county .It was interesting to ask why they chose an education within the health sector, to experience an evolvment from a Samaritan to a health care worker, as well as experiencing the development of the work tasks , how they were taught and the theory behind .Listening and writing down what the informants have said about the pride they took in their occupation and what views they have on the status of the job today and their views on what to do to get more people to want this education, was very enlightening(informative) .The last topic was also one of the points in the KS report.

Method:

I wanted to collect memories and remembrances about the development of the health care profession from the middle of the 1900s with conversations with workers. I have chosen a qualitative approach – using interviews as scientific method.

In my analysis I used an ad hoc approach to achieve understanding of the statements given by the informants. An ad hoc approach does not involve following a standard method of analysis, you can use different approaches. I have structured the transcribed material by using different colour codes depending on the theme involved in the interview. Blue was the colour used when telling about how they learnt to perform their tasks; if they were proud of their choice of occupation – this was marked with the colour green. During this process I reduced the number of collected data by removing what was not relevant for the study. In this way I got a good overview, consequently it was easier to find what I was looking for and see the context of what was passed on during the interviews.

The Conclusion of the Study:

The informants gave different reasons for why they chose this education; from the opportunity to getting a permanent job, because this was what they wanted or simply that they wanted to work with people. The informants underlined the importance of doing a good job. One of the Samaritans uttered that she was completely addicted to the job. Some of the informants travelled far in order to get their education; almost as a travel to America in the old days. Nowadays several upper secondary schools offer education for health care workers. Did the distance they had to travel pay any importance in connection with how difficult it was to get admission to the study? Nothing can be said for sure, but it looks like there is a connection – you would have to do a better performance to fulfil your education. One of the informants, who had excellent grades after two years of health care studies before she was admitted to auxiliary nurse school, maintained this. Today the same auxiliary nurse says: "Health care studies are a 'balancing item' - students who are not admitted anywhere else end up in the health care classes."

The identity with the occupation as expressed by the Samaritans and the auxiliary nurses seems to be weakened after the school reform of 1994 (R94). Today, before starting the health care worker study you have to pass the first year (vg1). During the first year the students have the opportunity to try out nine different occupations within health and social education. In addition they have general subjects. Thus, the first year there is no focus on education for a specific occupation, the main focus is on theory and general knowledge. This contrasts the education given to the Samaritans, who were trained for the specific tasks of their occupation. I also found out that alternating theory at school

with periods of work experience at a workplace was well received as good learning among the participants.

Innhold

Samandrag.....	3
Abstract	5
1. Innleiing	12
1.1 Bakgrunn for val av oppgåve	13
1.2 Problemstilling.....	14
1.3 Omgrepsavklaring.....	16
1.5 Oppbygging av rapporten.....	17
2. Opplæring gjennom historia til Helsefagarbeidaren	18
2.1 Læreplanar	18
2.1.1 Samaritt	18
2.1.2 Hjelpepleiar fram til 1985/86	20
2.1.3 Vidaregåande skule før 1994.....	22
2.1.4 Vidaregåande skule etter R-94	23
2.1.5 Kunnskapsløftet 2006 (LK06).....	25
2.2 Utvikling av arbeid og hjelpemiddlar.	26
2.3 Presentasjon av praksisplass/arbeidsplass.....	28
2.4 Sjukepleiar	31
2.5 Læring.....	32
2.5.1 Wenger sin sosial læringsteori	32
2.5.2 Meisterlære	35
2.5.3 Sosiokulturellt perspektiv på læring.....	35
2.6 Yrkesstoltheit	37
3. Metode	40
3.1 Om å samle minne.....	40
3.2 Val av forskingstilnærming	40
3.2.1 Fenomenologi og hermeneutikk	41
3.2.2 Kvalitativt forskingsintervju.....	42
3.3 Førebuing av forskingsprosessen.	43
3.3.1 Val av informantar.....	43
3.3.2 Utarbeiding av intervjuguide.....	44
3.4 Gjennomføring av intervju	44
3.5 Transkribering – frå tale til tekst	46
3.6 Analyse og tolkning.	46

3.7 Metodedrøfting	47
3.7.1 Reliabilitet.....	48
3.7.2 Validitet	48
3.7.3 Metodekritikk	50
3.8 Forskingsetiske vurderingar	50
4. Stemmene som fortel.....	52
4.1 Samarittane 1950 og 1960.	53
4.1.1 “For då kom Vennevoll”. Samaritt 1950.....	53
4.1.2 «Eg hadde ikkje valt noko anna om eg skulle valt opp igjen». Samaritt 1960	56
4.1.3 Helga og Inga Samarittar 1950 og 1960	58
4.2. Hjelpepleiarar før R-94	59
4.2.1 Nesten som ei Amerikareise.....	59
4.2.2 Eg er stolt over yrket mitt og eg er stolt over at eg har fått opplevd veldig mykje	64
4.2.3 Det var veldig vanskeleg å kome inn	68
4.2.4. Reiste 10 mil, tok med meg barna og flytta til Vadheim	70
4.2.5 Kristin, Karoline, Kari og Vigdis.....	74
4.3. Hjelpepleiar og helsefagarbeidar	76
4.3.1 Trong kompetanse for å jobbe i heimesjukepleia.	76
4.3.2 Eg likar å jobbe med menneske.....	79
4.3.3 Anna og Vera	82
4.4 Oppsummering.....	83
5. Analyse og drøfting av tema og problemstilling.....	86
5.1 Like og ulike historier.	86
5.2 Arbeidsoppgåver før, under og etter utdanning	88
5.3 Opplæring, teori og praksis	90
5.5 Stolt	92
5.6 Oppsummering.....	94
6 Oppsummerande drøfting.....	96
6.1 Oppsummering av funn.....	96
6.2 Vegen vidare.....	99

Bildetekstliste:

Figur 1 informantar	12
---------------------------	----

Figur 2: Nordfjord sjukehus i byggeåret 1938.(Fylkesleksikon, 2012)	19
Figur 3 : Høyanger sjukehus på 1970-talet. Ukjend fotograf. Eigar: Sogn og Fjordane fylkeskommune/Fylkesarkivet i Sogn og Fjordane.(Fjordane, 2012)	20
Figur 4 Dokterbustaden, der hjelpepleiarskulen heldt til frå 1971. Foto: Kjell Arvid Stølen, NRK.(Fylkesleksikon, 2012).....	21
Figur 5 1 liter klysterkanne	27
Figur 6 5 ml. mikrolax	27
Figur 7 Løft + arm vekstangprinsippet	28
Figur 8 <i>Komponentar i ein sosial teori om læring (Wenger, 2004, p. 15)</i>	33
Figur 9: Ulike helsearbeidarar	52
Figur 10:Bilde av Vennevoll og Pleiarar Kjelde: Sjukehuset vårt.....	53
Figur 11: Samarittar	58
Figur 12: Kart over Sogn og Fjordane fylke	60
Figur 13: Hjelpepleiarar før R-94.....	74
Figur 14: Hjelpepleiar ifrå R-94 og helsefagarbeidar LK06.....	82

Vedlegg

Vedlegg 1: Informert samtykkeskjema.

Vedlegg 2: Intervjugaid

Vedlegg 3: E-post ifrå Nordfjord Sjukehus

Vedlegg 4: Yrkesetiske retningslinjer

Vedlegg 5: Læreplan for den videregående skolen del 3 i studieretning for sosial- og helsefag-
pleiefagleg utdanning videregående kurs 1 Hjelpepleier:

1. Innleiing

I Noreg har det å ta vare på familien si helse oftast vore kvinna si oppgåve. Det var kvinna som heldt huset i orden, og det var ho som laga maten og ordna med klede og sko. Var det nokon som var sjuke, var det kvinna som budde i huset som pleia denne etter beste evne. Når dei gamle i storfamilien ikkje klarde seg sjølve lenger, var det ei dotter eller svigerdotter som tok seg av dei. Dette endra seg etter som storfamilien endra seg, det var fleire og fleire som flytta på seg og fekk jobb i byar, i industrien, og det vart færre folk som kunne ta seg av dei eldre og sjuke i heimane.

I 1868 fekk vi den første sjukepleieutdanninga som vart organisert av diakonrørsla. (Ågot Lindstrøm, 1976) Etter den andre verdsdskrig med oppbygginga av velferdsstaten og utviklinga av helsetenestene, vart der trong for fleire og fleire innan dette området. Som hjelparar til sjukepleiarane vart det utdanna hjelpesystre, krisehjelpar eller samarittar til å ta seg av dei oppgåvene som dei ikkje greidde å ta seg av. Dette kom i stand fordi det ikkje var så mange sjukepleiarar, og når det organiserte helsevesenet kom på byrjinga av 1800- talet, med førebyggjande helsearbeid og sjukehus og sjukestove i byane, vart det trong for pleiepersonell. Denne utdanninga varierte i lengde og oppbygging i dette fylket eg har gjennomført mi undersøking, utifrå kva sjukehus som arrangerte desse. (Hjelle, 1996)(intervju)

Hjelpepleieutdanninga som vi har hatt her i Noreg fram til Kunnskapsløftet i 2006, då vi fekk helsefagarbeidar med to år på skule og to år som lærling, var ifrå 1994 ei utdanning på tre år i den vidaregåande skulen. Før det har lengda på utdanninga endra seg, men yrkestittelen som hjelpepleiar med ei eiga utdanning har eksistert ifrå 1962 (Ågot Lindstrøm, 1976).

Etter andre verdsdskrig	1962 - 1985	1985/86 - 1994	1994 - 2008	2006
Helsesystre Krisehjelpar Samarittar	Hjelpepleiar	Hjelpepleiar	Hjelpepleiar	Helsefagarbeidar
3 – 6 månadar	10 månadar	2 år vidaregåande skule	3 år vidaregåande skule	2 år vidaregåande skule + 2 år læretid

Figur 1

I denne masteroppgåva vil noko av den utviklinga som har skjedd, ifrå 1950 og fram til i dag kome fram. Korleis det har vore for kvinner på landsbygda å reise vekk for å få seg ei utdanning har eg

forsøkt å få fram ved å skrive ned det informantane har sagt til meg i intervju, dette var spesielt for samarittane og hjelpepleiarane ifrå 1950 – 1980. Dei endringane som har skjedd både med lengda på utdanninga, dei arbeidsoppgåvene desse har utført, og opplæringa i prosedyrar, har vore interessante å sjå på, for om muleg å finne ei forklaring på dei endringane som har skjedd i yrket.

1.1 Bakgrunn for val av oppgåve

Som yrkesfaglærer til helse- og sosialfaglege yrke ser eg det som interessant å sjå på korleis arbeidsoppgåver og utdanning har endra seg innan desse studieretningane. Det er viktig å vere klar over historia, vere bevisst på korleis ei utdanning har starta opp for å verte meir stolt over yrket sitt, gi dette yrket meir status ved å kunne vise til at dette er arbeid som har vore gjort over lang tid, og at utdanninga har utvikla seg når samfunnet og behova til befolkninga har endra seg. Å vere oppteken av at opplæringa skal vere best muleg både for pasientane/brukarane sitt beste er ei sjølvstak sak som lærar, men det ligg også ein grunn i mitt doble praksisfelt å løfte fram det arbeidet som har vore gjort og sett på som viktig i eit yrkespedagogisk lys. Med det doble praksisfeltet meiner eg når eg tidlegare har vore hjelpepleiar og no yrkesfaglærer, kan gi vidare glede eg har hatt i min jobb som hjelpepleiar og vise elevane at dette er ein jobb som vil krevje noko personleg av yrkesutøvarer, det vil også gi mykje tilbake ved at ein arbeider med/for menneske som treng ein og på den måten gjere ein viktig jobb for storsamfunnet.

Det er bruk for mange fleire hender i helsesektoren får vi høyre både i valkamp og i media. I Forsking og Utredning (FoU) sin rapport som er utarbeidd for Kommunesektorens organisasjon (KS):

«Faglærte er ønsket arbeidskraft i kommunane» har dei undersøkt behovet for m.a.

helsefagarbeidarar både i dag og på sikt. Dei har gjennomført ei spørjeundersøking av oppvekstsjefar og pleie- og omsorgssjefar. I denne undersøkinga svara 97 prosent at der er stort eller ganske stort behov for helsearbeidarfaget for å dekke arbeidskrafta og kompetansen i pleie- og omsorgstenesta (K.S., 2011).

I lys av behovet for helsepersonell er det urovekkande at det vert utdanna 40 000 færre helsefagarbeidarar enn behovet tilseier ifølge statistisk sentralbyrå sine berekningar fram imot 2030. Desse berekningane vart gjort i 2005 der dei har teke med i berekninga ein sterk vekst av personar over 80 som kjem etter 2020. Desse tala føreset at berekninga på etterspørsel av tenester er slik dei trur i dag og utdanningskapasiteten er slik den er i dag. Tala føreset også kor mange som går ut i relevant arbeid etter fullført utdanning og at alle som startar utdanninga fullfører (SSB, 2009a, 2009b).

Omdømebygging, og at helsefagarbeidaren må sikrast ein høgare status er og eit utgangspunkt for å gjere denne undersøkinga. Det å arbeide med denne oppgåva med innsamling, bearbeiding, analyse og drøfting av data, kan vere med på å setje eit meir positivt fokus på arbeidet i helsevesenet. Kanskje denne undersøkinga kan brukast til å «snakke opp» yrket, og brukast i omdømmestrategien. Eg har ei oppfatning av at rekruttering til helsefaglege yrke, skjer gjennom kva dei som har vore i yrket i mange år seier om korleis dei opplever å arbeide for eksempel på ein aldersinstitusjon. Korleis dei som arbeidar og bur på ein aldersinstitusjon kjem fram i ulike samanhengar, uttaler i pressa om eit "tungt fysisk arbeid", "dårleg løn" osv. Eit negativt fokus gjer det lite attraktivt for unge å gå inn i ei yrkeskarriere med fokus på høg arbeidsbelastning, dårleg løn og låg status.

Regjeringa hadde i Soria Moria-erklæringa 2005 (Regjeringen, 2005) forplikta seg til å auke årsverka i pleie- og omsorgstenesta med 10.000 innan utgangen av 2009. I informasjonsportalen om helsefagarbeidaren (Utenriksdepartementet, 2007a) skreiv Stoltenberg eit innlegg om meir rock and roll i framtidens eldreomsorg:

I framtidens eldreomsorg trenger vi mer kultur, mer opplevelse, mer natur, mer påfyll og mer sosial kontakt for de som har vært lenge i livet. For å få til det trenger vi flere varme hender som kan gi omsorg og innhold i eldre menneskers liv.

Fleire varme hender, seier han i denne uttalen, fleire helsearbeidarar innan utgangen av 2009, der desse skal gi dei eldre, i tillegg til å få dekkja dei fysiske behova, også mulegheit til å få innhald i kvardagen i form av ulike kulturopplevingar.

Regjeringa har i Omsorgsplan 2015 lova alle som har behov for sjukeheimsplassar å få det innan 2015 (Utenriksdepartementet, 2007b). Dette vil ikkje berre krevje fleire plassar, men og fleire hender innan pleie- og omsorgstenesta.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av mi interesse for historia, den erfaringa eg har ifrå yrket og arbeidet mitt i dag, har eg valt å nytte samarittar, hjelpepleiarar og helsefagarbeidar i tidsepokane 1950 – 2010 for å kaste lys over følgjande problemstilling:

Korleis har opplæringa til helsefagarbeidaren endra seg frå 1950 – 2012?

Eg ønskte å samle minne og erindringar om utviklinga av helsearbeidarfaget frå midten av 1900-talet gjennom samtalar med yrkesutøvarar der eg har valt å bruke kvalitativt forskningsintervju som metode. (Kvale, 1997)Slik informasjon kan bidra til å gi eit heilskapleg bilde av historia og utviklinga.

Med dette utgangspunktet laga eg ein intervjuguid som inneheld tema ifrå førforståinga. Eg var interessert i å tidfeste kva tid dei tok utdanninga, både fordi det var viktig i historia og informantane fekk snakke seg inn i historia. Kvifor dei tok utdanninga var eit spørsmål det kunne vere interessant å belyse. Byrja dei på denne utdanninga fordi nokre i familien hadde same utdanning, eller var det noko dei hadde høyrte ifrå dei var små at dei passa til? Vile dei ha same utdanning som vennene hadde?

På slutten av 70-talet, då eg tok utdanning som hjelpepleiar, hadde elevane arbeidserfaring innan helsevesenet, anten på sjukehus eller på aldersheim eller sjukeheim. I dag startar utdanninga for dei fleste når elevane er 16 år og det er begrensa kor stor arbeidserfaring dei unge har. Det var difor interessant å vise denne utviklinga ved å spørje informantane om arbeidsoppgåver før og under utdanning. Ansvar og arbeidsoppgåver etter utdanning, var der noko likskap mellom samarittane sine arbeidsoppgåver og hjelpepleiaren sine?

Utifrå eitt av formåla med denne rapporten, å sjå på yrkesopplæringa, var det naturleg å finne ut korleis læring av arbeidsoppgåver og teoriopplæring har vore lagt til rette dei siste tiåra. Fekk samarittane lære om diettar eller sjukdomar? Fekk dei undervisning i spesiell pleie ved for eksempel hjartefarkt, får dei det i dag? Korleis lærte dei dette, ved å sjå, oppdage, erfare eller var det teoriundervisning? Tidlegare var det kvinna som var heime for å passe barn, mann og dei eldre og sjuke i familien. Har den faktoren at det ofte er eit kvinnedominert yrke, å ta vare på dei som ikkje klarar dette sjølv, ha omsorg og ha kunnskap om korleis denne omsorga skal utførast på best muleg måte noko å seie for yrkesstoltheit? Tenker dei eg har valt å intervjuje at dette er eit yrke å vere stolt av? Dette var viktig å få fram for å belyse at utdanninga er viktig både for den einskilde, for lokalsamfunnet og for helsevesenet.

Eg har laga meg nokre spørsmål innan feltet frå samaritt til fagarbeidar for om muleg å få svara på mi problemstilling og vil på bakgrunn av denne intervjuguiden (sjå vedlegg 2) organisere rapporten etter desse kategoriane:

- 1 Kva grunnar hadde dei til å utdanne seg innan helsevesenet?
- 2 Kva arbeidsoppgåve gjorde dei under kurset/utdanninga?
- 3 Korleis var opplæringa i arbeidsoppgåvene og sjukdomar?
- 4 Kva brukte dei denne utdanninga til?
- 5 Var og er dei stolte over yrket sitt?

1.3 Omgrepsavklaring

Eg har i innleiinga skrive om kvifor det vart starta kurs for samarittar då det etter andre verdskrig ikkje var utdanna nok sjukepleiarar for å ta seg av dei oppgåvene som ligg til velferdsstaten sine helsegode.

Hjelpepleieutdanninga som er ei utdanning som kom etter samarittkursa, var også ei praktisk utdanning, der teori og praksis har "gått hand i hand". Då denne starta, var mange av dei som tok denne utdanninga vaksne som hadde jobba som assistentar på sjukeheimar eller vore heimehjelp og ville ha seg ei utdanning.

Helsefagarbeidar som er yrkestittelen etter kompetansereforma, er ei samanslåing av to yrkestitlar, hjelpepleie og omsorgsarbeidar. Omsorgsarbeidarfaget var ei 2+2 utdanning som kom med R-94 som kvalifiserte til arbeid innan kommunehelsetenesta, men ikkje som hjelpepleiar som også kan arbeide på sjukehus.

Problemstillinga og dei utvalte kriteria i denne undersøkinga sin hovudfokus er på opplæring, korleis dei lærte mellom anna prosedyrar. Eg har difor valt å forklare dette omgrep spesielt.

Prosedyre er eit framandord for framgangsmåte. Ved ulike oppgåver som ein helsefagarbeidar skal gjere, er der ofte eit fast mønster med tydeleg trinnvis instruksjon som skal følgjast i desse arbeidsoppgåver som skal gjerast. Desse mønstera er: Hensikta med oppgåva, f. eks. å observere respirasjon, kva utstyr ein treng, som i dette tilfelle er ei klokke med sekundvisar. Vidare inneheld ei prosedyre kva som må førebust, som å informere pasienten om kva ein skal gjere, og be denne om å kvile i 10 min. på senga før pleiaren skal telje pusten. Her er det ei hjelp om pleiaren kjenner pasientens respirasjonsmønster. Framgangsmåten er nøye sett opp, som i dette tilfelle i punkt ein skal følgje

1. La pasienten kvile godt, best om denne kan ligge på ryggen då brystkassa må vere synleg
2. Tel respirasjon i 30 sekundar og gang med to, ein respirasjon er ein utpust og ein innpust. Om respirasjonen er uregelmessig, tel ein i eitt minutt. Barn skal teljast i eitt minutt.
3. Observer kor djupt pasienten pustar og bruk av hjelpemusklar.
4. Lytt etter anstrengt respirasjon og eventuell hoste
5. Informer pasienten om resultatet.

Prosedyrane avsluttast alltid med eit etterarbeid, som i denne er å merke av i ei kurve og rapportere alle observasjonar.

1.5 Oppbygging av rapporten

Kapittel 1: Innleiing. Her formidlar eg bakgrunn for val av oppgåve, interesse for temaet, problemstilling og avklarar omgrep. Eg har skrive noko om avgrensing av oppgåva i innleiinga.

Kapittel 2: Teori. I dette kapitlet gjer eg greie for det teoretiske bakteppet eg legg til grunn for å kaste lys over problemstillinga.

Kapittel 3: Metode. Dette kapitlet handlar om framgangsmåtar eg nytta i prosessen med denne masteroppgåva. Eg gjer greie for teori i høve til kvalitativ forskning. Deretter synleggjer og drøftar eg dei val eg har gjort i høve til innsamling og analyse av data og presentasjon av funna.

Kapittel 4: Presentasjon av det empiriske materialet. Her legg eg fram det innsamla materialet etter at det er systematisert i dei ulike kategoriane. Eg fortel først bakgrunnshistoriene til informantane og deretter presenterer eg dette i tema utifrå kategoriane.

Kapittel 5: Drøfting. Her vert teorien og dei innsamla data drøfta oppimot eigen profesjonell praksis. Materialet ifrå teorien og empirien trekkjer eg fram som illustrerande sitat og tilvisingar.

Kapittel 6: Oppsummering av funn og vegen vidare. Her oppsummerer eg funna mine, og til slutt reflekterer eg over vegen vidare.

2. Opplæring gjennom historia til Helsefagarbeidaren

Hausten 2006 vart Kunnskapsløftet innført både i grunnskule og den vidaregåande skulen, der vi fekk ein ny tittel innan helseutdanning som vart kalla helsefagarbeidar. Dette er ei samanslåing av to utdanningar, hjelpepleie og omsorgsarbeidar. I denne rapporten vil eg gjere greie for det teoretiske bakteppe eg legg til grunn for å kaste lys over problemstillinga, der eg først vil skrive om funna mine i læreplanar og bøker ifrå 1950 – 2010. Det er ei historiereise, og det er grunnen til valet om å skrive litt om dei ulike stadane i Sogn og Fjordane der det var utdanna samarittar og hjelpepleiarar på 1950, -60 og -70 talet, då skulane fungerte som internat.

2.1 Læreplanar

Læreplanar er det vi kjenner i dag, 2012, som ei forskrift som er forpliktande å bruke ved opplæring i skuleverket. Det er laga læreplaner i alle fag, med ein generell del og ein fagspesifikk del. Læreplanar er like over heile landet, men i Kunnskapsløftet er der rom for lokal tilpassing. Det eg skriv om samaritt og hjelpepleieutdanninga før 1985/86 då vi fekk den første fagplanen, som det heitte då, kan ikkje dokumenterast i planar og kan difor ikkje seiast å vere valid i andre fylke enn Sogn og Fjordane, der eg har gjort min undersøking.

2.1.1 Samaritt

Ifrå ein stad i 1950-åra dreia læring seg om innlæring, skriv Illeris (Illeris, 2000). Fagspråket var innlæring, og etter det eg har funne ut og det som Liv Hjelle (Hjelle, 1996) har skrive om samarittane i boka «Sjukehuset vårt», var det innlæring av faste prosedyrar samarittane fekk lære å utføre. Høyanger sjukehus er lagt ned, men eg har vore i kontakt med Nordfjord sjukehus for å innhente opplysningar om innlæringa av samarittar på 1950-60-talet. Anne Marie Seljeseth, som eg har vore i kontakt med der, har leita i arkiva der og skriv at den teoretiske opplæringa ikkje var omfattande. (Sjå vedlegg nr.3). Liv Helle har skrive om sjukehuset på Nordfjordeid og der hadde kvinnene eit halvt år i opplæring på avdelingane, der dei, som den samaritten eg har intervjuet, fekk ei kort innføring i teori.

Deira arbeid var sengereing, bekkentømming, støvtørking, rydding og vasking på skyllerom og liknande. Lengda på kurset var i 1963 seks månadar men før dette truleg kortare. Det var vanleg med fem til seks samarittar i kvar etasje, i tillegg til dei tre sjukepleierskene (Hjelle, 1996, p. 48).

Hæge Nore har i hovudfagoppgåva i pedagogikk «Frå samarittkurs og hjelpepleieskoler til studieretning for sosial- og helsefag i den vidaregående skolen» funne fram ein kursplan Norsk Sykepleieforbund gav ut i 1957 som skulle vere rettleiande for sjukehus som dreiv opplæring av samarittar. Opptakskravet var 18 år og folkeskuleeksamen og skulle føregå på sjukehus som ikkje hadde sjukepleieelevar, og samarittane skulle undervisast av sjukepleiarar. (1980).

Fram til slutten av 60-tallet var det vanleg at personalet på avdelingane gjekk i delt vakt. Arbeidsdagen starta kl. 07.00 om morgonen, og då var tida knapp fram imot legevisitten, denne kom ca.09.00 der kvar og ein av pleiarane sette si ære i å ha gjort ein prikkfri jobb med vasking, støvtørking og sengereing. «nåde dei som ikkje var ferdig med romma sine og hadde pasientane liggande «strøkne» i perfekte senger når overlegen og drabantane hans stod i døra.» (Helle 1996 s.48). Når middagen var servert, skriv Helle, fekk sjukepleiarane fri eit par timar, og då var der ein samaritt igjen på avdelinga for å servere kaffi, sjå til at pasientane hadde det bra og hjelpe dei som trong det. Samarittane hadde og nattevakt. Om natta var det ein samaritt på vakt i kvar etasje, og ein sjukepleiar med ansvar for heile huset.



Figur 2: Nordfjord sjukehus i byggeåret 1938.(Fylkesleksikon, 2011b)

Ved Nordfjord sjukehus gjekk samarittane på avdelingane i seks månader (Helle 1996)(eigen undersøking). Den samaritten eg intervjuar hadde ved Høyanger sjukehus gått i tre månader på avdelinga ilag med sjukepleiarar. Eg har vore i kontakt med fylkesarkivet for om muleg å få noko

informasjon om opplæringa til samarittar der, men dei har ingen informasjon om dette. Dei ber meg kontakte sjukehusa som hadde desse kursa.



Figur 3 : Høyanger sjukehus på 1970-talet. Ukjend fotograf. Eigar: Sogn og Fjordane fylkeskommune/Fylkesarkivet i Sogn og Fjordane. (Fjordane, 2012)

2.1.2 Hjelpepleiar fram til 1985/86

Hjelpepleiarskulen i Lærdal var den einaste hjelpepleieskulen i Sogn og Fjordane. Etter at Nasjonalforeningen for Folkehelsen hadde arbeidd for saka i fleire år, vart det i 1965 starta hjelpepleiarskule med 12 elevar knytt til sjukehuset i Lærdal.



Figur 4 Doktorbustaden, der hjelpepleiarskulen heldt til frå 1971. Foto: Kjell Arvid Stølen, NRK. (Fylkesleksikon, 2012)

I 1971 flytta skulen over i den såkalla «doktorbustaden» på Brattegjerdet, der distriktslegane hadde budd i 120 år. Her vart det bygd anneks med hyblar og undervisningsrom. Skulen vart driven av Nasjonalforeningen i samarbeid med fylket, og fylkeskommunen tok over heile driftsansvaret på slutten av 1970-talet.

Lengda på utdanninga har endra seg ifrå starten, då denne var åtte månader (intervju hjelpepleiar 1960 talet), fram til 1976 då den var 10 månader (hjelpepleiar 1970 talet).

Fagplan av 1976 vart følgd når undervisningsstoffet for hjelpepleieutdanninga vart arbeidd med. Mesteparten av stoffet vart først utgitt som forsøkestekst, og lærarar og elevar fekk sende inn kva dei meinte om stoffet i bøkene. «at hjelpepleierne sjølve på denne måten har kunnet delta i og påvirke utviklingen og produksjonen av sitt eget yrkes lærebøker, har vist seg å være et riktig og vellykket opplegg» (Ågot Lindstrøm, 1976) skriv formann Elsa Brattli og generalsekretær Odd T. Svensen i forordet til bøkene. Det var i starten tre bøker og ei handbok i enkel førstehjelp. Hjelpepleieyrket 1 og 2 som i den første boka hadde stoff om «sjukepleiens historie», « å være hjelpepleier», og «hjelpepleierens rettslige ansvar». Kapittel 3 var «sjukepleielære», kapittel 4 var «anatomi og fysiologi». Eitt kapittel handla om sjukdomslære og eitt «om legemidler». Bok to hadde seks kapittel: «psykologi og mentalhygiene», «psykiatrisk sykepleie», «psykisk utviklingshemning», stoffer og stoffmisbruk», «samfunnslære» og «sosialmedisin» (1976). I kapitlet «Å være hjelpepleier» skriv læreboka om hjelpepleiaren sin funksjon:

Hjelpepleieren er sykepleierens nærmeste medarbeider. Hun/han skal utføre sykepleie under veiledning av sykepleier, delta i avdelingens aktiviteter, observere og rapportere, hjelpe pasienter med spising og hygiene og delta i avdelingens generelle arbeidsoppgaver. Sykepleieren har ansvar

for å klargjøre hvilke pleiebehov pasienten har, og i samarbeid med hjelpepleieren å finne ut hvordan den enkelte pasient kan hjelpes (1976 p. 15).

Sjukepleiar hadde ansvar for at hjelpepleiaren fekk oppgåver som denne hadde kompetanse i, men hjelpepleiaren skulle ikkje ta på seg oppgåve som denne ikkje var utdanna i. I lærebøkene står mellom anna sjukdom som diabetes (sukkersjuka) og lungebetennelse forklart med årsaker, symptoma (nøyaktige teikn), ulike former, komplikasjonar, behandling og pleie. Dette er illustrert med bilde, som for eksempel røntgenbilde av lunga, og i kapittel 3 om sjukepleie er der illustrasjonar på kva ein hjelpepleiar skulle gjere ved assistanse ved undersøkingar ved lungebetennelse.

Det var ei bok som tok opp kost og diettlære og dei eldre (Kari N. Vesterhus, 1975). Kostlære var «læren om matvarenes kjemiske sammensetning, tilbereding og fordeling av maten i forskjellige måltider» (1975 p. 11). Ernæringslære er «læren om organismens funksjon, vekst og vedlikehold sett i forhold til de stoffer kroppen tilføres gjennom maten.» (1975 p. 11). Kost og ernæringslære høyrer nøye i hop då ernæringslæra er vidareføring av kostlæra. Det var nødvendig å kjenne til begge for å skjønne korleis kroppen har nytte av matvarene, og lære å bruke dei på best mulig måte (1975).

Pleie av eldre som læreboka skriv om, handlar om eldreomsorg før og no, eldre på institusjon og mål for omsorga til eldre. Pleie av eldre er ikkje så forskjellig frå andre pasientar står der, for:

All pleie skal ta utgangspunktet i personens behov for hjelp. Dette gjelder også eldre mennesker. Men vi må være klar over at mange av de behov eldre har for hjelp av pleiemessig karakter, ikke bunnar i sykdom, men i manglende mulighet til å hjelpe seg selv. Et av hovedprinsippene i pleien av eldre blir derfor å legge til rette at de eldre i størst mulig grad blir selvhjulpne. (1975 p. 54)

Forholdet mellom teoriopplæring var i 1977 tre månader på skulebenken og 7 månader i praksis på sjukehus (informant 1970 talet)

2.1.3 Vidaregåande skule før 1994

Gymnasordninga vart integrert i Årdal vidaregåande skule, då den kom i gang i 1976. Også dei yrkesretta skulane i kommunen vart integrert i den vidaregåande skulen, som flytta inn i nytt skulesenter i 1980. Hjelpepleiarskulen i Lærdal sorterte administrativt under Årdal vidaregåande skule (Fylkesleksikon, 2011a).

I «Revidert plan for utbygging av det vidaregåande skuleverket i Sogn og Fjordane fylke» vart det i april 1977 arbeid med langsiktige målsetningar og prioriteringar då det i frå Kyrkje- og undervisningsdepartementet i 1971 var arbeid med planar for utbygging av dei vidaregåande

skulane. I 1978 vart fylket bedd om å få tilsendt planar for den vidaregåande opplæringa. Strukturen vart etter dette ulike kurstypar (Norge, 1978).

1-årige og 2-årige grunnleggjande kurs. De 1-årige kursa skal gi grunnleggjande yrkesopplæring og dessutan undervisning i allmenne fag, eller gi allmennutdanning. De 2-årige kursa skal ha en kjerne av allmenne fag. Elevene skal dertil kunne velje grunnleggjande yrkesopplæring, allmenne fag, estetiske fag, idrettsfag eller kombinasjonar frå disse faggruppene.

1- eller 2-årige vidaregåande kurs med vekt på allmenne fag eller yrkesopplæring (1978).

Der skulle utarbeidast lære-/fagplaner i Rådet for vidaregåande opplæring i fire bind, der bind tre kom med ni «studieretningar», der eitt av dei var studieretning for sosial- og helsefag (Steenkomiteen 1965). Hjelpepleielinja fekk ikkje godkjent fagplanen av Kyrkje- og undervisningsdepartementet før til skuleåret 1985/86, men hadde vore drive etter Sosialdepartementet sine forskrifter (sjå vedlegg nr. 5), del tre, studieretning for helse- og sosialfagleg studieretning.

Fagplanen for vidaregåande kurs 1 for hjelpepleiarar seier mellom anna at elevane skal ha teoretiske oppgåver som er knytte opp til ein tenkt situasjon i praksis, og tekniske oppgåver bør innlærast ved å øve til eleven meistarar oppgåva (prosedyra). Mål med utdanning var å få kunnskap til å utføre grunnleggjande sjukepleie, ved å få innsikt i ulike pleie- og omsorgssituasjonar. Å kunne vere i stand til å aktivisere og samarbeide med ulike grupper i helse- og sosialsektoren. Kunne jobbe førebyggjande og helsefremjande og utvikle holdningar som respekt, toleranse og aktivt engasjement. Å få eit grunnlag for fagleg og personleg vidareutvikling var også eit mål i utdanninga (sjå vedlegg nr.5 p. 6).

Praksis skulle vere ein vesentleg del av opplæringa, det var anbefalt at faglæraren på skulen vurderte praksisstadane og at praksis stod i forhold til yrkesfunksjonen. Denne praksisen var ikkje som tidlegare berre på sjukehus, men 1/3 i somatisk sjukehus eller heimesjukepleie, 1/3 somatisk avdeling og 1/3 innan psykisk funksjonshemming eller psykiatriske avdelingar.

2.1.4 Vidaregåande skule etter R-94

Eg gjev ei kort beskriving av vegen fram til hjelpepleiar der eg fokuserer på forholdet mellom fellesfag og studieretningsfag og korleis praksis var lagt opp i desse læreplanane. Eg går ikkje inn på innhaldet i læreplanane på grunnkurs og VK1 då ein vil finne hovudpunkta igjen på VK2.

Utdanninga av hjelpepleiar etter Reform 94 besto av grunnkurs helse- og sosialfag, vidaregåande kurs I og vidaregåande kurs II hjelpepleier. Dette var utdanningsløpet for helse- og sosialfag frå

1994 – 2008 (udir, 1994). Etter avslutta eksamen på grunnkurset kunne elevane gå vidare på ulike retningar innan helse- og sosialfag. For å verte hjelpepleiar gjekk elevane VK1 og VK2. Grunnkurset hadde gjennomsnitt 11 timar fellesfag og 24 timar studieretningsfag i veka. Der var ikkje krav om praksis dette året, men der var to timar valfag for veka der nokre skular kunne velje å bruke desse på utplassering (eigen praksis som faglærer).

VK1 og VK 2 inneheld skuleundervisning og praksisopplæring i arbeidslivet. På VK1 hadde elevane fortsatt åtte timar allmennfag. Dei hadde der to veketimar i valfag som låg i læreplanen. Sjukepleie med støttefag og sosialkunnskap som var studieretningsfaget utgjorde til saman 25 veketimar. På VK1 låg krav om praksis i 12 veker som skulle vere inkludert i det totale timetalet til sjukepleiefaget. Praksisen på VK1 skulle utgjere seks veker på sjukeheim eller bueining for heildøgnsomsorg og pleie. Seks veker kunne praksisen vere ifrå dag- og aktivitetsenter, eller rehabilitering/habilitering /bufellesskap for eldre og funksjonshemma. 13 veker låg fast i læreplanen som skuleundervisning i studieretningsfaga (udir, 1994).

VK2 hadde to timar kroppsøving og to timar valfag for veka, der dei resterande 31 veketimane var sjukepleie med støttefag (studieretningsfag) praksis skulle også på VK2 inkluderast i studieretningsfaget og det skulle leggest til rette for 15 veker for dette (555 årstimar). Ut av denne praksisen skulle minst fire veker vere ifrå sjukehus og minst seks veker frå open omsorg. Der stod vidare i læreplanen at dei andre timane «kunne leggest til sjukehus, open omsorg eller institusjonar med andre pasient/klientgruppe» (udir, 1994, p. 15) 599 årstimar skal vere skuleundervisning i studieretningsfaga (udir, 1994).

Dei obligatoriske fagområda i utdanninga som hjelpepleiar var etter R-94 sjukepleie/vernepleie/fødsels- og barselpleie. Kost- og diettlære, der kostlæra var meir fokusert på dei ulike diettane til ulike lidingar enn kostlæra hadde vore på grunnkurset. Etikk, åtferdsfag/fysiologi/biokjemi, mikrobiologi/hygiene var fag i sjukepleie med støttefag og der var teori om dei ulike sjukdomane (sjukdomslære) og undervisning i førstehjelp.

Hjelpepleierens oppgaver er i første rekke sykepleie i forhold til ulike pasient-/ klientgrupper. I disse inngår forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering. De består i å utføre og hjelpe til med oppgaver som har sammenheng med pasientens/ klientens daglige gjøremål, delta i miljøarbeid og ellers i det totale behandlingsopplegget (udir, 1994, p. 1).

Hjelpepleiar arbeider i helsetenestene under leiing av sjukepleiar eller arbeider sjølvstendig på område der dei har naudsynte kvalifikasjonar. Samarbeid med pasientar/brukarar av helsetenestene er ein del av arbeidet og samarbeid på tvers av ulike yrkesgrupper når der er behov for det. Å kunne

bruke problemløysande metode når utgangspunktet er eit heiskapeleg menneskesyn var to av hovudmåla i læreplanen. Vidare i hovudmåla var det å skape tillit og kommunisere med alle pasientar uansett status eller kulturell bakgrunn. Hjelpepleieren skulle gi rettleiing både til pasientar, pårørande og hjelpepleieelevar, og måtte derfor vere orientert om kva rettar pasienten/brukaren har. Hjelpepleieren skulle ha kjennskap til helse- og sosialtenestenes oppbygging og funksjon og arbeide utifrå yrkesetiske retningslinjer som mellom anna skriv om teieplikta og opplysningsplikta. Nokre av dei andre hovudmåla er observasjon av korleis pasientar har det og rapportere vidare til næraste overordna og å ta imot rettleiing både som elev og ferdig utdanna. (udir, 1994, p. 4)

2.1.5 Kunnskapsløftet 2006 (LK06)

Etter innføring av Kunnskapsløftet fekk helsefaga innan den vidaregåande skulen ei «ny» utdanning. Dette er ei utdanning som etter fire år med eit 2+2 løp, kvalifiserer til fagbrev. Dei tidlegare yrka hjelpepleiar og omsorgsarbeidar gjekk ut, og namnet er i dag helsefagarbeidar. Der er laga nokre føringar sentralt, med moglegheit for å ha ei lokal tilpassing av kompetansemåla (udir, 2006).

Dei to åra på skule er vg1 helse – og sosial og vg2 Helsearbeidarfaget. På vg1 er timetalet fordelt som 22 timar med programfag og 13 timar studieretningsfag. Der er eit programfag, prosjekt til fordjuping (PTF), som kan gi elevane muligheit til å vere ute i praksis på ulike bedrifter som det er naturleg å vere på med tanke på vg2 som elevane kan søke på etter avslutta vg1

På vg2 Helsearbeidarfaget er det naturleg at PTF, som er ni timar for veka, er eit fag som elevane vel å vere i praksis ved ein sjukeheim eller open omsorg. Dette er eit val elevane gjer. Dei kan også bruke PTF-faget til å fordjupe seg i for eksempel fellesfag. Vg2 har avsluttande eksamen, men for å få yrkestittelen helsefagarbeidar, ventar to år i lære med ei avsluttande fagprøve. Desse to år i lære er det opp til arbeidsgjevar å organisere, dei kommunane i Sogn og Fjordane eg har vore i kontakt med gir lærlingen eit meir sjølvstendig arbeid det andre året i læretida.

Denne utdanninga skal gjere helsefagarbeidaren i stand til å utføre grunnleggande sjukepleie og omsorg til pasientar og brukarar av helsetenestene. Å utføre grunnleggande sjukepleie er mellom anna å vere i stand til å observere og bruke kunnskap om dei ulike sjukdomane og behandle desse innan sitt ansvar og kompetanseområde. Å vere ein profesjonell yrkesutøvar med dei kunnskapar, holdningar og ferdigheiter for å møte menneske med ulike pleiebehov.

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 (...). 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. (udir, 2011)

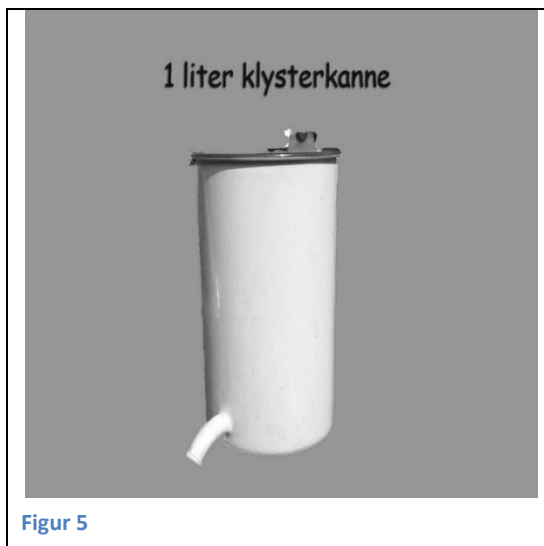
Vidare står der, som der også Stoltenberg sa (kappittel 1.1) om meir «rock and roll», å leggje til rette «for eit aktivt liv», og samarbeide med andre yrkesgrupper for å fremje trivsel, fysisk og psykisk helse.

2.2 Utvikling av arbeid og hjelpemiddlar.

Når eg i denne undersøkinga har valt å sjå på korleis opplæringa av helsearbeidarfaget har endra seg frå 1950 og fram til 2012 er det naturleg å sjå på endringar i både arbeidsmetodar og hjelpemiddlar. Når eg skal beskrive arbeidet og utviklinga av teorien bak, eller utviklinga av reiskap eller hjelpemiddel innan dette faget, er dette nær knytt til den erfaringa som helsearbeidarane har tileigne seg gjennom år.

Eit eksempel på utvikling er kommunikasjonsferdigheiter som etter å ha prøvd det i praksis har vorte ein teori. Ei ferdigheit innan kommunikasjon kan for eksempel vere når ein pleiar skal hjelpe pasienten lenger opp i senga. Endringar der er at tidlegare var det fleire pleiarar som samarbeidde eller ein pleiar gjekk bak senga og drog i lakenet utan at pasienten vart teken med som ein del av arbeidet. Kanskje vart det ei skræmmande oppleving når underlaget til pasienten byrja å bevege seg. Når pasienten vart skremd og viste dette både verbalt og non-verbalt, sette det i gang ein reaksjon hjå pleiaren, ei tankeverksemd. Denne tanken, eller teorien, var korleis gjere det betre for pasienten ved å få pasienten med på kva som skulle skje, og kommunisere «no skal du få kome lenger opp i senga for å sitje betre. Kan du hjelpe til å løfte hovudet? Kan du ake deg litt sjølv?». Ved å gjennomføre etter å ha tenkt, bruke erfaringar i samspel med fornufta, vart dette ein teoretisk kunnskap som seinare vart delt med andre.

Eit eksempel på endringar av hjelpemiddel er klyster, som er eit hjelpemiddel for pasientar som treng å tømme tarmen før operasjon eller undersøkingar, å tømme tarmen ved forstopping o.a.

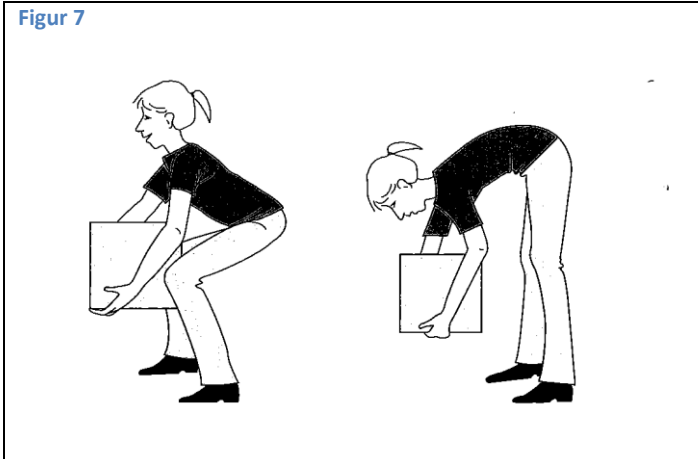


Før 1980 vart det brukt grønnsåpeklyster der pasienten fekk sprøyta inn i tarmen grønnsåpeblanding på ein – to liter (Sjå figur 1), gjennom ein sonde (slange) inni tarmen. Dette kunne vere ubehageleg for pasienten, og det var mykje væske som måtte haldast igjen for å få god verknad. Det er ikkje fullstendig slutt på denne typen i dag, men det vert berre brukt i vanskelege tilfelle. I dag varierer størelsen på klyster ifrå to liter til fem milliliter, der innhaldet i klysteret er utvikla slik at ein kan ha den same gode verknadar som det store grønnsåpeklysteret hadde tidlegare (sjå figur 6).



Det er ikkje berre å ta vare på andre si helse ein helsefagarbeidar skal arbeide med, også si eiga. Korleis ulike fag kan brukast på tvers av profesjonar er vektstangsprinsippet, som vert nytta når pleiaren skal hjelpe ein pasient som treng hjelp til mellom anna å kome seg ifrå seng til stol eller f. eks. å flytte seg lenger opp i senga. I slike tilfelle har dei bruk for vektstangsprinsippet, som er ein kunnskap som er utvikla heilt sidan spettet vart eit reiskap til å flytte, for eksempel store tunge steinar, og heilt fram til meir intellektuelle reiskap. Dette skjer når menneske samlar ulike erfaringar til å utvikle nye måtar og nye verktøy som kan brukast i praksis. I tilfellet under (figur 7) når ein elev skal lære seg ergonomi for å unngå belastningsskade.

Figur 7



2.3 Presentasjon av praksisplass/arbeidsplass

Eg har i denne rapporten valt å setje fokus på korleis opplæringa til helsefagarbeidaren har endra seg frå 1950 – 2012. Eg vil i denne delen presentere dei arbeidsplassane som har vore dei stadane som det meste av praksisopplæringa i faget har føregått tidlegare og føregår også i dag. Eg startar med å presentere kommunehelsetenesta med heimesjukepleie/open omsorg, sjukeheim og omsorgsbustadar. Brukar mi arbeidserfaring då spesielt i Gaular kommune som referanse, HelseNett, Lovdata, og Ndlia som er fagnett for helse- og sosialfagleg utdanning som kjelde. Har og brukt Sandefjord kommune som er tilfeldig valt kjelde. Etter det presentera eg sjukehus som i dag ligg under Helseføretak, og brukar Helse Førde som kjelde.

Heimesjukepleie/open omsorg.

Heimesjukepleie/open omsorg er ei teneste som vert gjeven i brukar sin heim. Tenesta vert organisert av kommunen som ein del av primærtenesta. §3.2 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) står der at «alle som oppheld seg i kommunen har rett på naudsynt helsehjelp» (Helse og omsorgsdepartementet, 2011).

Målgruppa er eldre og/eller sterkt funksjonshemma og/eller sjuke som ikkje klarar seg på eiga hand. Hjelp kan til dømes vere hjelp til personleg hygiene, mat, medisinar og sårskift (Gaular Kommune, 2012). Denne tenesta kan vere kort eller langvarig og den kan og vere omsorg som vert ytt ved livets slutt. Eitt av kriteria for å få heimesjukepleie er f. eks. i Sandefjord kommune er at ein sjølv ikkje er i stand til å dekke sine grunnleggande behov fysisk eller psykisk. Då kan dei få hjelp til hygiene, matinntak og liknande utifrå ei individuell vurdering. Middag kan leverast til brukarar som er avhengig av dette utifrå ernæringsmessige årsaker. Eit anna kriterium som kan vere for å få heimesjukepleie, er om ein treng hjelp til å utføre medisinsk behandling som medisiner og

sårskift. Sårskift i Sandefjord kommune utførast berre av heimesjukepleien når brukar ikkje kan bruke eigen lege eller poliklinikk, men dette er ulikt frå kommune til kommune korleis den vert organisert. (Sandefjord Kommune, 2012)

Omsorgsbustader/ bukollektiv

Omsorgsbustader er i Gaular kommune eit butilbod til personar som etter ei totalvurdering med vekt på helse, butilhøve og sosialt nettverk, har behov for tilgang til døgnteneste (Gaular Kommune, 2012). Der ligg bustadane nær ved sjukeheimen slik at dei som bur der lett kan kome i kontakt med personalet som arbeider der ved hjelp av alarm.

I Sandefjord kommune er kriteriet for å få tildelt omsorgsbustader at ein har ein uhensiktsmessige butilhøve og har behov for tilrettelagt bustad som et eige tiltak. Brukarane kan bu sjølvstendig i egne bustader til tross for funksjonssvikt. Vidare står der:

Du står i fare for å utvikle sosial isolasjon, og ønsker samtidig bolig for å kunne bruke tilbudene i servicedelen.

Du ønsker å bo i et bosenter og bidra til å utvikle et godt bo-og sentermiljø, uten at det foreligger spesifikke hjelpebehov.

Du kan ikke selv ivareta dine interesser på boligmarkedet. (Sandefjord Kommune, 2012)

Sjukeheim

Sjukeheim er ein institusjon for pasientar som ikkje greier seg i eigen bustad/heim. Dei har eit større behov for pleie enn dei som kan gjere seg nytte av heimesjukepleia. Det er vanleg at dårlig fungerande eldre får langtidsplasser på sjukeheim. Nokre pasientar får korttidsopphold eller en rulleringsplass, ofte som ei avlastning for familiemedlemmer som yter tilsyn og pleie over tid. På sjukeheim arbeider det mellom andre sjukepleiarar og hjelpepleiarar.

Sjukeheim er i dag vanlegvis inndelt i fleire avdelingar der det ligg ulike pasientar med ulike behov. Dei fleste plassane ved ein sjukeheim er i bruk av dei mest pleietrengande som ikkje kjem seg ut av senga ved eigen hjelp. Då vert hovudoppgåva til pleiepersonalet vask, stell og kanskje mating. Der kan og ligge pasientar som treng omsorg ved livets slutt og pleie av kreftpasientar

Ved nokre sjukeheimar er der egne avdelingar for rehabilitering. Dette er kanskje pasientar som har brote eit bein og treng litt hjelp i ei overgangsfase før dei kan reise heim.

Fleire sjukeheim har egne skjerma avdeling for fysisk aktive, men er senil demente¹ Arbeidet ved disse avdelingane er ei symptomatisk behandling som er prega av miljøretta tiltak for å hindre nedverdige situasjonar for pasientane, og for å skape et positivt og rolig miljø. Dette for å avhjelpe symptom som angst, depresjon og søvnlaushet (NDLA, 2012).

Sjukehus

Sjukehus er ei fellesnemning på institusjonar som gir medisinsk hjelp. Dei sjukehusa som er offentleg eigde, under helseføretaka, har ansvar for å gi innbyggjarane dei helsetenestene dei har krav på (Førde, 2010a).

I Noreg er alle offentlege sjukehus eigd av staten ved sine fire regionale helseføretak. Dei fire kjerneområda til Helse Førde er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasientar og pårørande

Når ein pasient kjem til akuttmottaket, vert vedkomande teken imot av pleiepersonell og vist inn på eit undersøkingsrom. Av praktiske årsaker vert pasienten lagt i ei seng, slik at legen får gjere undersøking. Pleiepersonellet vil måle blodtrykk, puls, temperatur og nokre gonger ta EKG (hjartheundersøking). Legen vil som regel bli tilkalla etter at dette er gjort. Legen vil undersøke pasienten, rekvirere naudsynte undersøkingar som blodprøve, røntgen og eventuelt starte behandling (Førde, 2010b)

Pasienten vil, om der er behov for det, bli lagt inn på ein sjukehuspost, for eksempel ein medisinsk post der kring 85 prosent skjer ut frå behov for øyeblikkeleg hjelp.

Medisinsk seksjon har overlegar, assistentlegar og fleire turnuslegar. Mange av sjukepleiarane har spesialkompetanse innan dei ulike fagområda, og saman med legegruppa utgjer desse størsteparten av personalet. Medisinsk avdeling har og hjelpepleiarar, dietetikar og tuberkulosekoordinator tilsett, og samarbeider med andre yrkesgrupper frå ulike avdelingar for å gje eit heilskapleg tilbod (Førde, 2010a)

Eg har i dette kapitlet presentert nokre av dei praksisplassar/arbeidsplassar som er aktuelle for informantane eg har spurd. Fagspråket på desse ulike plassane er noko forskjellige når det gjeld

¹ Senil demens er uttrykk for en ødeleggelse av hjerneceller og symptomene vil derfor avhenge av hvilke celler som er ødelagt. Som regel omfatter demens både personlighetsforandringer og forstyrrelser i intellektuelle funksjoner som hukommelse, tenkeevne og språk. HelseNett. (2008). Helsenett. Retrieved 13.04, 2012, from http://www.helsenett.no/index.php?option=com_content&view=article&id=1708&catid=119&Itemid=69

kommunehelsetenesta. På ein sjukeheim vert kva som er årsaken til at pasienten treng hjelp, oftast sagt på norsk. På sjukehus er det annleis, der er fagspråket latin både skriftleg og i den munnlege rapporten som pleiepersonalet får. Når pleiarar skal assistere legen ved undersøkingar er det også fagspråket latin som vert brukt.

2.4 Sjukepleiar

Eg har i denne studien ikkje intervjuet sjukepleiarar fordi det er korleis opplæringa til helsefagarbeidar som har vore den styrande problemstillinga. Eg ser det likevel naturleg å skrive litt om denne yrkesgruppa då informantane ved fleire høve seier noko om sjukepleiar og deira yrke. Ein annan årsak til at eg skriv noko om sjukepleiar, er at denne yrkesgruppa tradisjonelt har hatt ansvar for opplæringa av samaritt, hjelpepleiar og no helsefagarbeidar.

Sjukepleier (tidligere sykepleierske eller sykesøster) er ein profesjonsutdanning. Profesjon (av det latinske ordet *professio*) tyder «å fremstå, opptre som, eller utgi seg for å inneha et yrke, fag eller levevei. Når et yrke utvikler seg fra å være frivillig eller ulønnet arbeid til å bli lønnet blir det profesjonalisert og utøveren profesjonell. Profesjonsbetegnelsen kan også knyttes til en selvstendig yrkesutøvelse som bygger på en høyere utdanning med spesiell kompetanse, og som gir krav på å vite mest innenfor et område» (Norsk Sykepleierforbund, 2008).

Sjukepleierutdanning er ein treårig grunnutdanning, det vil seie ein bachelorgrad, som tilbys ved fleire høgskular og universitet i Norge. Utdanninga består av teoretisk undervisning, observasjon og praksis.

Sjukepleiar arbeidar i alle deler av helsetenesta, og er saman med anna helsepersonell ansvarlig for sikkerheta og rekonvalesens til akutt eller kronisk sjuke eller skada menneske. Dei skal førebygge og behandle livstruande tilstandar i mange forskjellige helsesamanhengar. Sjukepleiaren sin sereigne funksjon er i følge Norsk sykepleierforbund "å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sjukdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggande behov". Sjukepleiar samarbeider tett med andre yrkesgrupper i helsetenesta, mellom anna lege, ambulansesarbeidarar hjelpepleiarar (Norsk Sykepleierforbund, 2012).

Gjennom utdanninga får sjukepleiaren ein brei kompetanse i praktisk medisinsk arbeid, fysisk stell av pasientar, og i dei psykiske og emosjonelle aspekta som kan oppstå når ein møter pasientar i vanskelege situasjonar.

Arbeidsoppgåvene kan variere utifrå kvar sjukepleiaren arbeider og kva hovudoppgåvene er på den arbeidsplassen ein er. For eksempel vil pasientar krevje ein annan type medisinsk pleie på ei akuttavdeling ved et sjukehus enn på ein aldersheim.

En sykepleier må være omgjengelig, snarrådig, selvstendig og kunne ta ledelsen i kritiske situasjoner. Du må like å arbeide med mennesker, og være i stand til å vise ansvar og omsorg. I tillegg må du være innstilt på å lære å bruke datateknologi og teknisk utstyr (Utdanning.no, 2012).

2.5 Læring

Det er naturleg for meg og sjå på temaet læring og kven som har sagt noko om det, då problemstillinga mi er korleis opplæringa til helsefagarbeidar har endra seg ifrå 1950 og fram til 2012. I dei føregåande kapitalane har eg skrive om mi eiga førforståing og har belyst kva samfunnet krev av opplæringa i form av fagplanar eller mangelen av desse til samarittane. Eg har skrive om utviklinga av hjelpemiddel og arbeidsmetodar og vil i dette kapittelet sjå på kva teoretisk referanseramme eg vil bruke ifrå litteraturen for å belyse problemstillinga.

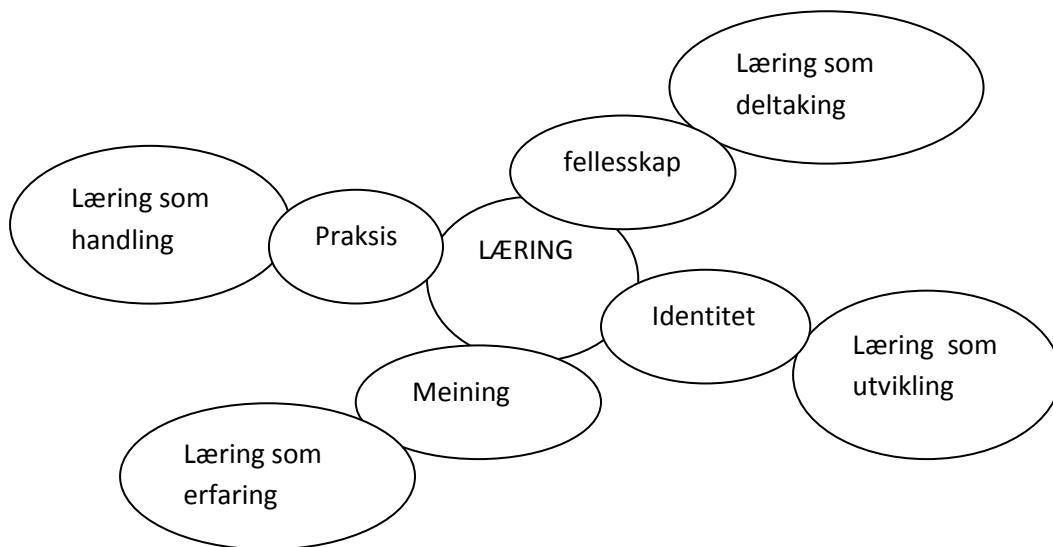
Læring kan definerast slik: "Læring vil si en relativ varig forandring i opplevelser eller adferd som følge av tidligere erfaringer" (Hiim & Hippe, 1998). Dette er ein definisjon, medan andre teoretikarar har andre definisjonar utifrå kva læringssyn dei er berarar av. Hofset seier læring og undervisning er ei kompleks verkelegheit med mange faktorar som det ikkje finst direkte, eksakte mål for (Hofset, 1995). Læring skjer ikkje av seg sjølv. Vi lærer heile tida, men måten vi sjølv er på, påverkar kva vi lærer og korleis vi lærer. Læring varierer frå individ til individ, og den utgjer gjerne den største utfordringa for praksis-retteljarar og lærarar.

Grendstad (Grendstad, 1982) skriv om ein lærar eller rettleiar at denne legg forholda til rette for at det skal skje læring, men læringa må eleven sjølv stå for. Dette er ikkje noe nytt. Vi finn heilt tilbake til Sokrates ei pedagogisk form som la vekt på oppmerksomd og oppdaging. Sokrates la vekt på å stille spørsmål som kunne vende oppmerksomd hjå dei han samtalte med (førte dialog med) i ei bestemt retning. Med dette ville han vekke deira oppmerksomd imot noko han meinte var viktig for dei å oppdage. (Grendstad, 1982, pp. 23-24).

2.5.1 Wenger sin sosial læringsteori

Eg har vektlagt læring i problemstillinga og ser det som sentralt å bruke Wenger som teoretisk referanseramme for å belyse temaet læring i eit sosialt fellesskap til eit yrkesfag som dette er.

- Vi er sosiale vesen
- Vi har kompetanse
- Vi deltar aktivt i verda
- Vår evne til å oppleve verda og vårt engasjement som meningsfullt



Figur 8 Komponentar i ein sosial teori om læring (Wenger, 2004, p. 15)

Praksis.

Praksisomgrepet i sosial praksis er sentralt i eit yrke som denne studien handlar om. Denne studien som omhandlar opplæringa av helsefagarbeidarar ifrå 1950 og fram til 2012, handlar mykje om å få lære og erfare ute i praksis i lag med andre. Læring skjer ikkje av seg sjølv, som og Hofset seier (kapittel 2.5), og dette å utføre ein prosedyre ligg der mykje læring i, seier dei eg har intervjuet. Praksisomgrepet er definert av Wenger som både det eksplisitte og det tause . Det er den hovudkontekst der vi utviklar common sense via eit gjensidig engasjement (Wenger, 2004, pp. 61-62).

Å leve som menneske er einsbetydande med at vi konstant er opptatt av å utøve alle mulige former for virksamheter, som fra å sikre vår fysiske overlevelse, til å oppsøke gleder og i disse virksamheter, samarbeider vi med hverandre og verden og avstemmer våre relasjonar til hverandre og verden rundt oss. Med andre ord: vi lærer. Denne kollektive læring resulterer i praksiser, disse praksiser tilhører en form for fellesskap, skapt over tid og langvarig praktisering av felles virksamheter (Wenger, 2004, p. 59)

Meining.

Praksis er ein prosess, meiner Wenger, der vi opplever verda, og når vi engasjerer oss i denne, gir dette meining. «[...] for å engasjere oss i praksis skal vi naturlegvis leve i en verden der vi kan handle og interagere. Vi må ha en kropp med en hjerne som fungerer nok til å delta i et sosialt fellesskap». (Wenger, 2004, p. 65). Å oppleve læring som erfaring har dei eg har intervjuet gjort ved å engasjere seg. Det vart meining med læringa då dei erfarte i praksis at der var behov for læring, meir kunnskap, for å kunne gjere ein god jobb. Wenger skriv det er i meiningsprosessen, som han kallar meiningsforhandling, som kan implisere språket, men ikkje nødvendigvis. Meiningsforhandling som er ein del av prosessen dannast av forskjellige element, som både tolking og handling. I ein slik prosess kjem der stadig nye relasjonar til ved å skape nye vilkår for tolking og handling, ein kontinuerlig gjenforhandlingsprosess.

Identitet.

Omgrepet identitet brukar Wenger i nær tilknytning til både meining, eit sosialt fellesskap og praksis. Identitet tek utgangspunkt på personen, ikkje på individet sjølv. Han snakkar om oppbygging av identitet er ei forhandling av meiningar når personen gjer erfaringar i eit sosialt fellesskap. Omgrepet identitet brukast som ei svingstang mellom det sosiale og det individuelle. For min studie betyr dette å styrke det som kjem fram frå informantane når fleire av dei har erfaringar der dei fekk ein anna status etter dei fullførte utdanninga. Dette kan knyttast opp til der dei fekk reglar som dei måtte følge i arbeidet, som for eksempel dei etiske retningslinjene. Dei handlar om å gjere det som er rett, og å gjere det som er rett kan seiast å byggje opp yrkesstoltheit. Dette har også Hannah Arendt skrivt om tidlegare, der ho påpeikar ein samanheng mellom å ha løftet som skal haldast og bekrefting av identiteten (Steinsholt & Løvlie, 2004, pp. 543-545). Læring forandrar kven vi er, og kva vi er i stand til å gjere, då er det ei oppleving av identitet. Læring vert ikkje berre ei samling ferdigheiter og informasjon, men ein dannelsingsprosess til ein bestemt person eller unngå å verte ein bestemt person. (2004, p.246) Her kan eg sjå ein samanheng tilbake til Sokrates (kappittel 2.5), som såg dialogen som viktig for å føre eit menneske i ei bestemt retning.

Fellesskap.

Wenger uttrykker at det sosiale fellesskapet som identiteten vert oppbygd i, er eit fellesskap der forhandling av meiningar skjer. For min studie betyr dette å få fleire referansar til det som informantane seier, ved for eksempel utvikling av prosedyrar (sjå kappittel 1.3). Og ved å vere deltakar i fellesskapet når ein er engasjert, kan det skje ei avansert læring, og ved å utforske nye idear om dette, då seier Wenger det er eit velfungerande fellesskap. Eit velfungerande fellesskap

føreset ein felles referanse og djup respekt for dei individuelle erfaringar for medlemmer i gruppa å gi nykomne i fellesskapet høve til eit personleg engasjement og dele erfaringar med desse. (Wenger, 2004, p. 245). Den norske filosofen Hans Skjervheim har tidlegare skrivt om engasjement i eit fellesskap at det er grunnstruktur i det menneskelege tilværet der vi ikkje kan velje å vere engasjert eller ikkje. Vi vert alle deltakarar, skriv han (Skjervheim, 1996, p. 81).

2.5.2 Meisterlære

I danske aviser og fagtidsskrifter er mesterlæren blitt lansert som fremtidens pedagogiske form (Kvale & Nielsen, 1999).

Meisterlære er ei form for læring som ikkje bygger på noko skilje mellom læring og bruk av det lærte. Det er ikkje ein læringsteori, men ei læreform som vart mykje brukt i forhold til denne undersøkinga av korleis opplæringa har endra seg ifrå 1950 og fram til i dag.

Opplæringa i meisterlære føregår i den samanhengen der det som er lært skal brukast, på den måten innvevd i ein gitt sosial praksis, og den er avhengig av at eleven deltar i denne praksisen (Kvale & Nielsen, 1999). I denne forma for læring som informantane mine fram til 1990-talet opplevde kursa/utdanninga, fekk dei læring gjennom "noko som" skulle brukast. I meisterlære vert det igjen og igjen understreka at læring er noko som skjer gjennom deltaking i kulturell praksis. Her er det eit viktig sosialt element. Læring finn stad i eit praksisfellesskap, der den som lærer kan tileigne seg ein yrkesidentitet via "learning by doing", og der den endelige evalueringa også føregår i praksisfeltet (1999).

Den tause kunnskapen er også et aspekt ved meisterlære. Bruken av språket blir følgjeleg nedprioritert eller til og med overflødig. Ein vesentleg del av dei ferdigheiter, kunnskapar og verdiar som ein i dette høvet, samaritten, tileignar seg, overleverast utan å vere spesifisert verbalt, noko som har gitt inspirasjon til omgrepet "taus kunnskap" (1999).

Ved taus kunnskap legg ein til rette for at eleven skal kunne reflektere over praksis og yrkesutøving. Det blir stilt krav til å forsøke å sette ord på den tause kunnskapen. Mykje av den kunnskapen vi formidlar som yrkesutøvarar har vi i ei form som gjer at ord ikkje strekker til. Det er berre slik.

2.5.3 Sosiokulturellt perspektiv på læring

Säljö (Säljö, 2001) seier at læring bør forståast i eit kommunikativt og i eit sosiohistorisk perspektiv der samspelet mellom menneske utviklar seg til å verte ein del av mennesket si tenking og handling.

Mennesket går vidare inn i andre kommunikative samanhengar, det vert knytt til artefakter som igjen vert utvikla i samarbeid med menneske.

I det sosiokulturelle perspektivet skjer det eit samspel mellom

- a. Kollektive ressursar for tenking og handling
- b. Individet si læring

a og b gjer til at det grunnleggande biletet av mennesket si utvikling vert annleis – der verda vert tolka for oss gjennom fellesskapet, der barnet får læring i sosialt fellesskap med vaksne: "Menneske lever på kunnskap og innsikt dei har lånt av andre" (2001:68). Læring vert eit spørsmål om korleis ein tek til seg reiskap og korleis ein er i stand til å anvende dei. Språket vert eit verktøy, og ordet vert middel i kommunikasjonen, sosial dialog (det interpersonlege plan), seier Säljö. Det intrapersonlege plan er ifølge han, når der skjer ein refleksjon, tenking, ein indre språkleg tenking (b).

Det skjer stadig ein kulturell dynamikk, meiner Säljö. Vektstangsprinsippet (sjå kapittel 2.2) er ein kunnskap som er utvikla heilt sidan spettet vart ein reiskap til å flytte. For kvar gong ein reiskap vert brukt (slik som med spettet), skjer det i ein ny situasjon. I slike tilfelle har dei bruk for kreativitet. Og det finst sjanse for at det kjem inn eit nytt og kreativt element som forandrar kunnskapen vår om reiskapen eller korleis vi på andre måtar kan bruke ein reiskap.

Dette gjeld òg for den tause kunnskapen, eit anna aspekt ved læring. Ved taus kunnskap legg ein til rette for at eleven skal kunne reflektere over praksis og yrkesutøving. Det blir stilt krav om å forsøke å sette ord på den tause kunnskapen. Mykje av den kunnskapen vi formidlar som yrkesutøvarar, har vi i ei form som gjer at ord ikkje strekker til. Det er først når ein skal til å forklare korleis ein gjer ei oppgåve, at ein kan oppdage at det vi gjorde ikkje var så enkelt. Då vert ein tvinga til å formulere meir presist korleis ein skal gjere det.

Hensikta med å gi vidare kunnskap til andre individ i eit sosiokulturelt perspektiv (2001)

- Bevare kunnskapen i kollektivet
- Skape rom for å skape si eiga utvikling
- Individet er ikkje passive tilskodarar
- Gjenskape og fornye sosiokulturelle mønster

2.6 Yrkesstoltheit .

Det er interessant å sjå på om stoltheita over yrket har endra seg ifrå 1950 og fram til i dag, og eit av forskingsspørsmåla i undersøkinga var om informantane var stolte av yrket sitt. I dette kapittelet vil eg skrive kva eg har funne som andre har skrive om yrkesstoltheit og kva helsearbeidarane sjølve har gjort for å oppleve yrkesstoltheit.

Yrkesstoltheit er å oppfylle dei krav som er til eit yrke. Det som formar yrkesetikken er å dyktiggjere faget sin eigenart (Tempte, 1982)

Der har vore fleire innan yrket samaritt, hjelpepleiar og no helsefagarbeidarar som har gjort ein stor personleg innsats for at yrket skal eksistere. Hjelpepleiarar organiserte seg i ein eigen organisasjon i 1965. Norsk Hjelpepleieforbund hette fagorganisasjonen, og sentralt sekretariat i Oslo. Ute i fylka var der i 1965 etablert kretser. Forbundet gav ut tidsskriftet «Hjelpepleien» (Ågot Lindstrøm, 1976)

I [1995](#) skiftet forbundet navn til Norsk Helse- og Sosialforbund og gikk i [2003](#) sammen med [Norsk kommuneforbund](#) til det nye [Fagforbundet](#) som er et forbund som er tilsluttet [LO](#) (Wikipedia, 2012).

Det som i dag er Fagforbundet har ei avdeling for helse- og sosialfag. Dei jobbar med mulegheiter og utfordringar som medlemmene står overfor i arbeidet sitt. Forbundet jobbar med å få fleire lærlingplassar. Fagleg utvikling og auka kompetanse som bidrar til å oppfylle dei krav som er til yrket er og noko dei jobbar med. Eg vil spesielt peike på arbeidet med fagleg utvikling og auka kompetanse som er sentralt når ein skal sjå på yrkesstoltheit. Ei anna sak som har vore sentralt, når ein skal sjå på det å vere stolt av yrket, er dei etiske retningslinjene som har vore forpliktande vedtekter innan faget. Desse har og vorte utvikla til det dei er i dag – etiske retningslinjer – ei felles plattform for Fagforbundets medlemmer som og skal stimulere til refleksjon og vidareutvikling. (Fagforbundet, 2012b). I desse retningslinjene er der vist korleis yrkesutøvarer skal utøve sitt yrke i samarbeid med både kollegaer og med omsyn til gjeldande lovverk. Der er sju punkt som seier korleis møte med pasient/ brukar og pårørande skal vere (vedlegg nr. 4) Eg vil spesielt nemne eitt punkt: « I mitt arbeid gir jeg tjenester av god faglig kvalitet. Jeg er imøtekommende og mitt fokus er brukerens/pasientens interesser og ståsted» (Fagforbundet, 2012a)

Thomas Tempte skriv i sin artikkel om Arbetets Ära om yrkesstoltheit der ein som sliper steinar har yrkesstoltheit utan at samfunnet rundt han ser på hans arbeid som høgstatus.

En del för samhället viktiga yrken kom att betraktas som skamliga. Slaktaren var ibland en sådan. Skärsliparen (...) en annan. En kall vinterdag 1902 står han här och slipar «bättre folks» knivar, saxar och andra hushållsredskap. Det är kallt och han ä rinte för varmt klädd trots sin

krimmermössa. En enkel fotdriven apparat driver hans slipsten. Lite klumpigt är den lilla släden hopsnickrad. Skalarna har han fällt bakåt der han slipar. Kanske för att ingen förbipasserande fotgängare ska snubbla på dem. Dette är kvappast någon yrkesutövning. Så fort han fått i hop de viktigaste slantarna denna kalla dag går han hem eller till en varmkrog. En duktig skärslipare var välkommen, man behövde hans arbetsresultat. Men han var knappast aktad (Tempte, 1982, p. 59).

Ferdigheit i yrket var ikkje det å passe på at forbipasserande ikkje snubla, men kanskje gjorde det noko med stoltheta å føle at ein har vist respekt for dei som gjekk forbi. Steinsliparen hadde gjort ein god jobb ved å førebyggje at ingen datt og vart skada.

3. Metode

Dette kapitlet handlar om framgangsmåtar eg nytta i prosessen med denne masteroppgåva. «Metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problem og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Hellevik, 1973, p. 8). Eg gjer greie for teori i høve til kvalitativ forskning. Deretter synleggjer og drøftar eg dei val eg har gjort i høve til innsamling og analyse av data og presentasjon av funna.

3.1 Om å samle minne.

For å svare på problemstillinga, og dei spørsmåla eg hadde rundt dette feltet, var det naturleg å snakke med folk, samle inn minne. Steinar Kvale, har i boka om det kvalitative forskingsintervjuet skrive at ei intervjuundersøking har sju stadium. Det første stadiet, å tematisere, har eg gjort i kapittel 1. Eg har klargjort formålet med denne studien, og har innhenta kva andre har skrive om temaet. I dette kapitlet vil eg skrive om kva metode eg brukte for å innhente den kunnskapen eg treng for å kunne analysere temaet. Ved å snakke med folk har eg prøve å få svara på nokre av spørsmåla rundt dette feltet som rapporten min omhandlar: Kva endringar har skjedd med utdanninga ifrå samaritt til helsefagarbeidar.

Sidan eg ønskte å få fram utviklinga over fleire tiår i min studie, har eg nytta ein helsearbeidar ifrå kvar av tiåra ifrå 1950 og fram til den nyaste reforma, Kunnskapsløftet 2006. I 1994 kom ei ny reform innan vidaregåande opplæring og då var det naturleg at eg i dette tiåret intervjuar to hjelpepleiarar.

I metodekapitlet syner eg korleis vegen har vore frå val av problemstilling fram til målet om å svare på problemstillinga. Undervegs er der viktige vegskilje, og eg har tatt ulike val. Dei ulike vala prøver eg å drøfte og grunngje, og dette dannar grunnlag for kor pålitelege funna er (reliabilitet) og kor gyldige dei er (validitet).

Eg gjer først greie for tilnærming, val av metode og dei ulike stega i forskingsprosessen. Deretter trekkjer eg fram sentrale emne som validitet, reliabilitet og forskningsetiske vurderingar.

3.2 Val av forskningstilnærming

Gjennom informantane ønskjer eg å få fram det historiske perspektivet på læring og læringsmetodar som har vore gjeldande for helsearbeidarar ifrå 1950 og fram til i dag 2011. Både føremål og problemstilling vert retningsgivande for val av metode, ifølgje Befring (Befring, 2007). Eg ønskte å

samle minne og erindringar om utviklinga av helsearbeidarfaget frå midten av 1900-talet gjennom samtalar med yrkesutøvarar der eg har valt å bruke kvalitativt forskingsintervju som metode. Slik informasjon kan bidra til og gi eit heilskapleg bilde av historia og utviklinga. Med dette utgangspunktet har eg valt ei fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming som inneber å sjå verda slik menneske opplever den (Dalen, 2004; Vedeler, 2000).

3.2.1 Fenomenologi og hermeneutikk

Den kvalitative tilnærminga eg har valt i denne studien, plasserer seg både innanfor den fenomenologiske og hermeneutiske vitskapstradisjonen. Kvale (Kvale, 1997), peikar på at den fenomenologiske metode søker den levande verda for å få fram erfaringsmateriale. Denne vert støtta av Grønmo (Grønmo, 2004) som trekkjer fram at fenomenologisk analyse er særleg oppteken av å analysere handlingar og opplevingar folk har i kvardagslivet sitt. Utgangspunktet er at røyndomen er slik aktørane sjølv oppfattar han. Difor legg slike analyser stor vekt på å forstå handlingane ut frå aktørane si eiga forståing og kva meining handlingane har for aktørane sjøve. Forskaren si forståing av handlingane og meiningane bak, byggjer på aktørane si eiga forståing av dette. For å kunne tolke handlingane og meiningane med dei, må forskaren få innsikt i intensjonane aktørane har med det dei gjer. Føremålet med handlingane må setjast inn i ein større samanheng. Fenomenologisk forskning, seier Postholm (Postholm, 2010) handlar om å finne meininga eller essensen i ei opplevd erfaring. Forskaren må difor i tillegg vere oppteken av aktørane sine røynsler, opplevingar og oppfatningar i ein meir generell forstand. Slik kan den fenomenologiske analyse gje djupare innsikt i formuleringane aktørane nyttar om kva dei ulike handlingar betyr.

I fenomenologisk analyse er det viktig å unngå at mine eigne personlege erfaringar eller førestillingar vert for framtrédande. Eg hadde før eg starta på denne studien ei førforståing der eg gjennom fleire år i yrket hadde gjort meg opp meiningar om utdanninga som kunne påverke både utforminga av spørsmål, kroppsspråket mitt i møte med informantane og i analyse av det empiriske materialet. Det medførte at eg i analysane måtte vere på vakt mot moglege fordommar, og måtte leggje vekt på å tone ned førehandsoppfatningar av aktørane og/eller kva dei seier.

Hermeneutikk tyder fortolkningskunst eller fortolkningslære. I hermeneutiske studiar legg forskaren større vekt på tolking av aktørane og deira synspunkt. Innsikt i aktørane sine intensjonar er eit viktig grunnlag for å forstå meininga som ligg til grunn for handlingane. Slik innsikt vert utvikla i eit samspel mellom aktørane si sjølvforståing og forskaren si tolking av denne sjølvforståinga (Grønmo, 2004)

I hermeneutikken er før-forståinga ein føresetnad for forståing, og dermed ein viktig reiskap i tolkingprosessen (Kvale, 1997). Tolkinga byggjer på ei meir generell forståing forskaren har før studien. Denne førforståinga kan ha utgangspunkt i tidlegare forskning, faglege omgrep. I tillegg til det teoretiske bakteppe eg har, byggjer førforståinga mi på røynsler eg har gjort meg gjennom arbeidet som hjelpepleier og lærar innan helse- og sosialfaglege studieretningar. Førforståinga har eg med meg både når eg skal samle inn og tolke den informasjonen som ligg i informantane sine utsegner og i sjølve intervjusituasjonen. Førforståing vil påverke tolkinga, og i den hermeneutiske tilnærminga er det viktig å vere medviten eiga førforståing. Det kan førebyggje at førforståinga ukritisk vert ein del av materialet. Elles kan val av tema og teori styre forskingsprosessen slik at "vi ser det vi vil sjå" (ibid.).

Hermeneutikken skil seg frå fenomenologien ved at den legg større vekt på forskaren si heilskaplege forståing. I hermeneutisk analyse forstår ein aktørane og deira handlingar som deler av ein heilskap. Det som vert fortalt vert tolka også i lys av forskaren si forståing av den samanhengen aktøren er i, og i høve til korleis forskaren ser situasjonen eller prosessen handlingane er ein del av. Hermeneutisk analyse føreset at fenomen ikkje kan forståast uavhengig av den større heilskapen dei er ein del av.

På den måten vert hermeneutisk analyse ei pendling mellom forståing og førforståing og mellom delforståing og heilskapforståing. Denne pendlinga mellom ulike fortolking grunnlag og forståingsmåtar utgjer ei slags sirkelrørsle, og vert gjerne omtala som den hermeneutiske sirkel (Grønmo, 2004).

3.2.2 Kvalitativt forskingsintervju.

Det er både oppklarande og nødvendig for den som skal undersøke eit felt tidleg i prosessen å få svar på spørsmåla *kva*, *kvifor* og *korleis*, meiner Kvale (Kvale, 1997). *Kva* handlar om å hente inn førehandskunnskap om emnet som skal undersøkast. *Kvifor* vil dreie seg om å ha klart føre seg føremålet med studien. *Korleis* inneber å skaffe seg kunnskap om ulike intervju og analyseteknikkar og bestemme seg for kva ein vil nytte for å hente inn den ønska kunnskapen.

Eg har difor valt det kvalitative intervjuet fordi det eignar seg godt til å få fram informantane sine erfaringar og tankar (Dalen, 2004). Eg ynskte at samarittane, hjelpepleiarane og helsefagarbeidaren skulle gje meg fylldig og relevant informasjon om korleis dei opplevde og opplever utdanninga dei har. Til å få fram historikken til utdanninga og korleis opplæringa har vore, var det kvalitative intervjuet godt egna. Det framkomne materialet skulle vere mitt utgangspunkt for tolking og analyse. Kvalitative intervju kan vere opne, semistrukturerte eller heilt strukturerte. Befring (Befring, 2007)

hevder at kvalitativ forskning føreset kjennskap til kva område eller faktorar det er viktig å fokusere på. På bakgrunn av teori og erfaringane mine og ynsket mitt om å få fram historiene til informantane, utarbeidde eg ein intervjuguide for eit ope intervju, med ti hovudpunkt for å ha ei hugseliste under møtet med informantane. (sjå vedlegg 2).

Før eg går vidare med prosessen, vil eg gjere greie for bakgrunnen for intervjuet gjennom å trekkje fram vurderingar som er gjort under utarbeiding av intervjuguiden og ved val av informantar. Nokre forskingsetiske vurderingar er og viktig i denne delen av prosjektet.

3.3 Førebuing av forskingsprosessen.

Å intervjuet for å få svar på det eg treng for å analysere, krev planlegging. Planlegge ved først å finne nokon som har teke dei ulike utdanningane og som var villige til å la seg intervjuet med opptakar. Prosjektplanen har vore ein god styringsreiskap for meg frå start til slutt i prosjektet. Eg ønskte å arbeide med ei problemstilling som hadde fokus på korleis utviklinga på yrkespedagogikk har vore, for det yrket som no er helsefagarbeidar, ifrå det hadde namnet samaritt. Eg ønskte å arbeide med prosjektet i den regionen eg høyrer til, for å få fram historia til desse som reiste langt heimanfrå for å få seg ei utdanning. Å arbeide med prosjektet i eige fylket vart også overkommeleg for meg då reiseavstanden til informantane i 2011 kan gjerast på ein dag.

3.3.1 Val av informantar.

Både utifrå føremålet med studien og med utgangspunkt i problemstillinga, var det naturleg å velje samarittar, hjelpepleiarar og helsefagarbeidarar ifrå dei ulike tiåra frå 1950 – 2012. Av praktiske/geografiske omsyn valde eg informantar frå ulike deler av fylket eg bur i, Sogn og Fjordane. Ved å bruke nettverket mitt fekk eg nokre namn som eg kunne ringe til for å gjere ei avtale. Eg tok omsyn til at dei eg plukka ut, var ifrå dei ulike regionane i fylket, utifrå ulike opplæringsinstitusjonar og ulike avstandar til desse.

Eg var heldig som fekk kontakt med to positive damer som er samarittar, dette er eldre damer, og ikkje mange er igjen av denne yrkesgruppa. Dei to samarittane var utdanna på ulike sjukehus i fylket, det var ulik lengde på utdanninga og dei kjende ikkje kvarandre, dette utifrå føremålet med studien, å få fram eventuelle ulikheiter mellom måtar dei lærde arbeidsoppgåvene og få fram den personlege historia til den einskilde.

Tre av hjelpepleiarane kjende eg frå før, og dei andre kom eg i kontakt med via ulike kommunar og vidaregåande skular der dei hadde utdanna hjelpepleiarar, og no helsefagarbeidarar. I 1994 kom der ei ny skulereform, som er grunnen til at eg valde å intervju to hjelpepleiarar ifrå dette tiåret.

I denne fasen vurderte eg kor ope eg skulle gå ut med dei spørsmåla eg ville stille som hovudspørsmål (Grønmo, 2004). For å få mest mogeleg informasjon i høve til studien, ønskte eg i utgangspunktet å vere mest muleg open om kva eg ville spørje om. På den andre sida kunne for mykje informasjon verke overveldande, og kanskje få til konsekvens at dei ikkje ville delta. På den andre sida måtte informasjonen vere så fyldig at dei kunne førebu seg. Etter avveging av desse momenta landa eg på at dei fekk tilsendt hovudspørsmåla som ein del av informasjonen før intervjuet. Etter ein positiv telefonførespurnad, fekk informantane tilsendt samtykkeerklæring som dei kunne lese og skrive under til eg møtte dei.

3.3.2 Utarbeiding av intervjuguide.

Intervjuguiden inneheld tema som eg, med utgangspunkt i førforståinga, meiner er relevante for korleis eg kan få svara på problemstillinga, få fram historikken og samanlikningar for å vise kva som har skjedd. Eg planla spørsmåla utifrå kva eg forventar å få vite. Sluttmålet er, som Kvale (Kvale, 1997) skriv, viktig å ha i siktet heilt frå byrjinga, og sluttmålet mitt er å få svar på problemstillinga og skrive om dette arbeidet i denne oppgåva. Å verte klokare ved å utvide mi førforståing av temaet er og ei drivkraft. Intervjuguiden omfattar desse hovudoverskriftene: årstall, grunnar til denne utdanninga, kva utdanninga er brukt til, arbeidsoppgåver før og etter utdanning, opplæring teori/praksis. Å vere stolt av utdanninga og korleis denne har endra seg, er også tema i intervjuguiden.

Når eg arbeidde med spørsmåla knytt til dei ulike emna, hadde eg "trakteprinsippet", slik Dalen (Dalen, 2004) beskriv det, som referanseramme. Eg ville starte med innleiande spørsmål der informantane fekk presentert seg og snakke seg inn i historia, få ei tid å mimre. Deretter ville eg ha svara på meir sentrale spørsmål, for å kunne samanlikne dei ulike informantane sine historier og korleis dei hadde fått opplæring i arbeidsoppgåver. For så å avslutte med dei spørsmåla som opna opp for det meir generelle og opne.

3.4. Gjennomføring av intervjuet

Trass førebuingane eg har gjort greie for ovanfor, overlet eg like fullt til informantane å bestemme ein del av rammefaktorane for intervjuet. Eg gjennomførte intervjuet eitt og eitt. Dette har eg valt

fordi eg ikkje vil at dei skal påverke kvarandre, og det vert enklare å gjere ei systematisk analyse når det er berre ei stemme inne på opptakaren. Føresetnaden min var at intervjuet skulle føregå på ein roleg stad, men det var informantane som fekk velje tid og stad. Dette var eit val eg tok på bakgrunn av at dei skulle føle seg vel, og dei skulle finne eit tidspunkt som passa best i deira kvardag. Fire av dei eg intervjuet valde å gjennomføre dette heime, då var det svært roleg og ikkje nokon som avbraut oss. Det var to som valde å gjennomføre intervjuet på ein lokal kafé, der vi fekk bruke eit roleg avlukke. Dei resterande intervjuet gjorde vi på dei ulike arbeidsplassane der vi fekk bruke møterommet. Samla sett eg er fornøgd med rammevilkåra for intervjuet, men på den eine kafeen vart det ein del støy inne i lokalet. Der vart avbrot av menneske som informantene kjende og bakgrunnsmusikk. Eg løyste dette gjennom å ta nødvendige avbrot, og meiner innhaldet i dette intervjuet ikkje vart prega av det.

Innleiingsvis i intervjuet fortalde eg litt om meg sjølv og prosjektet mitt. Vi snakka litt om og repeterte ein del av det formelle og at informantane kunne trekke seg frå prosjektet når som helst (jamfør kapittel 3.8). Opptakaren la eg på bordet mellom oss, denne ser ut som ein liten telefon, der dei visste at det var ein opptakar, men eg observerte ikkje noko ubehag i forhold til den. Gjennom dette følte eg frå første stund å kome nærmare inn på informantane og skapte ein god relasjon.

Den kvalitative intervjuforma kan karakteriserast som ein mellommenneskeleg situasjon der ein samtalar om eit tema av felles interesse (Kvale, 1997). For å sikre at alle relevante tema vart svart på, vart den semistrukturerte intervjuguiden utgangspunkt og styrande for intervjuet (Befring, 2007). Men samtidig var eg open for initiativ under samtalen og var medviten om å nytte intervjuguiden på ein fleksibel måte, slik at rekkefølja på tema kontinuerleg vart vurdert parallelt med utviklinga i kvart intervju. Eg var open for nye tema som kom fram, men det var ein krevjande prosess å passe på når pratsame respondentar overtok styringa (Grønmo, 2004).

Kvale (1997) hevdar at kvart forskingsspørsmål kan evaluerast utifrå ein tematisk og ein dynamisk dimensjon. Den dynamiske dimensjonen handlar om den mellommenneskelege relasjon som oppstår under intervjuet, medan det tematiske handlar om relevans for forskingstemaet. Min intensjon var å stille dei gode spørsmåla slik at begge dimensjonane vart ivaretekne. Det er ei spesiell form for «*menneskeleg interaksjon hvor kunnskapen fremkommer gjennom dialog*» (ibid.).

Difor vurderte eg spørsmåla undervegs ved å lytte til respondentane sine svar, tolke svarea, og følgje opp svarea med nye spørsmål utifrå tolkinga. Analyseprosessen var i gang under intervjuet. Dette er i tråd med det Befring (2007) seier om at det ikkje er noko skarpt skilje mellom datainnsamlingsprosessen og analysen. Eg følte at samtala flaut godt, med gode spørsmål og bevisst bruk av oppfølgingsspørsmål. Kvale (1997) meiner at leiande spørsmål er altfor lite brukt, og at dei er

eigna der ein skal prøve å få styrka eller verifisert informantane si meining. Eg hadde difor lagt vekt på å lage hjelpespørsmål som eg hadde med under intervjuet, der eg kunne stille dei same spørsmåla på nytt, men frå ein annan synsvinkel. Dette gav grunnlag for at informantane kunne utdjupe og styrke noko dei tidlegare hadde sagt, og for meg gav det mogelegheit for å få meininga tydelegare fram.

Avslutninga av intervjuet vart lett og ukomplisert slik at både informantane og eg sat att med ei god kjensle. På den måten kunne eg avrunde i ei god atmosfære (Grønmo, 2004). Eg let ein av informantane formidle dette: «Da va kjekt ditta – du må berre spørje meg igjen om det er noko du lurar på»

3.5 Transkribering – frå tale til tekst

Transkribering vart gjort umiddelbart etter kvart intervju. Då var det lettare å gjenkalle situasjonen, få med meininga og samhalda det med memos når eg skreiv umiddelbart etter kvart intervju.

Nedteikning av hendingar, refleksjonar og fortolkingar er ein viktig del av den kvalitative analysen i følge Dalen (Dalen, 2004). Eg lytta på opptakaren og skreiv intervjuet ut ordrett, der eg nytta dei dialektprega uttrykka som var brukt fordi det vart verifisert og gav informasjonen meir liv. Undervegs spola eg tilbake og høyrde opp att sekvensar for å sikre meg at eg hadde oppfatta innhaldet rett. Opptakar og det utskrivne materialet har eg oppbevart forsvarleg, og etter innlevering av oppgåva og den munnlege høyringa, vil opptaka og det skriftlege materialet bli sletta.

Eg meiner eg har arbeidd grundig med transkriberinga, og dette gjekk greitt då lyden på opptakaren var god. Transkribering inneber omsetjing frå munnleg til skriftleg språk. Eg la vekt på å transkribere informantane sine utsegner så nøyaktig som råd. Eg markerte i teksten sitat, uttrykk eller hendingar som eg meiner var interessant og nyttig for problemstillinga mi. Men likevel hadde eg i minnet Kvale (Kvale, 1997) si påpeiking av at ei sann, objektiv omsetting frå munnleg til skriftleg språk ikkje finst. Arbeidet gav meg oversikt over stoffet, og det gjekk opp for meg at det transkriberte materialet var omfattande. Eg visste ikkje på det tidspunktet korleis eg skulle gå vidare med analyse, men eg følte at eg hadde eit godt materiale.

3.6 Analyse og tolkning.

Kvale (1997) omtalar seks trinn i analyse av eit intervju. Dei tre første skjer undervegs i intervjuet.

Det har samanheng med informantane sine svar, det han sjølv oppdagar undervegs og det intervjuar sender tilbake til informantane ved å utdjupe utsegnene. I fjerde trinnet vert informantane sine

utsegner tolka. Meiningane deira vert henta fram og presentert i lys av teori, og nye perspektiv kan tre fram.

I femte trinnet kan informantane få lese det transkriberte materialet. Sjølv om informantane fekk valet, var det ingen av dei som ønskte dette, men dei ville gjerne lese den ferdige rapporten. Det sjette trinnet handlar om at informantane starta ei handling i forlenginga av prosessen dei hadde vore ilag med meg. Fleire av helsearbeidarane gav uttrykk for at spørsmåla og prosessen i det heile, hadde fått dei til å tenkje over ein del arbeidsoppgåver dei har i dag i forhold til kva dei gjorde tidlegare, og ikkje minst fekk dei eit bevisst forhold til om dei er stolte av yrkesvalet sitt eller ikkje.

I analysen hadde eg ei ad hoc- tilnærming (ibid.) for å få forståing av utsegnene til informantane. Ei ad hoc- tilnærming medfører at ein ikkje treng å følgje ein standard analysemetode, men kan nytte ulike tilnærmingar. Eg strukturerte det transkriberte materialet ved å bruke ulike fargekodar etter temaet i intervjuguiden, der for eksempel alt informantane hadde sagt om korleis dei lærte arbeidsoppgåvene fekk fargen blå, og om dei var stolte av yrkesvalet fekk fargen grøn. I denne prosessen reduserte eg datamaterialet ved å ta vekk det som ikkje var relevant for problemstillinga. På denne måten fekk eg god oversikt, og eg kunne i dette arbeidet sjå heilskap og samanheng i det som var formidla.

I hermeneutisk tilnærming skal data tolkast. Kvale (1997) nemner tre tolkningsnivå: Informanten si sjølvforståing, ei sunn fornuft- forståing og eit teoretisk tolkningsnivå. I analysen har eg nytta den hermeneutiske sirkel (jamfør kapittel 3.2.1) der eg har pendla mellom førforståing av den konteksten informantane inngår i. Eg har halde empirien opp mot førforståinga og teori og prøvd å ha ei opa tilnærming til datamaterialet. Informasjonen som eg har plukka ut i forhold til problemstillinga har eg drøfta opp mot teori og til slutt i rapporten har eg oppsummert.

Tolking av data i denne studien kan validiserast i forhold til Sogn og Fjordane fylke, men det er usikkert om resultatet hadde vore det same om undersøkinga vart gjort i for eksempel Oslo.

3.7 Metodedrøfting

Dei tradisjonelle krava til forskning er å samle mest mogeleg valide data og minimalisere feilfaktorar som kan undergrave reliabiliteten (Befring, 2007). Dette har eg prøvd på og gjort greie for førforståinga og teori som styrkar validitet og reliabilitet. Vidare meiner eg å ha ført lesaren grundig gjennom dei ulike delane som Kvale (1997) peikar på er viktige for reliabiliteten. Dette er i tråd med Grønmo (2004) som trekkjer fram at data skal baserast på faktiske forhold, ikkje subjektivt skjønn eller tilfeldig omstende.

Vidare gjer eg greie for reliabiliteten som handlar om truverdet og drøftar validitet i forhold til materialet, forskarrolla og forskingsopplegget/metoden.

3.7.1 Reliabilitet

Reliabilitet vil seie at det som vert presentert i studien er til å stole på. Kvale (1997) peikar på vurderingane som må gjerast gjennom dei tre stadia: intervju, transkripsjon og analyse. Han påpeikar at denne type forskning er reliabel når dei ulike stega med same intervjuguide og framgangsmåte kan etterprøvast av andre forskarar med tilnærma same resultat.

På intervjustadiet vert reliabiliteten drøfta i forhold til leiande spørsmål. Kvale (1997) framhevar at medviten bruk av leiande spørsmål i kvalitativt intervju heller styrkar enn svekker reliabiliteten. Eg brukte leiande oppfølgingsspørsmål på ein medviten måte når informantane skulle utdjupe eller styrke noko dei hadde snakka om tidlegare.

Reliabiliteten i intervju er og påverka av samspelet mellom intervjuar og informant. Eg la vekt på dialog kombinert med ei avventande og interessert haldning, og var klar over at i tillegg til verbal respons så kan det non-verbale forsterke i positiv og negativ retning. Intervjuguiden var styrande for flyten i intervjuet, med den var nytta på ein fleksibel måte.

Med omsyn til reliabiliteten i transkripsjons- og analyseprosessen trekkjer Grønmo (2004) fram at tekstane kan trekkast fram og lesast gjennom på ulike tidspunkt og vurderast på nytt. Eg har forklart bruken av opptakar og korleis eg la vekt på å få fram meiningane til informantane. Eg har lytta til det informantane sa når eg transkriberte materialet, når eg skulle fargekode kategoriane, skrive ned empirien og i arbeidet med drøftinga.

Som tidlegare nemnt under fenomenologi og hermeneutikk har eg vore medviten mi eiga førforståing. Dette har hjelpt meg til å ikkje trekke førforståinga ukritisk inn i tolkinga. Samstundes har dette vore med å auke innsikta i analyse og teoriutvikling i intervjumaterialet. Dette meiner Dalen (2004) er viktig i høve reliabilitet.

3.7.2 Validitet

Den kvalitative forskinga byggjer på samspel mellom menneske, og det er ein føresetnad at det vert skapt intersubjektivitet mellom forskar og informant (ibid.). Validiteten i tolkinga av det informantane seier, vert styrka ved at opplevingar og situasjonstolkingar vert felles. Ved å gi informantane førehandsinformasjon og ved å la dei legge dei praktiske rammene, viste eg respekt for

dei og deira arbeidssituasjon. Fleksibel bruk av intervjuguiden gjorde at eg kunne gi dei rom for å dele minne, i motsetning til det strukturerte intervjuet. Dette skapte tillit og ein god dialog.

Validitet handlar om kor gyldig måleresultata er, og det overordna spørsmål er om eg har fått svaret på det eg ønskte å få svar på i forhold til problemstillinga, eller om måleresultatet inkluderer andre faktorar (Befring, 2007). Kvale (1997) hevdar at validering inneber kontinuerlig sjekking og teoretisk tolking av funn, og at validiteten vert styrka ved absolutt sanning og kritisk syn på eige arbeid gjennom heile prosessen. Dalen (2004) legg vekt på at forskarrolla, forskingsopplegget, datamaterialet, tolking og analytisk tilnærming er knytt til validitet i kvalitative intervjustudier. Når eg skal drøfte validiteten i arbeidet, vil eg nytte denne innfallsvinkelen.

Eg har gjort greie for forskarrolla mi gjennom å synleggjere erfaringsgrunnlaget, og gjennom eige teorikapittel syner eg det teoretiske grunnlaget. Gjennom å ha synleggjort førforståinga, gir eg lesaren høve til å kritisk vurdere i kva grad dette kan påverke tolkinga mi. Dette styrkar validiteten (ibid.).

I dialogen fekk eg med både den verbale og den non-verbale kommunikasjonen. Dette saman med varierende spørsmål, legg grunnlag for det Dalen (2004) kallar «tykke beskrivelser», og som styrkar validiteten i datamaterialet. Kvale (1997) peikar på at validiteten i undersøkinga står i samanheng med om eg har forstått helsearbeidarane sine utsegn rett. Eg har prøvd å ivareta dette gjennom å stille same spørsmål på nytt ifrå ein annan synsvinkel for kunne utdjupe og styrke noko dei tidlegare hadde sagt, og for meg gav det mogelegheit for å få meininga tydelegare fram.

Ved å nytte semistrukturert intervju som metode, har eg lagt til rette for at informantane med eigne ord kunne fortelje si historie, få fram minne. Sjølv om intervjuguiden vart nytta fleksibelt, fungerte han som sikring for at emne som eg såg som gyldige utifrå problemstillinga, vart dekkja (Kvale, 1997).

Deskriptiv validitet beskriv Kvale (1997) som samvitsfull «dialog» med materialet, der ein også gjer greie for korleis datamaterialet er samla inn, tilrettelagt og analysert. For å ha eit best mogeleg grunnlag for seinare bearbeiding, tolking og analyse vart intervjua dokumentert gjennom godt lydopptak på ein opptakar til slik bruk. Opptaka er transkriberte, gjennomarbeidde, tolka og analyserte. Med omsyn til tolkingsvaliditet er det krav om at avdekka samanhengar kan dokumenterast i det empiriske datamaterialet. Datamaterialet byggjer på informantane sine eigne ord, og eg har gjort greie for og drøfte tolkinga.

3.7.3 Metodekritikk

I studien har eg nytta kvalitativt intervju, for om muleg å få svar på dei spørsmål innan feltet frå samaritt til fagarbeidar, som metode. Bakgrunnen for val av metode var å få fram stemmene til dei helsearbeidarane for å få svar på problemstillinga: Korleis har opplæringa til helsefagarbeidaren endra seg frå 1950 – 2012? Gjennom kvalitativt intervju kan informantane formulere og utdjupe meiningane sine i dialog med meg som intervjuar.

Eg ser i etterkant at intervjuguiden kunne ha innehalde færre område. Det kunne ha gitt høve til å gå meir i djupna på enkeltområde.

Alle intervjuar i denne studien har føregått i Sogn og Fjordane fylke. Samtalane føregjekk anten heime hjå informantane eller ein stad i nærområde informantane hadde valt sjølve. Det oppsto ofte ei trygg og roleg atmosfære som eg ser i ettertid kan ha fått fram nyansar i livshistoriene til informantane. Kritikken mot å berre gjere undersøkinga i eige fylke er å ikkje fange opp eventuelle likskapar og forskjellar knytte til dei ulike landsdelane. Eg kunne valt å bruke telefonintervju då økonomien ikkje heldt til å reise over heile landet, men då hadde eg kanskje ikkje fått fram dei nyansane i intervjuar i trygge omgivnader.

Om eg skulle gjort denne studien frå starten av ein gang til, ser eg at eg kunne fått verdifull tilleggsinformasjon ved å intervjuer også andre partar. Det kunne vere sjukepleiarar som hadde vore lærarar både ute i praksis og seinare på skulen. Det kunne ha medverka til å validere det informantane har målbore. Men når det er sagt veit eg ikkje om informasjonen og historiene hadde vorte så mykje annleis av den grunn.

3.8 Forskingsetiske vurderingar

Kvale (1997) minner om at gjennom heile forskingsprosessen må ein bruke forskningsetiske vurderingar og avgjerder. Befring (2007) framhevar det viktige i å vere truverdig, vere ærleg, allsidig orientert og ha kunnskap om feltet som skal utforskast. Eg har lagt vekt på å ha innsikt i metodar og teori, og for å redusere eller å hindre utilsikta feil, har eg vore open og fordomsfri med omsyn til å finne svar på problemstillinga. Dette er synleggjort gjennom å gjere greie for forskingsprosessen og vala eg har gjort.

Dei etiske vurderingane mine starta ved val av tema. I fleire år har eg jobba som hjelpepleiar og seinare i den vidaregåande skulen som yrkesfaglærar for denne yrkesgruppa. Eg vurderte kva innverknad dette kunne ha, og kom til at når eg var bevisst på dette, kunne eg førebygge eventuelle

førrinntatte haldningar. Eg kjende tre av hjelpepleiarane ifrå før ifrå arbeidet som hjelpepleiar, men dette vurderte eg og kom fram til at dette kunne vere positivt i denne samanhengen.

I den skriftlege informasjonen og samtykkeerklæringa til informantane (vedlegg 1) gjorde eg greie for kva prosjektet gjekk ut på, korleis sikre materialet i etterkant og at dei kunne trekke seg ifrå prosjektet når som helst.

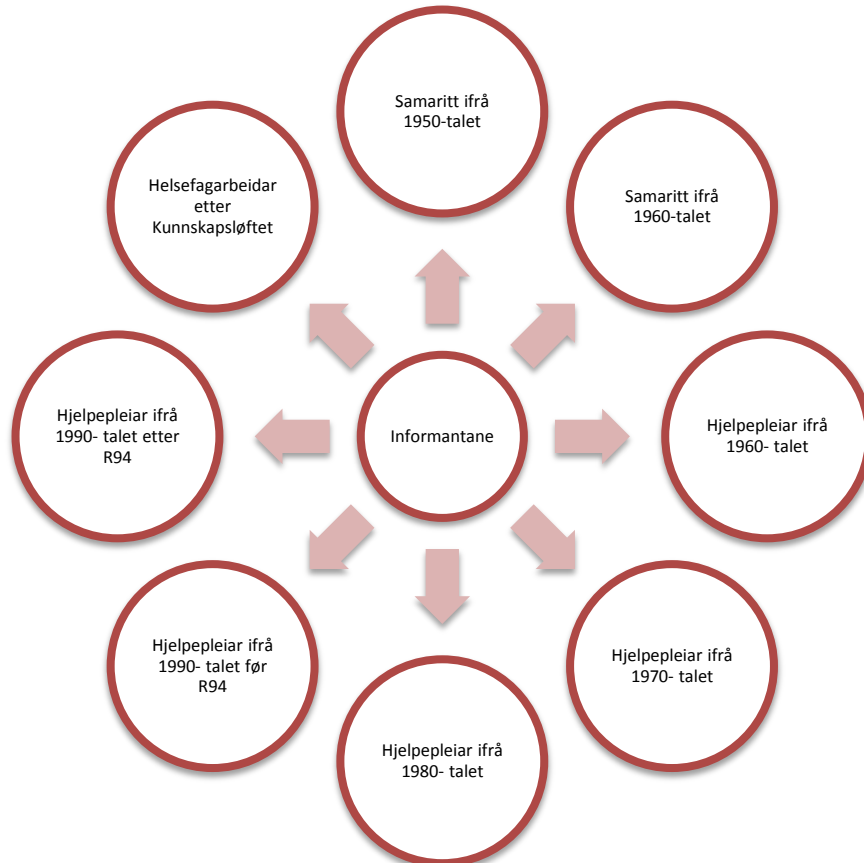
Eg har vore medviten om krav til anonymitet gjennom heile prosessen. Informantane sa sjølve at dette ikkje var viktig, men eg har valt å kalle dei for andre namn. Eg har vurdert å forandre kva kommune dei kom ifrå og bur i dag, men dette ville svekke historiene til informantane som reiste langt heimanfrå for å ta utdanning, då spesielt før 1980.

4. Stemmene som fortel

I denne delen vil eg prøve å fortelje historiene til dei helsearbeidarane som gjennom tidene har stelt sjuke og eldre. Det vart utdanna hjelparar til sjukepleiarar etter 2. verdskrig. Med den utviklinga som skjedde då med helsetenestene og velferdsstaten, vart det bruk for meir pleiepersonell. Eg har valt ut åtte forskjellige damer ifrå ulike tiår (sjå figur 9), for å vise utviklinga som har skjedd over denne perioden, og forsøke å gi eit breiast muleg historisk perspektiv på læring og læringsmetodar som har vore ifrå 1950 for helsearbeidarar og fram til i dag 2012.

Sogn og Fjordane fylke ligg omkring dei store vestlandsfjordane Nordfjorden, Førdefjorden, Dalsfjorden og Sognefjorden. Desse store aust-vest-gåande fjordane har delt fylket sterkare opp geografisk enn noko anna fylke i landet. Dette er grunnen til at eg har samla materiale om reisevegen som eit beskrivande element for å forsterke den sterke viljen informantane hadde til å gjennomføre utdanninga.

Først presenterer eg samarittane i kapittel 4.1. I dei neste kapitla vil eg presentere hjelpepleiarar både før og etter R-94 og til slutt vil eg presentere ei som har teke fagutdanning etter Kunnskapsløftet



Figur 9: Ulike helsearbeidarar

4.1 Samarittane 1950 og 1960.

I dette kapittelet vil eg presentere dei to informantane som eg intervjuar om korleis det var å få seg arbeid innan helsesektoren på 1950 og 1960 talet. Eg vil heretter kalle dei for Helga (1950) og Inga (1960). Helga reiste ifrå Olden til Nordfjordeid for å få seg ei utdanning som samaritt ved Nordfjord sjukehus. Inga var ifrå Lavik og reiste til Høyanger sjukehus på samarittkurs.

4.1.1 “For då kom Vennevoll”. Samaritt 1950



Figur 10: Bilde av Vennevoll og pleiarar. Kjelde: Sjukehuset vårt

Ho var stolt, Helga i 70-åra ifrå Loen, då ho skulle fortelje meg om legevisitten på sjukehuset på Nordfjordeid. Vennevoll var overlege ved sjukehuset då ho gjekk på samarittkurs der i 1958. Samarittkurset varte i seks månader på sjukehuset i Nordfjordeid, der dei på den tida hadde ei medisinsk og ei kirurgisk avdeling. Der var og ei fødeavdeling og barneavdeling, i tillegg til ei operasjonsstove.

Det var ingen som ho kjende ifrå før som gjekk på same kurset, men ho fortel at det vart ein samansveisa gjeng som gjekk der, og ei av dei har ho kontakt med enno. Dei var åtte stykke som starta på same tid som Helga, dei budde på sjukehuset og dette var kanskje ein av grunnane til at dei vart samansveisa? Helga starta på utdanninga fordi ho hadde tenkt seg på sjukepleia: “det var liksom dette eg hadde lyst til”. Ho fortel at det var ei ifrå same bygda som hadde teke samarittkurs og etterpå reist til Stavanger for å byrje på sjukepleieskolen. Ho seier at det “var dessa mannfolka då, veit du” som endra planane om vidare utdanning til sjukepleiar. Helga var stolt av å ha fått plass på kurset: “JA - REISTE OG GILD OG GLAD eg fekk plass”. Medan dei gjekk på samarittkurs hadde dei skaut på hovudet og budde i tredje etasje på sjukehuset. Då dei var ferdige fekk dei stiva hette og budde i “tårnet”. Helga viser meg bilete ifrå denne tida og på eitt av dei er det bilete av overlegen

Vennevoll og fleire pasientar og pleiarar ute på gangen på sjukehuset. Ho fortel at det er julaftan og det vart delt ut presangar. Denne kvelden kom overlegen og dei andre legane og der var sonen til ein av legane og på bilete ifrå julaftan. Etter dei seks månadene fekk ho flytte opp i "tårnet". Å flytte opp i tårnet var det ikkje alle som fekk, for der var ikkje plass til alle som hadde gått på kurset, og ho var då både stolt og spent.

Lønna til dei ferdig utdanna samarittane var 750 kr./ måned, sjukepleiarane hadde ikkje så mykje meir, sa ho.

Arbeidsoppgåver før og under opplæring

Dei byrja med å vaska pasientane om morgonen og setje opp dei som kunne vere oppe. Pasientane skulle ha mat og det skulle pussast støv, og sengene skulle vere utan ei skrukke på lakenet som ho sa: "alt skulle vere HEILT STRØKENT TIL KL. VAR NI, FOR DÅ KOM VENNEVOLL." Dei fekk vere med på legevisitten og denne fortel informanten om med stoltheit i stemma:

den fekk vi vere med på, og då gjekk vi bak og heldt handklede – eit frottéhandklede over handa, og så heldt vi såpekoppen i andre handa, slik at når han skulle vaske seg- han vaska seg utifrå kvart rom – då var det vi som stod der og heldt detta der, så var det no ei heile rekke, det var fleire legar og sjukepleierske då, ein to- tre, og så vi samarittane då – det var no litt morosamt.

Samarittane sat og passa på etter operasjonar, når dei vakna opp igjen etter narkosen. Det var sjukepleiarane som hadde ansvaret, men samarittane måtte gi beskjed om det var noko dei syntest ikkje var som det skulle vere. Det var mange som kasta opp etter ein operasjon og ho hjalp til med det, vaske og fjerne oppkastet. Helga fortel:

Hjelpe pasientane på bekken, tørke og vaske var og vanlege arbeidsoppgåver på ein arbeidsdag. Om det var nokre som trong det, sette vi klyster, ein stor kolbe med grønnsåpevatn som vi sette inn i tarmen ved hjelp av ei sonde.

"Vi sprang med bekken", seier ho, og delte ut mat og mata dei som ikkje åt sjølve. Det var nok mykje springing i denne jobben, då det var få som arbeidde der, og Helga fortel, at om det var ein fridag, så kunne ho bli henta inn for å sitje med ein døydande pasient.

Når ho hadde nattevakt kunne ho og sitje ned litt, men dei var ikkje arbeidsledige då heller. Helga fortel: «då skulle det brettast kompressar og 'tuffar'. Dette er utstyr som skulle steriliserast og seinare brukast til f. eks. sårstell». Sårstell kunne vere ei oppgåve til samarittane. Helga fortel vidare at dei målte ikkje blodtrykk, men tok temperatur og telje puls gjorde dei.

Opplæring, teori og praksis

Når dei gjekk på kurset var det oversøstera som hadde oversynet med dei, og hadde litt teori med dei. Oversøstera brukte ikkje klasserom, det var inne i leilegheita hennar dei fekk teoriopplæring. Då fekk dei innføring i dei vanlegaste sjukdomane på den tida, blindtarmoperasjonar og magesår, som det var mykje av. Beinbrot og kreft var der også litt av. Vi fekk inn teorien litt etter kvart, seier ho:

Det var ikkje så veldig mykje. Det var dei vanlegaste sjukdomane, litt latinske namn og litt sånn diettmat veit eg vi hadde føre oss. Desse som hadde magesår, det var no veldig viktig, det var loff, heilt blautkokt egg , lettkest - ulcuskost – ulcusegg kalla vi desse her egga.

Det meste av opplæringa føregjekk i arbeidet med pasientar og i det som skulle gjerast på sjukehuset. Dei lærte ved å sjå på og så gjere. Helga hugsa enno etter over 50 år korleis det var første gongen ho var med på ein fødsel. Ho hadde sett på at ein baby vart vaska og vegen, men når jordmora sa ho skulle gjere det, var det ikkje snakk om å nekte, det var berre å gjere det dei vart sett til å gjere.

Å lære av erfaringar fekk ho også etter samarittkurset når ho og ei av dei andre samarittane fekk seg jobb på Dikemark sjukehus. Dette var eit psykiatrisk sjukehus der nokre av pasientane ikkje hadde lov å forlate området, i alle fall ikkje åleine. Der vart Helga lurt av ein pasient som fekk ho til å tru at ho kunne gå på butikken, “det var berre den gongen” ...”vi fann ho igjen men då var eg ikkje høg i hatten”

Arbeidsoppgåver etter utdanning

«Å byrja på sjukepleia var det ho hadde lyst til», sa Helga. Dette vart ikkje noko av, sidan ho gifta seg med ein ifrå same bygda og blei “gardakjerring”. Det var ikkje vanleg at kvinner i bygda tok utdanning denne tida, men det hadde ho, men Helga veit ikkje om det var grunnen til at ho etter ei tid fekk jobb i barnehagen i Loen. Før Helga gifta seg og fekk barn, arbeidde ho på Nordfjord sjukehus og deretter reiste ho til Dikemark ilag med ei anna ifrå kurset. Der var ho på ei avdeling både med pasientar som var sengeliggande og andre. Ho ser tilbake på tida ved Dikemark som lærerik, men som ho seier, måtte dei vere litt meir på vakt der og fortel: «når ho var på kveldsvakt var ho åleine og det var ikkje noko kjekt». Ein måtte jobbe meir sjølvstendig, men som ho seier var det og ganske interessant, “vi snakka med pasientane og gjekk med dei “

På spørsmål om det er forskjell på arbeidsoppgåver ho gjer på sjukeheimen i dag og kva ho gjorde etter samarittkurset i 1959, er det å setje insulin og sårskift ho i dag ikkje får gjere, men det er og forskjell på pasientane som kjem der, ho trur dei får vere lenger heime i dag når det er utbygd

heimesjukepleie. Det var vanskelegare for dei eldre å bu heime når dei var avhengige av dotter og svigerdotter.

Arbeidstid

Arbeidstida ved sjukehuset på Nordfjordeid skulle dekke heile døgnet der samarittane hadde delt vakt. Om morgonen byrja dei kl.07.00 og gjekk fram til 19.00, dei hadde då fri midt på dagen frå 13.00- 15.00. Nattevakta byrja 19.00 – 0700.

Stolt

Ho har hatt omsorgsarbeid både i heimen og utanfor etter at ho gifta seg. I tillegg til eigen familie hadde ho svigerforeldre som budde i same huset. Svigerfaren stelte ho, og ho hadde og ansvar for stell av svigermora etter at ho datt ned trappa og ein periode etter det fram til ho dødde. I 1989 fekk Helga tilbod om jobb på sjukeheimen i Stryn, og då måtte ho vere oppe kl. 05.00 for å gå i fjøsen før ho reiste på jobb. Dei hadde seks-sju kyr som skulle stellast. I helgane var sonen heime, då tok han fjøsen, **“men eg var så hekta på sjukeheimsjobben at eg hadde byrja uansett....eg hadde SÅ LYST detta der at!”**.

4.1.2 «Eg hadde ikkje valt noko anna om eg skulle valt opp igjen». Samaritt 1960

Inga ifrå Leirvik reiste til Høyanger sjukehus for å ta eit tre månader samarittkurs eller samarittopplæring som ho kalla det i 1962. Ho hadde alt som 13-14-åring vore med og stelt bestefaren sin og såg på samarittkurset som ein start for å kunne ha ein slik jobb framover.

Inga hadde ikkje søkt for å kome til Høyanger på samarittkurs, men det var nokon som kjende henne som spurde om ho ville kome, og då reiste ho. Det var ikkje samaritt ho ville bli i utgangspunktet, men det var langt å reise for å ta sjukepleia, slik at kurset vart ein start for ho. Ho budde på sjukehuset i fjerde etasje dei tre månadane ho var der. Og ho gjekk i dei vaktturnusane som var ved sjukehuset. Høyanger sjukehus hadde ei dame- og barneavdeling, ei røntgenavdeling og ei medisinsk/kirurgisk avdeling, i tillegg var der ein lege som hadde nokre pasientar på ei psykiatrisk avdeling. Medan Inga var i Høyanger, søkte ho seg inn på barnepleie på Voss utan å kome inn, og etter at ho gifta seg og fekk barn var det:

IKKJE snakk om å vere vekke i tre-fire år ...men i -81 då var ungane ganske store, då budde eg på hybel. Budde vekke. Det var MIN vinter, det var ei desentralisert hjelpepleieutdanning i Stryn.

Arbeidsoppgåver før og under opplæring

Samarittane hadde dei vanlege arbeidsoppgåvene på eit sjukehus fortel Inga: «som vanleg stell, og dei brukte mykje grønsåpe». Grønsåpa vart brukt når dei vaska skyllerommet, når dei vaska pasientane som låg i strekk etter eit beinbrot, og om pasientane hadde sår med puss (betennelse) i vart dette reinsa med grønsåpe. Denne vart kokt på avdelingane ifrå fast til flytande. Inga fortel vidare at samarittane fekk i oppgåve å måle temperatur og telje puls på sjukehuset medan dei gjekk der. Dei gav ikkje klyster, med dei fekk vere med å sjå på. Inga hadde i oppgåve «å vere med å ta imot pasientar og gjere dei klar for operasjon og hjelpe dei med dusjen.»

Opplæring, teori og praksis.

Inga fortel at der ikkje var kurs med teoriopplæring ved Høyanger sjukehus, men dei var med og såg på operasjonar, fødsjar – “då var vi med på det, og då var det sett.”

Då ho var ferdig utdanna samaritt, vart Inga tilsett ved sjukeheimen i Leirvik, der var arbeidsoppgåvene meir ansvarsfulle enn i Høyanger. Der var ei oversøster som ho lærte mykje av: “Ho var av den sorten at VISS du ville lære, så lærde ho ifrå seg. Eg budde på huset og hadde tid til å lære.”

Arbeidsoppgåver etter utdanning.

Å setje sprøyter med både insulin og det som var vanskelegare, penicillin, var noko ho gjorde på sjukeheimen. Inga fortel at der ikkje var noko forskjell på dei arbeidsoppgåvene ho og ein sjukepleiar gjorde for 35 år sidan, å dele ut medisin og setje klyster var hennar arbeid. Tok røntgenbilete og gipsa gjorde ho. Når vi skulle setje “penicillin og anna då teikna vi kvar det skulle setjast...på hoftene...det kan ikkje samanliknast med i dag!”

Arbeidstid:

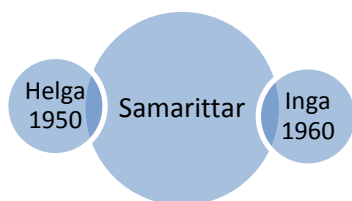
Arbeidstida på sjukeheimen var ifrå 07.00 – 13.00, 16.00- 21.00 og 19.00 – 23.00 dette var delte vakter med fri midt på dagen. Inga budde på sjukeheimen og hadde ringeklokke på rommet slik at pasientane kunne få tak i henne om natta.

Stolt.

Inga har, sia ho voks opp med besteforeldra, hjelpt dei. Ei gammal tante til faren var ho også med å stelle. Inga har seinare teke hjelpepleieutdanning, i 1981, men slik avslutta ho intervjuet om samarittopplæringa ved Høyanger sjukehus:

ja det har eg hatt bruk for i alle mine dagar, det har eg. Til og med i dag. Eg sat ein gong og lurte av og til kan du no bli lei, men ein ting er sikkert; eg hadde ikkje valt noko anna om eg skulle valt oppi gjen, hadde hamna opp igjen i same yrket.

4.1.3 Helga og Inga Samarittar 1950 og 1960



Figur 11: Samarittar

I dette kapittelet har eg presentert Helga og Inga som er dei to informantane eg har valt for å få fram historia om korleis dei fekk opplæring som helsearbeidar på 1950- og 1960-talet. Begge to fekk utdanning i Sogn og Fjordane. Helga gjekk eit samarittkurs som varte i seks månader, ved Nordfjord sjukehus, medan Inga tok det tre månader lange samarittkurset ved Høyanger sjukehus.

Arbeidsoppgåvene før, under og etter opplæringa, var mykje like for Helga, der dei fekk gjere det meste under kurset, medan Inga vart meir vist dei ulike prosedyrane, og skulle då «kunne dei». Inga hadde kortare kurs, men ho fekk ei grundig opplæring etter ho byrja å jobbe på ein sjukeheim, ho fekk arbeidsoppgåver der som var det same som ein sjukepleiar.

Opplæringa i prosedyrane føregjekk på avdelinga, der var det sjukepleiaren som viste dei kva dei skulle gjere, og då skulle dei kunne det. Inga hadde ikkje teoriopplæring, medan Helga hadde noko teori om dei vanlegaste sjukdomane på den tida, som blindtarmbetennelse og magesår. Helga fekk innføring om mellom anna lettkest som skulle kurere magesår.

Arbeidstida var 12 – 14 timars dag med to-tre timar fri midt på dagen, nattevaktene var like lange utan fri. Der var alltid noko å gjere på vaktene då dei bretta kompressar og tuffêrê når dei hadde ei ledig tid.

Stolte over yrket sitt er dei, både Helga og Inga. Det var stort når samarittane fekk bere såpestykket til overlegen når han gjekk visitten på Nordfjord sjukehus. Dei har ikkje angra ein dag på val av yrke

og brukar ord som «hekta på sjukeheimsjobben» og «ikkje valt noko anna om eg skulle valt opp igjen»

4.2. Hjelpepleiarar før R-94

Dette kapitlet handlar om historiene til fire hjelpepleiarar som tok utdanning som hjelpepleiarar, ei i kvart tiår 1960, 1970, 1980 og ei som tok utdanning 1990 før Reform -94. Eg vil heretter kalle informantane ved namn. Kristin reiste ifrå Viksdalen til Lærdal og var ferdig med åtte månader utdanning i 1968. Karoline ifrå Askvoll gjekk og på Lærdal Hjelpepleieskule, då varde utdanninga i 10 månader. Ho var ferdig i 1978. Kari, ifrå Sandane, som var ferdig 1987, gjekk to år på sosial og helsefag før hjelpepleielinja i Høyanger. Hyllestad er Vigdis ifrå, ho gjekk eitt år på helse- og miljø og deretter eitt år hjelpepleieutdanning i Høyanger og var ferdig 1993.

4.2.1 Nesten som ei Amerikareise

Kanskje var det kvinna på 87 år som gjorde til at ei 18 år gammal jente bestemte seg for å gå inn i hjelpeyrket. I alle fall var det første jobben ho hadde, Kristin frå Viksdalen. Ho fortel ho reiste og vart verande i 10 månader som hushjelp. Denne eldre dama var nok litt vanskeleg for ungdomar å takle, for familien var vant til at dei som skulle vere hjå ho som hushjelp, reiste etter berre i ein måned. I alle fall reiste Kristin åleine ut i verda, og har klart seg økonomisk sjølv utan foreldre si hjelp etter den dagen. Ifrå den dagen ho slutta som hushjelp til ho byrja på Hjelpepleiskulen i Lærdal 4. september 1967, hadde ho jobba ved ein psykiatrisk klinikk på Tronvik, Kyrkjebø. Der hadde ho vorte tilrådd å ta ei utdanning - då minst som hjelpepleiar. Om ho skulle ta sjukepleia, måtte ho ha teke opp lån.

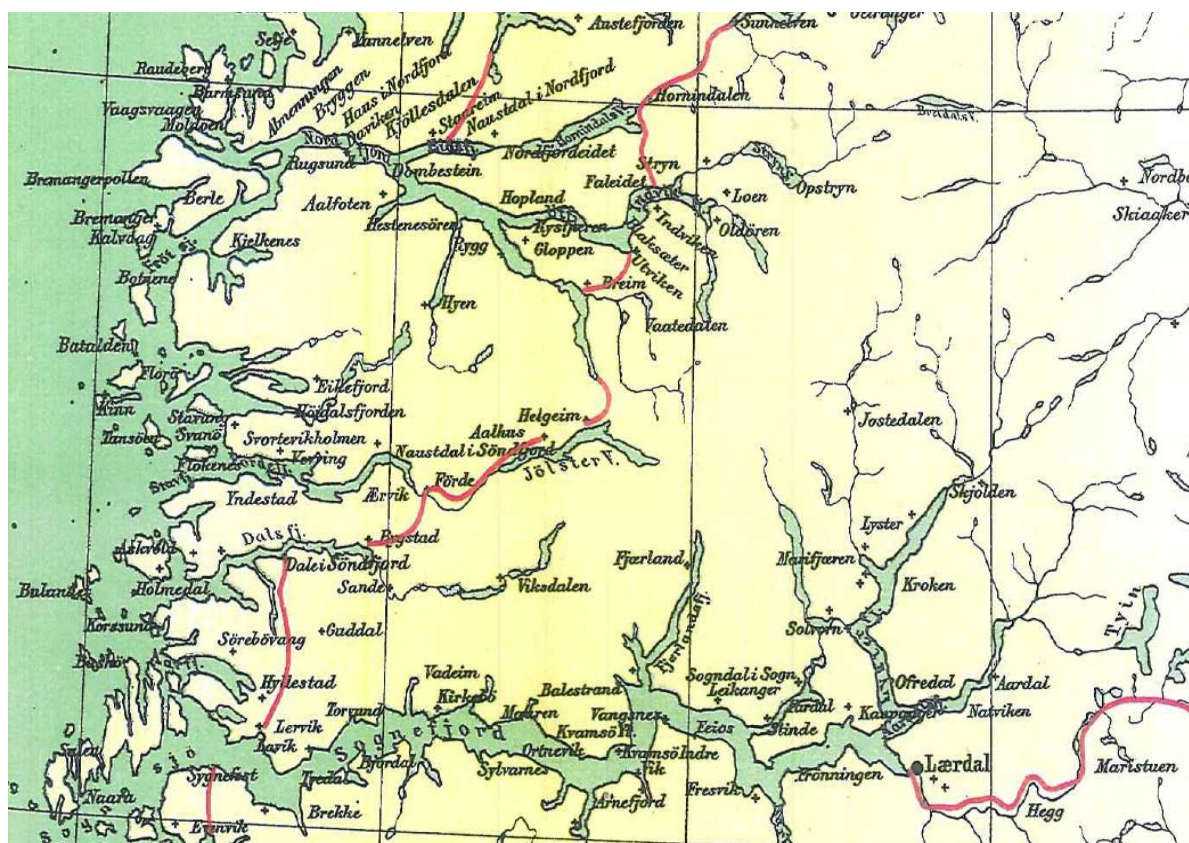
Men eg fekk veldig masse skjenn for at eg ikkje gjekk inn i sjukepleieskulen, men ein var opplærd til at ein ikkje hadde noko pengar mellom hendene, det var ikkje berre til å reise og spørje dei heime om pengar - dei hadde ikkje pengar. Det var ikkje vanleg å berre ta opp lån, så du...og ikkje torde ein spørje nokon, kven skulle ein spørje, ein var for lite om seg – ein var for tilbakestående på det planet der - ein hadde ikkje kvasse olbogar, var litt for mykje med “hua i handa».

Kristin hadde ein hard start når ho byrja på Tronvik, ho hadde sterke mareritt og fekk ein veldig reaksjon dei første 14 dagane. Dette fordi ho hadde søkt på vaskeriet, men det viste seg at ho skulle jobbe som avdelingsjente på ei lukka avdeling med psykiatriske pasientar. Om denne klinikken seier ho:

alle dører måtte vere låste heile tida... Då var eg 19 år. Det var eg ...og det var hardt...for meg var det ...ikkje var det noko informasjon - ikkje hadde vi kurs på førerhand, så vi visste ikkje noko av kva det gjekk ut på noko av det her .

Etter tre år på Tronvik, det siste året i “pleien”, byrja Kristin på Hjelpepleieskule i Lærdal. Ho kjende ingen andre som skulle byrje der, men då reisa dit var så lang, vart ho kjend med andre. Ho seier om den turen:

ja det var no ei lita amerikareise ha - ha veit du – eg hugsar ikkje kor tid eg reiste herifrå med bussen, drog med bussen herifrå til Vadheim ...ein søndag...og i Vadheim gjekk eg om bord i båten som gjekk inn til Sogn, så vi var inne i Lærdal og kvelden i...kor tid kom båten inn? Om kvelden.. åtte - ni tida om kvelden ..eg vil tru det gjekk omtrent ein seks timar i alle fall...og då var der mange om bord i båten...Eg treffe faktisk eit par andre jenter om bord som skulle på hjelpepleieskulen, og eg vart sitjande ilag med ho eg skulle dele rom med.



Figur 12: Kart over Sogn og Fjordane fylke

Dei kom til Lærdal, og dei som skulle gå der, budde på hyblar, nokre privat og nokre budde på sjukehushyblar. Kristin ifrå Viksdalen og Ellinor, som ho treffe om bord i båten, budde privat. Ho

fortel: “ Vi las romantikk og vekeblad. Ho hadde med seg ein dunge med romantikk og...vi vart kjent og skulle dele rom. Det var litt artig.”

Ho byrja på hjelpepleieskulen 4. september 1967, og var ferdig i april 1968. Skulen tok åtte månader, der ho starta med fem veker teori, etter denne var det praksis på sjukehus, og ho hadde skriftleg og praktisk eksamen på slutten.

Arbeidsoppgåver før og under utdanning

Om arbeidsoppgåvene som avdelingsjente på Tronvik, før elevtida, fortel Kristin:

ansvar for kjøkkenet, med frukost, kaffi, middag, oppvask og hjelpe til å servere, og så til kvelds lagde vi te og kaffi og serverte og rydda og vaska opp. Elles så hadde vi all vask på avdelinga- all vinduspuss og alle rom skulle vaskast kvar dag - alt innvendig i huset skulle vaskast kvar dag.

Etter fem veker med teori på skulen, var det praksis på Lærdal sjukehus. Då var det rett på nattevakt i lag med ein sjukepleiar, og den andre natta fekk dei inn ei alvorleg ulykke. Ho fortel at det var ein ung gut som kørde nett ved sjukehuset:

Tøft – men då vart eg skåna litt, slik at eg skulle vere fri å gå ned å vere med på alt, då fann dei ut dei måtte skåne meg for det tykte eg var veldig tøft. Eg hugsar ennå kva han heitte og kvar han var ifrå.

Når der ikkje var øyeblikkeleg hjelp eller andre faste oppgåver, laga dei tuffèra og kompressar av gass som dei bretta og rulla i hop.

og så kunne vi ha det moro på nattevakt!- Vi kunne no sy igjen alle lommene til legane- på legefrakkane...og så lurte dei på om kven som hadde sydd igjen alle lommene på frakkane våras...og så hadde vi cornflakes i skoa til legen slik at når han skulle på jobb, så trødde han i cornflakes, - litt komikk var der

Kristin fortel vidare om arbeidsoppgåvene:

Ja det som var saken når vi vart opplærde i Lærdal, var at vi vart veldig opplærde å jobbe på avdelinga, vi kunne arbeide på rgt. Og innskrivinga – der var ikkje så mange – kanskje ein fast på rgt, men på innskrivingsstova var der ikkje fast personale, det var ofte vi hjelpepleiarar som gjekk ned og ta imot og observere og finne ut. Gjere dei klar om dei skulle på rgt. Eller opp på avdelingane, så ansvaret var stort. Laboratoriet skulle dei kanskje ...Vi deltok i og var opplærde til alt innan sterilt jobbing. Vi kunne dekke alt sterilt, på avdelinga når legen kom, hadde eg og ansvar for å dekke opp alt sterilt, når f. eks. legen skulle ha ein liten operasjon eller ...vi pakka opp

pinsett pussbekken – det var ikkje eingangsutstyr i dei dagar slik som i dag og pussbekken var av stål, sakser og pinsett av stål, alt hadde vore i autoklaven og blitt sterilt og då pakka vi det opp. Og då måtte vi ikkje vere bort i det. Vi måtte og hjelpe legen på med hans sterile hanskar slik at han og var steril. Dette var interessant, vi fekk vere med å leggje inn kateter og vi var med på mange slike - dette skulle vi kunne

Opplæring, teori og praksis

Det var teori i fem veker i starten av utdanninga. Der fekk elevane lære sjukdomslære, der dei gjekk gjennom dei ulike sjukdomane og forskjellige oppgåver i teorien. Dei lærde latin, og som Kristin seier: “vi måtte lære veldig mykje latin- veldig - for alt gjekk på latin – både legane og om du kunne latin då visste du veldig mykje og det vart vi nøydd til å lære”.

Dei hadde ikkje nokon eigne timar med teori medan dei var i praksis, men der var ei som var sjukepleiar på operasjonen og delvis på avdelinga som skulle ha ansvar for hjelpepleieelevane.

ho var veldig nøyaktig og dyktig sjukepleiar, og eg gjekk mykje med henne, og eg lærte mykje med henne, men det tok alltid tid – ho tok alltid dei tyngste og vanskelegaste pasientane - så det var ikkje alltid så kjekt å gå med henne. Vi hadde ofte mykje dårlege pasientar. Ein hadde gangren og det kan ikkje beskrivast korleis det var – vi heldt på i to timar.

Kristin fortel vidare at det var godt å få god informasjon, der ho fyrst fekk vist kva ho skulle gjere på ein riktig måte, og kvifor ho skulle gjere det slik, som f. eks. ved å bruke det ho hadde lært i korleis kroppen er bygd opp for å unngå skade. Når dei hadde opplæring i praksis var det opplagt slik. Ho seier:

opplagt slik at fyrst var vi med som ein observatør, der ho sa kvifor ho gjorde det eller det, og no gjer eg slik og slik – så – i neste omgang, så var det vi som fekk gjere jobben - så stod ho og observerte oss – og etterpå gjekk vi gjennom kva vi hadde gjort, og slik kunne vi holde på nokre gonger til vi fekk gjere det heilt sjølvstendig, og ho sa det at no meistrar du dette her – no kan du dette her – men likevel har du lært akkurat kva du skal gjere med dette såret. Men det er ikkje sikkert at neste pasient som har sår skal behandlast på same måte, det var like viktig å ha med seg.

Den siste tida (kanskje ein måned- dette hugsar ikkje Kristin heilt nøyaktig) samlast alle som gjekk på “kullet” (som dei vart kalla dei som gjekk i lag) på hjelpepleieskolen som vart avslutta med eksamen.

alle dei andre elevane kom ifrå sine sjukehus, dei som var i Florø, Høyanger og Nordfjordeid. Alle var kun på sjukehus - det var ingen som var i praksis på aldersheim eller liknande i dei dagar. Så då

hadde vi gjennomgang med det vi hadde lært og gjekk gjennom ei bok som vi hadde der, vi hadde sjukdomslære og ... for då skulle vi byggje oss opp mot eksamen.

Arbeidsoppgåver etter utdanning

Det som skjedde då vi var ferdige med hjelpepleien var at vi vart kalla inn på møte med overlegen og sjukepleiar, det var stor mangel på sjukepleiarar- vanskeleg å få tak i. Dei gjorde då avtale med Ullevål sjukehus, utveksling med dei, slik at dei fekk operasjonspersonell. På avdelingane gjorde dei det slik at vi som var nyutdanna hjelpepleiarar vart sett åleine på nattevakt to og to, og då vart dei utvalde dei som skulle gå. Og då vart eg og venninna mi sett på natt med berre studentlegen som bakvakt. Og det var vi ikkje glad for, vi protesterte på det for det var eit stort ansvar, - kor mange pasientar var der inne på den tida?..ein 50 stk. – men vi fekk beskjed av overlegen at dette ville vi greie utmerket og vi hadde tilkallande vakt å forholde oss til, men vi følte eit enormt ansvar. Så første nattevaktveka vi hadde, brukte vi fleire timar på å gå gjennom alt vi hadde gjort og kva vi skulle gjere, og gjere det rett. Ansvarer var stort.....plutseleg var vi åleine, eg kan enno hugse vi hadde nokre svært dårlege ...den eine skulle teljast respirasjon kvart kvarter, puls og BT skulle takast kvart kvarter og vi bad til høgare makter at han ikkje måtte dø på vår vakt.

Dei fekk lære å setje intramuskulær injeksjon i tilfelle det kom inn øyeblikkeleg hjelp.

Etter fem og eit halvt år var Kristin heime i Viksdalen i tre månader. Mora var sliten og ho hjelpte dei med garden. Då hadde ho ikkje budd heime sia ho var 16 år. Etter dette jobba ho ved Lærdal sjukehus fram til 1972, då hadde ho forlova seg og kjøpt tomt i Gaular. Kristin arbeider no i heimesjukepleia i kommunen.

Arbeidstid

På Tronvik som avdelingsjente byrja dei kl. 07 om morgonen og gjekk av jobb kl. 19 om kvelden – då hadde dei fri to timar med middag.

Stolt.

Når Kristin var ferdig med eksamen hadde ho spart opp pengar. Det same hadde veninna hennar gjort, og dei reiste glade til Sogndal for å handle seg vårdrakt med ein lekker kvit bluse, sko og alt tilbehør. Ho hugsar enno korleis denne vårdrakta såg ut, ho var grøn med striper:

Tenk at eg har greidd å ta ei utdanning-ein var ikkje så vant med at ein kom seg ut her ifrå bygdene – jentene- du vart gåande gjerne og så tok du eit kvart arbeid – så eg var no veldig fornøygde at eg hadde greitt å teke hjelpepleiutdanning og at eg KUNNE noko og eg følte det at

eg hadde lært noko veldig viktig som har fått mykje å seie for livet mitt seinare. Det må eg seie. Eg følte det at eg fekk eit anna liv- eit betre liv – for du har tross alt ei utdanning- du har lært noko. Du kan setje deg inn i mange ting, du kan resonnerer og du kan observere og ja det er så mange ting i alle fall innan helsevesenet so eg er glad eg har tatt ei utdanning innan der.

Kristin er i dag like stolt av utdanninga i dag og meiner at:

slik som hjelpepleien var lagt opp og slik vi var opplært så måtte det vere ein stor hjelp innan helsevesenet. For vi var opplærde like mykje innan å gi ei god pleie og kanskje er det ein del av det som er mangel i dag at du har fokus på å få ei god pleie og då tenker eg på alders og sjukeheimar og hjelpepleiarane har veldig mykje der dei kan bidra med.

Det er ikkje nødvendig å verte sjukepleiar for å utvikle seg, seier Kristin:

Er du ein god hjelpepleiar så gjer du ein like god jobb berre du fokuserer på det du kan og så kan du utvide det – du kan gå vidare – i dag er det enklare å gå vidare enten i ei retning eller ei anna.

Kristin er opptatt av at om ein skal vere stolt av hjelpepleieyrket må ein ikkje fokusere på at yrket er tungt og vanskeleg men “vi må fokusere på kva kan vi lære- vi lære både om oss sjølve, andre menneske og så kan du bruke det til det beste i samfunnet”. Ein hjelpepleiar må heller ikkje undervurdere seg sjølv ved å seie at ho/han *berre* er hjelpepleiar. Dette meiner ho kan ha med m.a. kva vi er opplærde til.

Vi ser på oss sjølve ved at eg er berre hjelpepleiar- dei andre er sjukepleiarar, dei kan så mykje meir – men vi kan supplere dei! Mykje meir og om dei var villige og i hadde eit samarbeid- det er det som er mangelen i dag – så ville vi fått eit mykje betre helsevesen, det er ofte fokusert på pengar i helsevesenet – det er ikkje alltid der det ligg. Det ligg like mykje i korleis vi legg arbeidet opp – kor vi kan få eit best muleg resultat på det vi har om vi kan samarbeidet for det er samarbeid det er første bod etter mi meining

4.2.2 Eg er stolt over yrket mitt og eg er stolt over at eg har fått opplevd veldig mykje

Det var ingen i familien hennar som jobba i helsevesenet, men ho hadde bestemt seg allereie ifrå ho var ei lita jente at sjukepleiar eller hjelpepleiar skulle ho verte. Karoline ifrå Askvoll, som tok si utdanning i 1976/78 ved Hjelpepleieskulen i Lærdal, hadde hatt eitt og eit halvt år praksis ved aldersheim og sjukestove i heimstadkommunen før ho byrja der som 19 åring. Reisa var lang ifrå ytst i Dalsfjorden til inst i Sognefjorden. Ho minnest det var ei dagsreise eller kanskje seks timar. Utdanninga tok 10 månader, der dei var på skulen fyrst i to månadar. Etter det var Karoline sju

månadar i praksis ved Nordfjord sjukehus (praksisen føregikk berre på sjukehus den tida), og deretter var alle kullingane samla i ein måned som vart avslutta med eksamen.

Ho har jobba som hjelpepleiar heile tida etterpå, i 35 år, på ulike plassar og institusjonar. Ho har jobba på sjukeheimar, og fortel i intervjuet:

så har eg jobba på sjukehus, innan ortopedi og kirurgi, og så har eg jobba på eit helsesenter i Alta, og der var det veldig allsidig, både sjukeheimsavdeling og sjukestove og ei lita fødestove. Så det var allsidig der vi hadde dei som ikkje vart sende til sjukehuset i Hammerfest. Spennande tid....har jobba i heimesjukepleia ... og i barnehagen, det var i forhold til eit funksjonshemma barn ...ja jobba dei fleste avdelingar, har aldri hatt problem med å få meg jobb.

Arbeidsoppgåver før og under utdanning.

Karoline hadde bestemt seg tidleg for kva utdanning ho ville ta, og ho hadde jobba i yrket eitt og eit halvt år før ho kom på skulen. Ho hadde ei allsidig erfaring, som ho seier i intervjuet. Pleiemedhjelpar heitte det den gangen og då var det slik, som ho sa, at dei gjorde alt.

der fanst ikkje sjukepleiarar i det heile, så vi styrte det meste, alt ifrå medisinerer som legane var der og viste oss – korleis vi skulle setje intramuskulære sprøyter, og ja så vi hadde ei allsidig erfaring då vi kom på skulen.....Men det var vel då vi på ein måte når vi kom inn i skulen at vi såg galskapen i det vi hadde gjort, men vi visste jo ikkje betre

Det var ikkje berre dei tobeinte, pleiemedhjelparane på aldersheimen, ho hadde ansvar for:

der hadde dei og kalvar og griser og høns – ha ha, og vi hesja, og sprang etter kalvane - ha ha - så det skulle eg ha skrive ei bok om – og vi vaska klede og vi vaska golv, ja vi gjorde eigentleg alt.

Vidare fortel ho:

Men pasientane var...der var nokon dårlege ..dei hadde fått appoplexi og sånne ting, men dei var ikkje så dårlege som no, fleire kom der for at dei ikkje hadde nokre pårørande eller...dei var no både oppegåande og anna, dei hadde kanskje ikkje nokon andre plassar å vere

Om arbeidsoppgåvene til elevane på sjukehuset, hugsar Karoline at dei ofte var i mottak når dei hadde kveldsvakt, på den avdelinga var der ikkje fast personell om kveldar og netter, så då var det oftast elevane sin jobb å vere der når der kom inn pasientar. Der målte dei blodtrykk, og det var ofte vanleg at dei tok røntgen.

Opplæring, teori og praksis

Dei to første månadene av utdanninga var alle på kullet samla. Der dei fekk opplæring i arbeidsoppgåvene ved å trene på kvarandre. Som Karoline seier:

praksis der ein redde opp sengene sånn vi skulle lære før vi skulle i praksis på sjukehuset. Vi lærde å setje klyster, heitte det den gangen, det var ikkje små klyster, det var store (ho viste med hendene ca. 50 cm høgt). Vi fekk lære det grunnleggande, slik som å lære å stelle sjuke i seng, og ja og yrkesetikk- det var no forresten ein prest som hadde...psykiatri – så var vi på sjukehuset i Lærdal då- vi gjorde ikkje noko, vi var berre opp og såg på avdelingane der vi hadde ikkje noko praksis der – det føregjekk på skulen.

Ho seier vidare at læraren var sjukepleiar, og ho viste dei korleis dei skulle gjere arbeidsoppgåvene.

Når dei var ute i praksis på sjukehus hadde dei teori ein gang i månaden.

Då kom der ein praksislærer dit og hadde samtalar og var med oss under stell og hadde teoretiske ting med oss, og så hadde ho samtale med kontaktane våre. Ho var sjukepleiar, og skulle sjå om vi gjorde noko framgang og oppførsel i forhold til pasientar.

Dei hadde teori om sjukdomslære og sjukepleie på skulen, og då dei kom ut i praksis var det som ho seier: “når vi var på medisinen då hadde vi no hatt sjukdomslære på skulen og då var det ting som vi og ville ta opp med praksislærer når vi var samla”.

Karoline var på alle avdelingane ved Nordfjord sjukehus, dette var eit sjukehus med medisinsk-, kirurgisk-, og fødeavdeling. I tillegg hadde dei mottak og røntgen, overvaking og operasjon. På avdelingane gjekk dei i lag med ei kontakt. F. eks. på mottak hadde dei ei dei kunne ringe til, men dei var der åleine etter at dei vart vist dei ulike oppgåvene der.

Den siste månaden av utdanninga var det repetisjon av sjukdomslære og sjukepleie før ho tok eksamen i 1977.

Arbeidsoppgåver etter utdanning

For ein nyutdanna hjelpepleiar i 1977 og fram til ho slutta på Haukeland sjukehus i 1996, var det ikkje store forskjellar på arbeidsoppgåvene til ein hjelpepleiar og ein sjukepleiar. Karoline har jobba innan ortopedi og kirurgi. Dei stelte pasientar, fjerna sting og sette sprøyter.

Om dette har endra seg, seier Karoline:

det har forandra seg med åra, når eg var nyutdanna så gjorde vi mykje mykje meir, då var det intravenøst, både å henge opp og ta ned, setje heparin i veneflonane , no brukar dei vel ikkje det i det heile tatt, no er det nye veneflonar som skal haeg jobba på Haukeland sjukehus – det blir no- 96 slutta eg...og då var det ingen forskjell – vi fjerna sting og vi sette sprøyter, stelte, hadde ansvar for å skru ned intravenøst og gi beskjed , men elles så følte eg at vi gjorde det som sjukepleiarane ...men det trur eg har forandra seg, eg har ikkje jobba på sjukehus i det siste men.... For eksempel i heimesjukepleia og ein institusjon som sjukeheimen her er det ikkje så stor forskjell. Det som sjukepleiarane gjer er å lage til medisin i dosetteske og drive med den biten

Ho jobbar i dag i heimesjukepleia der ho gjer alle dei oppgåvene som trengst til pasientane unntatt å lage til medisindosettar. Informanten seier at “vi har heldigvis ikkje det ansvaret” når ho fortel at det er sjukepleiar som fyrst rykkjer ut når det er pasientar som er dårlege.

Ho fortel at det er hjelpepleiarane som steller sår og då får dei god oppfølging ifrå hud pol.

Arbeidstid

På aldersheimen i Askvoll hadde pleiemedhjelparane fri annankvar søndag. Ho hugsar ikkje om ho jobba berre halve laurdagen dei helgane ho hadde frihelg, kanskje til 1200? Arbeidsdagen byrja 07:00 og kl. 12:30 gjekk dei heim og kvilte fram til 16:00, slik at dei gjorde alt stell og laga til alle måltider i løpet av ein dag.

Karoline fortel:

så gjekk vi nattevakter, det var ikkje snakk om å gå to og to nattevakter, eg har gått tredelt turnus det aller meste i min turnus, og då eg skulle ha (son) gjekk eg fire nattevakter på rappen og så det var i veka og så var det to i helgane, det var slik det var lagt opp i Førde – og gjekk ut til eg skulle ha svangerskapspermisjon, og sånn var det rundt om kring.....ein tredelt turnus med seinvakt dagvakt og natt – det var det som låg i ein tredelt turnus.

Stolt.

Det har vore eit flott yrke, og ho er stolt av yrket sitt og det har ho vore sidan ho var 17 år og byrja som pleiemedhjelpar. Karoline har to av tre barn som har gått inn i yrker i helsevesenet, ei som sjukepleiar og ei som vil bli helsefagarbeidar.

Når eg har trivest i yrket, har vel barna sett det på meg – dei er nær deg og ser at om eg har jobba til alle døgnas tider både natt og helgar- julaftan og 17. mai, så er det ikkje kvar jul eller kvart år ein har det. Ingen problem med å seie at dette er eit yrke dei kan trivast i, om dei likar å jobbe

med menneske og ta innover masse skjebner. Det er mange ting du opplever. Livserfaring er og noko du tek med deg i eit slikt yrke. Du får med deg livet på godt og vondt. Men mest godt. Men der er mange skjebner ein kjem bort i – i heimesjukepleia og ...

Ho fortel vidare med stolt røyst:

eg er stolt over yrket mitt, og eg er stolt over at eg har fått oppleve veldig mykje. Det å møte ulike menneske som har behov for helsehjelp med respekt og toleranse. Alt frå ungdomar til eldre folk. Den takknemlegheita som ligg i dei aller fleste gangane – det er noko som gir ein noko fint. Eg kunne ikkje tenkt meg å bytta om eg skulle byrja på nytt igjen. Det hadde blitt noko innan helsevesenet. Så det, og eg har hatt god helse for det er eit yrke som er krevjande både fysisk og psykisk.

4.2.3 Det var veldig vanskeleg å kome inn

Ho hadde høgt snitt, hjelpepleiaren eg intervjuar som vart utdanna på -80 talet. Kari hadde, før ho gjekk hjelpepleielinja i Høyanger, gått to år på sosial- og helsefag 1 og 2 ved Firda gymnas på Sandane. Ho var ferdig utdanna som hjelpepleiar i 1987, men kva som førte til val av yrke, seier Kari var tilfeldig. Ho likte ikkje tall, så handelsskolen var ikkje aktuell. Ho bur og arbeider på Sandane, der arbeidsplassen har vore heimesjukepleia dei siste åra. Kari har teke vidareutdanning innan eldreomsorg.

Arbeidsoppgåver før og under utdanning

Kari var ute i praksis i tre veker under rettleiing då ho gjekk sosial- og helsefag 1 og 2. Seinare då ho gjekk hjelpepleia hadde dei bolkar med praksis på seks veker, fyrst på sjukeheim, så på sjukehus og i heimesjukepleia. Der jobba dei med ulike prosedyrar, under rettleiing av lærar, sjukepleiar eller ein anna hjelpepleiar. Ho fortel om praksisen ifrå hjelpepleieutdanninga:

eg hadde praksisen min på fødeavdelinga på sjukehuset.... Eg synest det var kjempekjekt!- eg kunne godt ha tenkt meg å jobbe på fødeavdeling, med det er ikkje her...

Opplæring, teori og praksis

Dei gjekk gjennom kapitla, forskjellige emne på skulen og hadde prøve. Då Kari gjekk på sosial- og helsefag fortel ho:

var det veldig grundig gjennomgang korleis eit stell skulle gjennomførast. Der gjekk vi veldig grundig gjennom det teoretisk, på øvingsrom på skulen som vi prøvde oss på

Då dei kom tilbake på skulen etter ein praksisbolk skreiv dei rapportar om det dei hadde gjort. Desse fekk dei tilbakemeldingar på. På spørsmål om ho meiner det var nyttig, svarte Kari:

Veldig lærerikt! Å få tilbakemeldingar på kva ein gjer er lærerikt. Å få beskjed når ein gjer noko feil og er lærerikt. Det er ikkje alltid ein oppdagar det sjølv, eller skjønner det sjølv, – før nokon seier det.

Når dei kom tilbake på skulen etter praksisbolkane gjekk dei gjennom sjukepleiefaglege spørsmål, som var dei mest vanlege sjukdomane som elevane hadde vore i kontakt med. Kari hadde praksis på fødeavdeling og kan ikkje hugse at dei snakka noko om fødsjar og barselhjelp då dei møttest på skulen.

Kari hugsar at når ho skulle lære ei prosedyre, såg ho på, og deretter gjorde ho det sjølv, her kommenterer ho :

Det eg sakna kanskje i forhold til då, som eg ville ha gjort no, det var å legge på noko meir teori når ein helt på med prosedyre. At eg ikkje berre såg på og deretter gjorde det sjølv, men hadde litt teori – lest meir teori rundt prosedyrar.

Arbeidsoppgåver etter utdanning

Kari har i dag arbeidsoppgåver i heimesjukepleia som ho seier er “det meste”, unntaket er medisin og prøvetaking. Dette vil seie vanleg stell, sårstell, kateterisering, setje opp pleieplaner og individuelle planar (desse planane er sjukepleiefaglege planer som arbeidet med den einskilde pasient skal leggest opp etter). Dette arbeidet har endra seg ifrå ho var nyutdanna og fram til i dag.

– i starten var det veldig lite sjukepleiefagleg, vil eg seie, då var ein heile tida sett i arbeid av sjukepleiarane, mens det etter kvart så utvikla det seg til at ein tek ansvar sjølv, lagar planar sjølv ogjobbar mykje meir sjølvstendig

Stolt

Kari, hjelpepleieutdanna på 1980-talet, er stolt av utdanninga si og meiner det er eit greitt arbeid å jobbe som hjelpepleiar innan sjukeheim og heimesjukepleia. Ho vil derimot ikkje anbefale sine egne barn å verte helsefagarbeidarar, då sjukepleia gir større sjanse for høgare stillingsprosentar, og då er det fleire stadar å jobbe (for eksempel på sjukehus)

Kari har ikkje alltid vore like stolt av yrket sitt, seier ho, og fortset:

det har vore litt nedprioritert – har vore eit lågstatusyrke. Eg synest også at dei vi har fått ut i praksis, ikkje har hatt noko veldig høge kunnskapar, teoretiske kunnskapar. Eg synest dei har lært for lite rett og slett!

Dette gjer at Kari vert: “litt flau av å vere i den yrkesgruppa, når dei som kjem no, ikkje kan elementære ting”. Ho meiner dei elevane dei får ut i praksis har for dårlege teoretiske kunnskapar, men dette kan skuldast “generell ungdomssløvhet”, eller dei er svært unge når dei kjem. Informanten legg til at mange er veldig flinke; det er stor forskjell på sjukepleiarar og det er stor forskjell på hjelpepleiarar. Kari avsluttar intervjuet med å seie:

Men det som eg synest er synd i forhold til utdanninga no er at ... helse- og sosialfag på ein måte er ein salderingspost - der kjem folk inn som ikkje kjem inn på noko anna, og det synest eg er veldig synd for det er eit krevjande yrke, og ein må kunne mykje for å kunne gjere ein god jobb.

4.2.4. Reiste 10 mil, tok med meg barna og flytta til Vadheim

Vigdis er hjelpepleiar som var 30 år då ho tok utdanning i første halvdel av 1990-åra. Dette hadde innverknad på livet hennar. Det var ein sjanse til å få seg ein jobb slik at det var muleg å flytte og få seg jobb kvar ho ville. Ho gjekk to år på skule, byrja på helse- og miljø i 1992 og tok hjelpepleiarutdanning etter det; ho var ferdig i -93. Vigdis var ikkje ukjend med yrket då ho allereie som 15-åring byrja som hjelp på sjukeheimen der mora arbeidde. Då hjelpte Vigdis til med å ta klokke. Ho var praktikant eit halvt år og jobba som assistent i fleire år på sjukeheimen, også etter at ho fekk to barn. Vigdis fortel:

det var fordi eg var så heldig at oldemora til ungane budde ved sida av, og ho kom ned å passa dei når eg var på jobb, då ho hadde ei oldemor til barna som passa dei når ho var på jobb.

Ho seier om grunnen til val av yrket:

ja (latter) det var det!... fordi eg gadd ikkje å gå så lenge på skule, enkelt og greitt! Det var mange som sa eg burde gå den, men eg GADD ikkje.

Arbeidsoppgåver før og under utdanning

Medan Vigdis arbeidde som assistent var der eit anna lovverk enn i dag, seier ho i intervjuet, og der var ikkje alltid sjukepleiar på alle vakter. Då hadde nokre av assistentane ansvarsvakter der dei mellom anna hadde ansvaret for medisinerrommet og delte ut medisin. Dei gjorde som ho seier:

vi gav narkotiske tablettar og stikkpillalar, det var no eigentleg heilt gale - der har vi ikkje tilgang i dag, heldigvis.

Vigdis gjekk eitt år på helse og miljø og hadde der ei veke utplassering. Då ho byrja på hjelpepleie var ho fyrst på ein sjukeheim og fekk gjere dei grunnleggande prosedyrane.

Å re senger og alt dette her.. og gjorde vanleg stell. Vi gjekk no eigentleg inn i vanleg stell på sjukeheimen, slik som det var når vi var ferdig utdanna.

I heimesjukepleiepraksisen gjorde ho dei same oppgåvene, å dusje folk og overtale dei til å dusje; det dreia seg stort sett om pleie og å kle på pasientane. Vigdis delte ut medisin ifrå ferdig oppfylte medisindosettar i denne praksisen. Sjukehuspraksis hadde ho på hjelpepleieskulen, og der fekk ho vere med å sjå på operasjonar. "Ja eg var med og såg på- det var eg faktisk !!" På sjukehuset var arbeidsoppgåvene til ein elev å stelle pasientar, hjelpe dei og snakke med dei. Dei gjekk inn til pasientar og spurde kva dei ønskte når desse ringde på og observerte korleis pasientane var og gav rapport vidare til kontakta ho hadde på avdelinga. Ho fortel om eit sårstell ho var med på:

forferdeleg stort sår, det var eg med på. Det var slik st...eg trudde eg var tøff, men eg var faktisk ikkje det! Eg hadde ikkje trudd det! Denne pasienten vart no liggande der lenge slik at eg var med fleire gangar på det sårskiftet, det er ein bete som eg alltid hugsar igjen- det set!

Vidare på sjukehuset tok informanten fotstell på dei eldre, då det var på medisinsk avdeling ho var i praksis, der dei fleste var eldre.

Opplæring, teori og praksis

Det første året på helse- og miljø, som ho gjekk på for å kome inn på hjelpepleia var det:

VELDIG masse teori, og så hadde vi skulekjøkken til å lage mat. Vi hadde teori ifrå bøkene, fysikk - du det er så lenge sia at eg kan ikkje hugse alt dette der, men vi hadde norsk og yrkest teori, var det meste på timeplana. Gymnastikk hadde vi kanskje! DET hadde vi – eg trur ikkje vi hadde noko meir – i alle fall så hugsar eg ikkje dei andre faga.

Dei laga mykje mat det første året, for dette var oppgåver som det var vanleg at ein hjelpepleiar gjorde på den tida. Dei hadde ei veke praksis dette året, men det fekk Vigdis fritak for, då ho hadde hatt mykje praksis frå før.

På hjelpepleieskulen, fortel Vigdis, var det seks eller åtte veker på sjukeheim og det tilsvarande i heimesjukepleia og på sjukehus. Då var det fyrst sjukeheim for å lære det mest elementære, der dei hadde med seg ein kontakt den fyrste veka, og seinare gjorde elevane det som dei andre

hjelpepleiarane gjorde. Opplæringa føregjekk vekselvis mellom teori og praksis. Dei var inne på skulen for å lære teori innimellom praksisperiodane. Fyrst ein praksisperiode på sjukeheim, så inn og ha teoriundervisning, og det same i heimesjukepleia som var andre praksis. Etter ein ny teoribolk hadde ho siste praksisen på sjukehus før ny teori. Vigdis fortel ho lærde mykje forskjellig på medisinsk avdeling på sjukehuset i Førde, spesielt om lungekreft.

Vekselundervisninga som dei hadde, seier Vigdis, var nyttig for henne:

ja inne og lærte meir innimellom og når vi skulle i praksis måtte vi lese om det som var relevant for den plassen vi skulle, slik at det passa veldig godt! Veldig! Eg fekk kjempeutbytte på den måten, det var berre litt og litt slik at du såg det i praksis at det fungerte- eller korleis det var i teorien. Eg gjekk inn att og las då eg var på sjukehuset, om hjarteinfarkt og slikt, og fekk på den måten inn med "teskei"....." og viss det var noko eg var usikker på, så det set den dag i dag den beten (latter) så DET er SMART i alle fall, den måten eg lærte på

Dei hadde og kontakt med lærarane då dei var ute i praksis, på sjukeheimen hadde dei "stelledagar" i lag med læraren. Dette var nokre fæle dagar fortel ho:

Når to stykke skulle sitje der og sjå på at eg stelte. Vi hadde vel ei samtale etterpå. Dei satt berre heilt stille og sat og såg på, det var nesten som ei eksamensoppgåve, sjølv om det eigentleg ikkje var det. Det var eit mareritt av ein dag.

Arbeidsoppgåver etter utdanning

Om to dagar på medisinkurs fortel Vigdis

så vart eg berre hivd inni det, med ansvar for avdelinga og medisintralla – no hadde du papira so då var det berre rett nedi- eg har aldri hatt slik hjertebank nokon gong som då- eg stod der og skulle dele ut noko som eg ikkje følte meg heilt trygg på, spørje nokon var det ikkje- eg hadde ansvaret slik at der var ingen å spørje. Det gjekk no bra, men. Medisinkurset hadde eigentleg så lite å gjere med det eg såg nedi den boksen der!!

Det var ein ubehageleg start på arbeidsoppgåvene, fortel Vigdis. Det var ikkje noko form for opplæring på avdelinga for å setje seg inni rutinar som gjaldt på den spesielle avdelinga. Her var det berre som ho seier: "Du har papira, ver så god. Jobben er din."

Ho fekk seg jobb på psykiatrisk avdeling på Tronvik. Det var om sommaren ho byrja, og vanlege arbeidsoppgåver var å skrive inn pasientar på avdelinga, utskriving av pasientar og ta opp med dei

lenger "oppi systemet" om nokon skulle ha permisjon og dei oppgåvene som vi i dag kjenner til som ansvaret til avdelingssjukepleiar.

Stolt

Vigdis seier at det å ha ei utdanning er viktig. Utan utdanning "då måtte eg no berre ha vaska golv og slikt". Å ha ei utdanning gav ho tryggleik i den rolla ho hadde. Ho kunne det ho arbeidde med, og når det var spørsmål om arbeidsoppgåver, kunne ho også seie nei; dette er ho ikkje kompetent til, det er ikkje hennar oppgåve. Holdningane hennar endra seg.

Eg endra mine holdningar overfor folk ved denne utdanninga, eg fekk meir respekt for folk, ja. At du respekterer meir alle typar folk... det vil eg seie voks i den skuletida, absolutt.

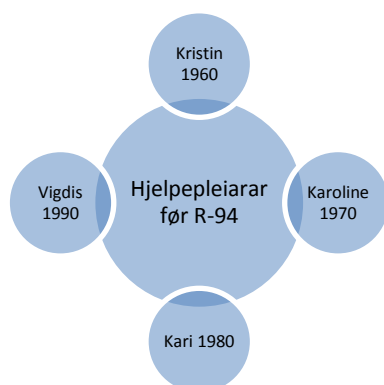
Eg var no eigentleg KRY av at eg var komen så langt. Ja slik at holdningane mine tilsa at eg var stige opp eitt hakk. Eg og dei vennane eg fekk i den klassa var STOLTE og KRYE når vi var ferdige! Då hadde vi kome eit steg lenger og fått papir på at det kunne vi. Det var viktig.

Vigdis må ha ei utdanning for å ha ein fast jobb, og er glad for denne utdanninga, men stoltheita er der ikkje lenger, seier ho:

Det er vorte så øydelagt med at det er så pressa med tid. Du har ikkje tid- du spring der som ei piska rotte - det er ikkje noko moro!!! Du treng faktisk ikkje noko skule, for du rekk ikkje å gjere den jobben du skal gjere likevell!!! -på institusjon, derfor slutta eg, for eg visste at eg kom til å daue før eg vart pensjonist om eg skulle forsette å springe slik. Og du fekk ikkje gjere oppgåver som du hadde gjort før, fordi lovverket endra seg, som at du ikkje kan setje insulinsprøyte sjølv om du hadde gjort det i mange år. Var det noko interessant, var det sjukepleiar som gjorde det. Du sat igjen med å vaske folk, setje dei til bors, og så hadde du ikkje tid til meir, så måtte du berre springe til neste- då er det ikkje noko å vere stolt av yrket - du er eigentleg berre ei maskin som må få arbeidet unna. Du rekk ikkje å snakke med pasientane - du har ikkje tid- det vert feil!

Vigdis vil ikkje seie noko meir om å vere stolt av yrket sitt, og avsluttar med: "No har eg sagt nok om det- eg vert berre irritert!!!"

4.2.5 Kristin, Karoline, Kari og Vigdis.



Figur 13: Hjelpepleiarar før R-94

I dette kapittelet har eg presentert Kristin, Karoline, Kari og Vigdis som er dei fire informantane eg har valt for å få fram historia om korleis dei fekk opplæring som helsearbeidar, yrkestittel hjelpepleiar, på 1960-, 1970-, 1980- og 1990-talet før R-94. Dei er alle utdanna i Sogn og Fjordane. Kristin og Karoline er begge utdanna i Lærdal, på hjelpepleieskulen der, Kristin over ni månader, medan Karoline gjekk der i 10 månader. Då Kari og Vigdis vart hjelpepleiarar, var utdanninga innan den vidaregåande skulen og var delt inn i grunnkurs helse- og sosial og eitt år på hjelpepleielinja. Kari gjekk to år på grunnkurset då det var vanskeleg å kome inn på hjelpepleielinja, medan Vigdis som hadde arbeidserfaring på førehand gjekk eitt år helse- og sosial før dei begge gjekk på hjelpepleielinja ved Høyanger vidaregåande skule, på 1980- og 1990-talet.

Arbeidsoppgåvene før, under og etter opplæringa kan sjå ut som dei var like for dei som hadde arbeidserfaring innan helsesektoren før dei tok utdanning. Kari hadde ikkje det, men dei tre andre hadde jobba som avdelingsjente og i pleia på avdelinga (Kristin), pleiemedhjelpar (Karoline) og praktikant og assistent (Vigdis). Vigdis starta som 15-åring i «yrket», då ho var med mora og «tok klokker», og når ho var assistent, gav ho medisin som kunne vere narkotiske stoff. Karoline hadde og ansvar for medisinerings då ho var pleiemedhjelpar. Der sette ho sprøyter, ho gjekk i fjøsen, hesja om sommaren og hadde ansvar for klevask,- ho gjorde «alt». Kristin hadde også ein variert arbeidsdag både før, under og etter utdanning. Før, når ho var avdelingsjente, hende det ho hadde mareritt om kva som kunne skje i forhold til pasientane.

Ansvar var også stort når Kristin byrja på sjukehuset i Lærdal, både under utdanninga og då ho var nyutdanna. Ho hadde varierte oppgåver som kravde mot og hadde sterke opplevingar som ho minnest i dag om for eksempel ungdom i dødsulykke. Kristin opplevde, som også Vigdis fekk erfart, at ho var «plutseleg åleine», med store ansvarsfulle oppgåver som ferdig utdanna hjelpepleiar. Ho hadde ansvar for avdelinga i lag med ei anna som og var nyutdanna, medan Vigdis fekk ansvaret med

beskjeden: «du har papira, ver så god jobben er din». Elevane på sjukehuset på Nordfjordeid, der Karoline var i praksisperioden, hadde ofte ansvar for mottak på kvelds- og nattetid, der dei målte blodtrykk og tok røntgen. Etter ho var ferdig utdanna, var arbeidet på sjukehus ikkje forskjellig ifrå det ein sjukepleiar gjorde, men i dag er det sjukepleiarar som lagar til og har ansvar for medisin. Karoline og Kari jobbar i dag i heimesjukepleia, der arbeidsoppgåvene er som sjukepleieoppgåver, unntatt ansvar for medisin og prøvetaking. Kari har opplevd endring ifrå ho var nyutdanna fram til i dag, no har ho fått meir og meir ansvar i forhold til starten då det var ein sjukepleiar som sa kva ho skulle gjere.

Opplæringa i prosedyrane fortel dei alle var grundig gjennomgang av teorien før dei var i praksis. Det varierte korleis praksisen var opplagt, men felles for dei alle var å få sjå på fyrst, deretter når dei hadde øvd på prosedyrane, fekk dei utføre det sjølve. Kari, med utdanning ifrå 1980-talet, seier ho sakna å få lære teorien bak når ho skulle lære om dei ulike prosedyrane, medan Vigdis seier der var masse teori på skulen. Vigdis legg vekt på vekselundervisninga som dei hadde då dei fekk teoriundervisning på skulen, så praksis, for deretter å kome tilbake til skulen der teoriundervisninga tok utgangspunkt i det elevane hadde opplevd i praksis. Både Vigdis og Karoline hadde hatt stelledagar i praksisperioden, der lærar kom til praksisplassen for å vere med på eit stell av pasient, og etterpå gjekk gjennom teori og såg på utviklinga til eleven.

På 1960 og -70-talet hadde elevane praksis berre på sjukehus, på ulike avdelingar som medisinsk, kirurgisk og fødeavdelingar. Vigdis og Kari hadde sjukeheims-, heimesjukepleie- og sjukehuspraksis, og Vigdis seier ho lærte mykje då ho var på sjukehuset om ulike sjukdomar.

Arbeidstida dekte heile døgnet, og både Kristin og Karoline seier dei hadde nattevakter. Om dagen hadde desse to, noko som var vanleg i denne tida og som også samarittane hadde, delte vakter, der dei byrja med morgonstellet, gjekk heim etter middag og kom tilbake når pasientane skulle stå opp etter middagskvilda og gav dei kveldsmat og hjelp til kveldsstellet.

Stolt over yrket var dei alle, og stolte er dei i dag, unnateke Vigdis: «den er vekk!». Ho rekk ikkje gjere jobben for ho seier ho må springe som ei piska rotte, og for å gjere det trengs der ikkje noko utdanning. Vigdis meiner ein hjelpepleiar i dag har vorte regulert med lovverket slik at dei oppgåvene dei gjorde før, på sjukeheimen, er tekne over av sjukepleiarar. Ho sit igjen med å vaske og setje folk til matbordet, utan tid til å prate med pasientar.

Kari er stolt av yrket og likar arbeidet sitt, men vil ikkje anbefale sine egne barn til å gå same veg. Om ho er stolt av arbeidet, er ho ikkje stolt av utdanninga i dag. Medan ho sjølv måtte kjempe for å kome inn på utdanninga, er det i dag slik at dei som ikkje kjem inn på andre linjer, kjem inn på helse- og

sosial, noko som ho meiner er synd, då det er ein jobb som krev gode kunnskapar for å utføre på ein god måte.

Kristin var så glad og stolt at det måtte feirast med ei vårdrakt. Ho var ikkje vand med at jentene ifrå bygdene tok utdanning, og ho følte ho fekk eit betre liv – ho kunne noko. Ho er stolt i dag også, og meiner hjelpeleiarutdanninga ho har, gav opplæring i å gi god pleie. Å gi ei god pleie bør vere eit fokus i dag, seier Kristin, og i staden for å fokusere på forskjellar mellom sjukepleiar og hjelpepleiar, bør dette vere å leggje til rette arbeidet slik at resultatet vert godt.

Karoline er stolt over yrket sitt og kva ho har opplevd. Ho har tre barn, og to av dei har gått inn i helsevesenet. Ho meiner dei har sett korleis ho har trivest i yrket. Ho har jobba julaftan og andre helgar, men dette har ikkje skremt dei når dei har sett kva mora har fått igjen i form av opplevingar og erfaringar. «Du får med deg livet på godt og vondt, men mest godt», seier Karoline om jobben ho er stolt av.

4.3. Hjelpepleiar og helsefagarbeidar

Dette kapittelet handlar om historiene til to helsearbeidarar, der ei har utdanning etter R-94 med yrkestittel hjelpepleiar og ei som er utdanna helsefagarbeidar etter Kunnskapsløftet. Eg vi heretter titulere informantane ved namn: Anna ifrå Sandane, ho er hjelpepleiar, og Vera ifrå Vik som er helsefagarbeidar. Anna var vaksen då ho var ferdig med hjelpepleieutdanning. Vera var 16 år då ho byrja på den firårige utdanninga som fagarbeidar.

4.3.1 Trong kompetanse for å jobbe i heimesjukepleia.

Anna vart hjelpepleiar i 1999. Ho gjekk toårig grunnkurs i 1984-86, hadde deretter eit opphald og gjekk seinare vidaregåande kurs 1 og 2 som var hjelpepleieutdanning etter R-94. Då ho gjekk VK1 og 2 var Anna eldst av alle elevane på kullet: “eg kunne nesten vore mora til nokre av dei yngste då. Ha, ha», sa ho. Å få seg jobb var ein viktig grunn til at ho tok denne utdanninga, og som ho seier: meir kunnskap. «Fordi eg skulle ha litt fleire bein å stå på i forhold til å få seg jobb og ha litt kunnskap! Ja». Ho hadde arbeidd innan yrket før ho fekk ei formell utdanning, men for å jobbe i heimesjukepleia, som ho gjer i dag, måtte ho ha minimum hjelpepleieutdanning. Då ho starta på VK1 hadde ho tre barn og hadde arbeidd på sjukeheimen som ekstravakt. Barna var fire, åtte og ni år og ho har vore åleineforsørgjar for dei.

Arbeidsoppgåver før og under utdanning

Anna jobba som assistent på sjukeheimen før ho byrja på hjelpepleieskolen. Det var som ekstravakt og dermed vart det mykje helgearbeid. Dette var greitt for ho, då ho i helgane kunne få hjelp til å passa barna då familien kom på besøk.

Når Anna var i praksis på sjukehuset på Nordfjordeid, hadde ho arbeidsoppgåvene til ein hjelpepleiar, der ho hadde ein kontakthjelpepleiar. Ho fortel:

På sjukehuset var eg med og ho forklarte etter kvart, og så fekk eg jobbe meir sjølvstendig etter kvart og til slutt jobbe på eigenhand.

Opplæring, teori og praksis

Å arbeide meir og meir sjølvstendig når ho var ute i praksis, for til slutt å jobbe på eiga hand, meiner Anna var greitt, når ho var så vaksen som ho var, og hadde ein del erfaring ifrå tidlegare. Ho trur at ho vart kontrollert av kontakthjelpepleiaren og vurdert om ho hadde gjort jobben godt, men er ikkje heilt sikker, "ein gjekk no i lag på ei avdeling så.....". Når dei var ferdige med ein praksisbol, skreiv elevane ei caseoppgåve, der dei skreiv om ein av pasientane dei hadde stelt i praksistida. Ei caseoppgåve var som ho seier: "vi skulle ha med diagnose- sjukdomen, symptom og behandling og pleieplan, i alle fall då eg var i heimesjukepleia, då skreiv eg pleieplan". Vidare seier Anna om læringa knytt til praksisoppgåvene:

det var meir som ei vurdering, du skulle vise slik som på ei prøve at du skulle vise kva du kan på ein måte – eg kan ikkje hugse at eg lærte noko direkte av unntatt reint teoretisk å skrive oppgåve - oppbygging som dei la litt vekt på – og kanskje litt om sjukdomar, som ein leita opp litt om, om det var noko spesielt.

Lærarane kom innom praksisplassane og hadde stelledagar i lag med elevane. Då var dei med på stell av pasientar og hadde ei evaluering. På spørsmål om Anna lærte å stelle pasientar på desse dagane, svara ho at det lærte ho av kontaktpersonen på praksisplassen.

Praksis hadde dei på sjukeheim og sjukehus. På sjukehuset var Anna på fødeavdelinga og medisinsk avdeling. I heimesjukepleia lærte ho mykje i forhold til prosedyrar. Ho fekk inn det allsidige i jobben og fekk følgje opp pasientane.

Teoriundervisning hadde elevane før dei var ute i praksis og imellom desse periodane. Ho fortel:

Vi hadde sosial- og helsefag, sosialkunnskap og helselære og anatomi hadde vi, trur eg, første året. Sjukdomslære og sjukepleielære hadde viBarselpleie hadde vi første året og allmennfag

– norsk, engelsk matematikk og...eg trur eg hadde fritak for matematikk. Samfunnsfag og kroppsøving hadde eg. Ja eg trur det var det.

Sjukdomslære og sjukepleielære hadde dei også både før og imellom praksisperiodane. Dette føregjekk i klasseundervisning, der dei gjekk gjennom stoffet rett frå boka med tavleundervisning og notatar. Dei hadde prøver fortløpande med eksamen til slutt. Eksamensforma, seier Anna, var ei tverrfagleg caseoppgåve med både skriftleg pleieplan og med munnleg høyring etterpå.

den var ei tverrfageleg caseoppgåve, skriftleg og munnleg meiner eg det varvi hadde ei caseoppgåve med ein pleieplan som skulle skrivast og så var vi inn til ein munnleg eksaminasjon i forhold til den oppgåva, der vi fekk ein del spørsmål i forhold til den. Eg veit ikkje ...eg klarar eigentleg ikkje å hugse så mykje ifrå akkurat den...ha ha, det er vanskeleg....

Arbeidsoppgåver etter utdanning

Meir kunnskap var ein av grunnane til at Anna tok denne utdanninga, og dette seier ho er viktig i forhold til dei arbeidsoppgåvene ho har i dag:

Fordi ein treng den kompetansen i forhold til å jobbe, ein jobbar mykje sjølvstendig og går mykje åleine. Har seinvakt åleine og er vakt - på alarmer og slikt - du veit no aldri kva som dukkar opp. Og det å gå på natt og ha – vere åleine i heile bygda på ein måte, så pass stort område som ein har eigentleg...det viser seg at om det skjer noko er det stort sett på nattetid det skjer. En kallar ut lege og ambulansar og du skal no ha litt peiling når du skal gjere det – då må der vere litt teori i botnen.

Anna deler ut medisinar når desse er ferdig tillaga i dosettar, som sjukepleiarane har laga klar. Elles gjer ho det som skal gjerast, utanom injeksjonar og blodprøver, og det er ikkje forskjell på dei oppgåvene ein sjukepleiar og ein hjelpepleiar gjer for pasientane.

Arbeidstid

Om arbeidstida si seier Anna som har hatt 100 % stilling i nesten eitt år:

Før eg byrja hadde eg vel ein 20 % fast i den tida- ei sånn helgestilling, og så gjekk det eitt år eller to, og så fekk eg eit vikariat i heimesjukepleia på 60 %, og det hadde eg no eit par år, og så fekk eg det fast då, så det har eg hatt fast i nesten 10 år og plukka litt her og der for å få opp stillinga. Så dei siste tre- fire åra så har eg gått ei 14 -15 % på natt, så det har eg no i tillegg til dagvakta. Så no har eg 100% og av dei 15% på natt, så det vil seie at eg går ei ekstra helg i forhold til det dei andre går - eg plukka den til meg for å få 100% - den er no der, så eg går tre av seks helgar.

Stolt

Barna var fire, åtte og ni år då ho starta på VK1 og Anna har vore åleineforsørgjar, så stolt over å ha gjennomført desse to åra på skulen er ho:

det er klart. Å få tilbakemelding på det...det går litt på det personlege, og for å vere åleineforsørgjar med tre barn og ikkje ha andre enn kanskje nokre jenter til barnevakt av og til og...vere så opplagt og klare å gjennomføre det - det er ei tilfredsstilling å klare det! Det er faktisk det

Vidare seier ho litt nølande at "det er no noko med yrket og då, vi har no ei yrkesstoltheit som vi føler er – held på å forsvinne litt...i forhold til utdanninga som er no...ja..."

Anna seier vidare at ho kan anbefale barn og barnebarn å gå inn i yrket, men ho trur at det som kjem fram i media om kor tungt og fælt det er å arbeide på sjukeheimar, kan svekke rekrutteringa til yrket.

Ho er stolt av å vere hjelpepleiar, og er likestilt i heimesjukepleia der ho arbeidar, likevel seier ho: «at av og til er det berre sjukepleiar som er noko – har status.»

4.3.2 Eg likar å jobbe med menneske.

Vera som set framfor meg i Luster kommune, vert 21 år i 2011. Ho har gått to år på skule (VG1 og VG2) og to år i lære, då med base i denne kommunen. Ho er ifrå Vik i Sogn og har budd i Hafslo under utdanninga. Det var to ifrå Vik som reiste til Hafslo same året på helse- og sosial ifrå same klasse der. Buss- og ferjesambandet mellom desse kommunane er slik at elevane ikkje kan bu heime medan dei går i vidaregåande skule. Vera fortel om grunnen til val av yrke:

fordi eg likar å jobbe med menneske, og syster mi er sjukepleiar, så då inspirerte ho meg til å gå den vegen ...og så har eg nokre tanter og syskenbarn som er hjelpepleiarar og sjukepleiarar, så det er litt..

Arbeidsoppgåver under utdanning

Vera var 16 år då ho starta på utdanninga og hadde difor ikkje arbeidd innan yrket tidlegare. Det er difor interessant å finne ut kva for arbeidsoppgåver ho gjorde under utdanninga.

Når fagarbeidaren gjekk dei to første åra på vidaregåande skule, hadde dei praksis på skulen der dei trena på ulike prosedyrar, ho fortel:

vi hadde masse prosedyrar, alle prosedyrar, og vi gjennomgjekk mange og, som heilvask i seng, ja masse sånt gjekk vi igjennom – så vi gjennomgjekk mykje, vi hadde flinke lærarar som var sjukepleieutdanna, så dei lærte oss mykje. Der var vi innom sjukeheim og heimesjukepleia nokre veker og fekk sjå korleis det var.

Etter to år på vidaregåande skule, byrja ho på læretid over to år. Då var ho på sjukeheimen i kommunen og jobba i lag med ein kontakthjelpepleiar. Der jobba dei med ulike prosedyrar som ein hjelpepleiar skulle gjere. Etterpå var ho i heimesjukepleia og ein del av læretida med psykisk utviklingshemma. Informanten hadde praksis ved sjukehuset i Førde i to månader, på ortopedisk avdeling. Der var arbeidsoppgåvene å klargjere pasientane for operasjon. Der var mange beinbrot, og ho arbeidde med prosedyrar på stell av beinbrot.

Der var fire pasientar på kvart rom, og det var delt opp slik at ein hadde ansvar for kvart rom, og då hadde eg ansvar for to av dei i lag med kontakta. Vi stelte og mykje i lag når der var nokon pasientar vi trong å vere to på.

Opplæring, teori og praksis

I kombinasjon mellom teori og praksis, seier Vera, føregjekk opplæring i dei ulike prosedyrane. Dei hadde flinke lærarar som gjekk gjennom dei ulike prosedyrane, og dei vart kjent med pasientar som for eksempel hadde diabetes, dei lærte om korleis det var å leve med sjukdomen, og i teorien lærte dei om denne sjukdomen. Dei skulle skrive ei praksisoppgåve då dei var ute i praksis frå skulen. Ho seier: “vi måtte skrive utifrå måla, kva vi hadde vore gjennom der vi begrunna måla og ...”

Arbeidet med teorien i læretida, seier Vera, var meir opp til ho sjølv, og ho kunne ønskt at der var meir teori desse to åra:

Slik at vi ikkje gløymer alt vi hadde på skulen... ha ha , no var det slik at eg måtte arbeide og lese mykje på eiga hand ...så vi kunne no hatt oppgåver...men eg skreiv no pleieplanar, så det var no greitt.

Vera var med på kurs i regi av opplæringsavdelinga i fylket, lærlingsamlingar, tre – fire gonger i året. Ho seier om desse samlingane: “kanskje vi hadde førstehjelpkurs - det var veldig interessant , i Førde - ja vi var samla”.

Då ho var på sjukehuset, på ortopedisk avdeling, gjekk lærlingen i lag med ei kontakt som hadde 100% stilling, i hennar vakter, og var fyrst saman med ho, men fekk seinare jobbe mykje på eiga hand.

Ho var fyrst i læretid på sjukeheim, og den kontakta Vera hadde der, såg til at ho jobba med prosedyrane. I frå denne tida seier ho:

så hadde eg ei kontakt som var hjelpepleiar, som var kontakt som hadde 100%, så eg fekk mykje oppfølging av ho då. Eg fekk ein perm frå opplæringskontoret over dei måla eg skulle gjennom, med masse prosedyrar. Så gjekk ho gjennom masse med meg då, så eg fekk mykje...lærte mykje av ho

Dette var faste prosedyrar som også hjelpepleiarkontakta hadde hatt på hjelpepleieskulen, og ho skreiv under på at lærlingen hadde gjennomført dei og skrive om kompetansemåla ho hadde nådd. Ho jobba på sjukeheimen og fekk der hjelp med å trene seg på pleieplanar, då dette var ein del av kompetansen ho skulle vise når ho skulle opp til fagprøve.

Vera avslutta lærlingtida med ei fagprøve, ho fortel:

då hadde eg teori – fyrst, så hadde eg planleggingsdag - så skulle eg skrive pleieplan – på ein pasient, inne og ute – og så hadde eg – når dei gjekk med meg og såg på stell og sånn - dusjing og heilvask i seng hadde eg, så dei var med og observerte både ute og inne..... ja nei vent litt, no må eg tenke- eg skreiv pleieplan på ho eg hadde heilvask i seng til, ja. Sånn var det

Arbeidsoppgåver etter utdanning

Der er prosedyrar på å skifte sår, og det er ei av dei oppgåvene denne 21-åringen gjer som ferdig utdanna helsefagarbeidar. Av og til, i heimesjukepleia der ho arbeidar som ekstravakt, har ho også ansvarstelefonen og deler ut medisin ifrå dosett. Vidare seier ho om arbeidsoppgåvene: “det er mykje stell då – ute så er det mykje tilsyn, støttestrømpe, dusj og stell og ...så er det medisinar, mykje ute og insulin og slike ting”

Stolt.

Når dette intervjuet vart gjennomført hadde Vera vore ferdig fagarbeidar i ca. eitt år, og på spørsmål om den inspirasjonen ho fekk av systema til å jobbe i helseyrket har svara til forventningane, svara ho: «ja det har det, eg tykkjer det er veldig kjekt å jobbe med folk... ha ha... likar å prate med folk, hjelpe dei og interesserer meg for dei i alle fall, så eg angrar ikkje på valet mitt»

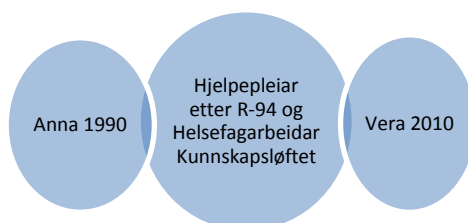
Ho stortrivst som helsefagarbeidar, men ho seier om situasjonen til pleiarane:

så reagerer eg på at det er så små stillingar, og det er ikkje så mykje fast å få som hjelpepleiar, så det verkar som at ein må ha høgare utdanning for å få faste stillingar, liksom, det er veldig vanskeleg å få fast stilling som hjelpepleiar verkar det som....

Helsefagarbeidaren er stolt over yrket sitt, lønna er grei, seier ho, men ho ønskjer å gå vidare på sjukepleieutdanning i håp om å få ei 100 % stilling, "stille litt sterkare."

Ho går no på allmennfagleg påbygging og håpar på sjukepleiarutdanning etterpå. Fleire av vennene hennar har utdanning innan helse, "vi snakkar ein del for å friske oppatt liksom", seier informanten til slutt.

4.3.3 Anna og Vera



Figur 14: Hjelpepleiar ifrå R-94 og helsefagarbeidar LK06

I dette kapittelet har eg presentert Anna og Vera som er dei to informantane eg har valt for å få fram historia om korleis dei fekk opplæring som helsearbeidar, yrkestittel hjelpepleiar etter R-94 og helsefagarbeidar etter Kunnskapsløftet. Begge to er utdanna i Sogn og Fjordane. Anna hadde gått to-årig grunnskule på 1980-talet, fekk barn og tok utdanning som hjelpepleiar i 1999. Grunnen var som ho seier, å få kompetanse for å jobbe i heimesjukepleia. Vera valde yrket då ho likar å jobbe med menneske og har ei syster som er sjukepleiar.

Arbeidsoppgåvene før, under og etter opplæringa var ulike då erfaringane før dei tok utdanning var ulike. Vera var 16 år og hadde ikkje noko arbeidserfaring, medan Anna var vaksen og hadde jobba som assistent på sjukeheim tidlegare. Når Anna var i praksis på sjukehuset, fekk ho arbeid meir sjølvstendig etter kvart, og til slutt gjorde ho arbeidsoppgåvene til ein hjelpepleiar åleine. Vera trena på dei ulike prosedyrane på skulen, som t.d. heilvask i seng, og dei var utplasserte på sjukeheim og heimesjukepleie då ho gjekk VG1 og VG2. Arbeidsoppgåvene i læretida til Vera var ulike prosedyrar på sjukeheim i lag med ein hjelpepleiar. Ho hadde og læretid i heimesjukepleie, hjå psykisk utviklingshemma og var to månader på sjukehus. På sjukehuset klargjorde ho pasientar til operasjon

og prosedyrar på beinbrot då ho var ved ei ortopedisk avdeling. No arbeidar Anna i heimesjukepleia og gjer dei oppgåvene som er naudsynt for pasientane, utan å lage til medisin og ta blodprøve. Vera, som er ekstravakt, jobbar som ekstravakt både på sjukeheimen og i heimesjukepleia, der ho skiftar på sår, dusjar, og har tilsyn og det som er helsefagarbeidaren sitt ansvarsområde.

Opplæringa i prosedyrane fekk Vera i kombinasjon mellom teori og praksis. Dei fekk lære for eksempel korleis det var å leve med diabetes, kva denne sjukdomen er, og dei vart kjend med pasientar som hadde sjukdomen. Dei hadde kompetansemål som dei skreiv oppgåve om då dei var i praksis ut ifrå skulen. Teori i læretida sakna Vera, då det var mykje opp til ho sjølv kva ho las på. Ho hadde ei kontakt som gjekk gjennom prosedyrar med ho, og ho fekk hjelp til å skrive pleieplan som er ein del av fagprøva til helsearbeidarfaget. Anna, som var vaksen og hadde erfaring ifrå sjukeheim, hugsar ikkje så mykje ifrå opplæringa, men dei måtte skrive ei praksisoppgåve med pleieplan som inneheld sjukdomsteorien til den pasienten ho skreiv om. Anna lærte mykje om prosedyre i heimesjukepleiepraksisen, hugsar ho, og ho fortel at lærar hadde stelledagar i lag med elevane då dei var i praksis. Teoriundervisning hadde dei på skulen før dei gjekk ut i dei ulike praksisplassane.

På spørsmål om arbeidstid var Anna og Vera ikkje opptekne av kva tid dei gjekk på jobb, og var ferdig, men om kor stor stillingsprosenten var. Anna hadde hatt 100 % i nesten eitt år ved å kombinere ei 15 % stilling på natt, som er helgevakt. Ho går då tre av seks helgar. Vera fekk ikkje fast stilling, ho jobbar ekstra i tillegg til å ta studiespesialiserande påbygg.

Stolt over yrket er Vera då ho stortrivst i arbeidet. Det har svara til forventningane, og ho likar å arbeide med menneske. Det som er årsaka til at ho vil utdanne seg til sjukepleiar, er situasjonen med å få ein fast jobb og kunne jobbe i 100 % stilling. Dette har vore problem for Anna også. Stolt var Anna då ho hadde klart å få ei utdanning då ho var åleine med tre barn. Det var ei tilfredsstilling for ho å klare dette, men den yrkesstoltheta ho då hadde, er i ferd med å forsvinne, seier Anna. Ho seier ho er stolt av å vere hjelpepleiar, men av og til «er det berre sjukepleiar som er noko - har status».

4.4 Oppsummering

Eg har i dette kapitlet fortalt historiene til desse åtte kvinnene ifrå Sogn og Fjordane fylke. Historiene er slik dei har fortalt dei, om kvifor dei valde å utdanne seg innan helsevesenet, korleis utviklinga har vore ifrå samaritt til fagarbeidar, om utviklinga når det gjeld arbeidsoppgåver og korleis dei lærde arbeidsoppgåvene og teorien bak desse. Nokre fortalde om korleis arbeidstida var tidlegare og at dei måtte reise langt heimanfrå for å få seg ei utdanning. Det har og vore interessant å høyre og skrive ned kva informantane har sagt om stoltheit over yrket sitt og kva nokre meiner om dette yrket

og statusen i dag og vegen vidare. Eg vil i neste kapittel analysere funna og drøfte dette opp imot den valde teorien.

5. Analyse og drøfting av tema og problemstilling.

Problemstillinga, som har vore retningsgivande i denne rapporten, er « Korleis har opplæringa til helsefagarbeidaren endra seg frå 1950 – 2012?» Eg har i kapittel 4 delt det empiriske materialet inn i hovudkonklusjonsfunn (kategoriar) som eg i dette kapittelet vil drøfte opp imot dei ulike faktorar eg har vektlagt i teorikapittelet (kapittel 2). Drøftingane er organisert utifrå kva historie som ligg til grunn for val av utdanning, kva arbeidsoppgåver informantane gjorde før, under, og etter utdanning og på kva måte dei fekk opplæring – var det og er det teorilæring. Å vere stolt av yrket, ser eg som ei side ved alle faktorar som har med opplæring av yrket og kva arbeidsoppgåve som vert gjort, slik at det er naturleg å drøfte i dette kapittelet.

Eg ser at fleire av funna eg drøftar grip inn i kvarandre og tidvis kan representere ulike sider av same sak. Eit eksempel kan vere samanhengen mellom drøfting av omdømebygging, som grip inn i både arbeidsoppgåver og stoltheit over yrket. Nokre Informantar samanliknar dei arbeidsoppgåvene dei gjer i dag med dei arbeidsoppgåvene dei gjorde tidlegare og set det i samheng med status og yrkesstoltheit.

Faktorane eg drøftar er ikkje rangert etter kva som informantane ser som viktigast av informasjonen dei gav, men etter det som naturleg kom fram under intervjuet (vedlegg 2).

Kapittelet vert avslutta med ei kort oppsummering.

5.1 Like og ulike historier.

Eg var interessert i å tidfeste kva tid dei tok utdanninga, både fordi det var viktig i historia og informantane fekk snakke seg inn i historia. Kvifor dei tok utdanninga, var eit spørsmål det kunne vere interessant å belyse. Byrja dei på denne utdanninga fordi nokre i familien hadde same utdanning, eller var det noko dei hadde høyrte ifrå dei var små at dei passa til? Ville dei ha same utdanning som vennene hadde? Den informasjonen som kom fram der såg eg i ettertid var avgjerande då eg skulle sjå på dei like og ulike historiene.

Utifrå det informantane sjølv sa, var grunnar til å ta utdanninga alt ifrå sjanse til å få seg ein fast jobb til, som ei sa: «det var liksom dette eg hadde lyst til». Ei anna sa ho likte å jobbe med menneske. Der var fleire som hadde andre dei kjende som jobba innan helsesektoren, også i nær familie, medan det var ei som fortel der ikkje var nokon i familien som var i helsesektoren, men ho hadde allereie ifrå ho var ei lita jente tenkt at sjukepleiar eller hjelpepleiar skulle ho verte. Trass i ulike grunnar til å ta

utdanning innan helsesektoren, ligg dette valet etter mi meining og utifrå mi førforståing, nær knytt opp til identitetsbygging, slik som Wenger (2004) brukar omgrepet, der det er ein referanse til eit nært familiemedlem eller nokon ein ser opp til har gjort same valet. Når læringa av eit yrke forandrar kven vi er, og dette skjer med dei andre vi gjer denne erfaringa i lag med, ligg det til grunn ei sterk samkjensle i dette praksisfellesskapet. Kanskje er det denne samkjensla ho kjende på, jenta som var med mor si på jobb og fekk lære «å ta klokke». Det vart ein anna status etter at denne hjelpepleiaren fekk utdanning, der, som ho seier: «holdningane mine tilsa at eg var stegen opp eit hakk...fått papir på at det kunne vi»

Samarittane reiste ikkje så langt i luftlinje då dei gjekk på samarittkurs i Sogn og Fjordane, men samferdsla var ikkje utbygd som den er i dag, og dei fekk ikkje reise heim då dei hadde fri. Likevel var dei nærare heimen enn då hjelpepleieskulen starta i Lærdal. Lærdal er i ytterkant av fylket, og det kunne samanliknast med ei Amerikareise å reise dit på skule. Hjelpepleieskulen i Lærdal var einaste skulen som utdanna hjelpepleiarar på 1960- og 1970-talet i Sogn og Fjordane fylke, og reiseavstanden var stor for dei fleste som gjekk der. Dei budde på hybel, og i den tida det var teoriundervisning var det ikkje muleg å reise heim. I dag er det muleg å gå vg2 Helsearbeidarfaget ved åtte vidaregåande skular i Sogn og Fjordane, og samferdsla har betra seg mykje dei siste åra. Mellom anna er reiseavstanden mellom Askvoll og Lærdal i dag to og ein halv til tre timar i dag, medan det på 1970-talet var ei dagsreise (informant).

Det er vanskeleg å meine noko sikkert om reiseavstanden har noko betydning, men det kan sjå ut som der kan vere ein samanheng mellom når ein måtte gjere ein innsats for å kome inn på hjelpepleieskulen i motsetning til i dag når det ikkje er problem med å kome inn. Ei av informantane hadde høgt snitt etter å ha gått to år på sosial- og helsefag, før ho kom inn på hjelpepleielinja, medan i dag seier denne hjelpepleiaren: «helse- og sosialfag er på ein måte... ein salderingspost- der kjem folk inn som ikkje kjem inn på noko anna». Når grunnar vert at kjem ein ikkje inn på noko anna, så kan ein gå på helse- og sosialfag, vert grunngevinga for å velje helsefagarbeid i dag annleis enn den tida samarittane og dei tidlegare utdanna hjelpepleiarane bestemte seg for ei utdanning då det var vanskeleg å kome inn. Grunnar til denne forskjellen kan kanskje vere som Hæge Nore seier i si hovudfagsoppgåve, der ho skriv at hjelpepleiarane sine spesielle interesser truleg vil drukne i den vidaregåande skulen sine generelle prinsipp (Nore, 1980), når identiteten til eit yrke ikkje er der ifrå starten av utdanninga. I dag er det eit krav for å kunne byrje på vg2 Helsearbeidarfaget at ein skal ha fullført vg1 helse- og sosial der elevane, i tillegg til fellesfag, skal få moglegheit til å prøve ut ni ulike yrke innan helse- og sosialfaglege utdanningar. Elevane vil ikkje etter dette første året få noko spesiell yrkesidentitet ved at det vert fokusert på eitt yrke, slik som det var for hjelpepleiaren som

kom ifrå Viksdalen og ifrå første dag fekk opplæring i sjukdomar og prosedyre som skulle kunnast for å arbeide ved sjukehuset i Lærdal.

5.2 Arbeidsoppgåver før, under og etter utdanning

På slutten av 1970-talet, då eg tok utdanning som hjelpepleiar, hadde elevane arbeidserfaring innan helsevesenet, anten på sjukehus eller på aldersheim eller sjukeheim. I dag startar utdanninga for dei fleste når elevane er 16 år, og det er begrensa kor stor arbeidserfaring dei unge har. Det var difor interessant å vise denne utviklinga ved å spørje informantane om arbeidsoppgåver før og under utdanning. På spørsmål om ansvar og arbeidsoppgåver etter utdanning, ser eg utifrå svara informantane gir, at det er noko ulikt ifrå 1960 og fram til helsefagarbeidaren i 2012. Difor er det interessant å belyse dette i forhold til endringar i opplæringa. Det er og grunn til å dvele ved arbeidsoppgåver når det er snakk om omdømebygging (sjå kapittel1.1), og sikre ein høgare status ved å «snakke opp» yrket, prøve å fokusere på at det ikkje berre er dei oppgåvene sjukepleiar gjer som er viktige, slik som ei av informantane seier; når der var noko interessant, var det oppgåve til ein sjukepleiar (sjå kapittel 4.2.3).

Arbeidsoppgåvene før, under og etter opplæringa, var mykje like for den eine av samarittane (1950-talet), der dei fekk gjere det meste under kurset, medan Inga vart meir vist dei ulike prosedyrane, og skulle då «kunne dei». Inga hadde kortare kurs, men ho fekk ei grundig opplæring etter ho byrja å jobbe på ein sjukeheim. Ho fekk arbeidsoppgåver der som var det same som ein sjukepleiar. Dei funna eg har gjort om kva samarittar skulle gjere var at dei skulle vere hjelparar til sjukepleiaren (Helle, 1996), men spesielt samaritten ifrå 1960 talet opplevde at ho gjorde desse oppgåvene åleine, etter ei grundig opplæring av ein sjukepleiar, då ho byrja på ein sjukeheim etter samarittkurset. Ho fortel om å dele ut medisin og setje klyster, tok røntgenbilete og gipsa. Når dei skulle setje penicillin og anna då teikna dei på hoftene utan kanskje å vete kva dei gjorde, som denne informanten uttrykte det: dette «kan ikkje samanliknast med i dag!».

Arbeidsoppgåvene før, under og etter opplæringa kan sjå ut som dei var like for dei som hadde arbeidserfaring innan helsesektoren før dei tok utdanning. Dei som hadde desse erfaringane med yrket hadde jobba som avdelingsjente og i pleia på avdelingar, som pleiemedhjelpar, praktikant og assistent vart dei tilsett på somatiske og psykiatriske avdelingar. Ei starta som 15 åring i «yrket», då ho var med mora og «tok klokke», og når ho var assistent, gav ho medisin som kunne vere narkotiske stoff. Det var vanleg for det eg heretter vil kalle for assistentar, å ha ansvar for medisiner og sette sprøyter, og ei av dei gjekk i fjøsen, hesja om sommaren og hadde ansvar for klevask. Når eg spør kva dei gjorde som assistentar, svarar dei fleste: «alt».

Ansaret var stort når hjelpepleiaren som tok utdanning på 1960-talet, byrja på sjukehuset i Lærdal, både under og etter utdanninga. Dette var før fagplanar kom i 1976, der det stod at sjukepleiaren hadde ansvar for at hjelpepleiaren fekk oppgåver som ho hadde kompetanse i, men at hjelpepleiaren ikkje skulle ta på seg oppgåver som hjelpepleiaren var utdanna i. Ho hadde varierte oppgåver som kravde mot og hadde sterke opplevingar som ho minnest i dag, om for eksempel ungdom i dødsulykke. Ho opplevde, noko som også hjelpepleiar ifrå 1990-talet fekk erfare, at ho var «plutseleg åleine», med store ansvarsfulle oppgåver som ferdig utdanna hjelpepleiar. Hjelpepleiar ifrå 1960-talet hadde ansvar for avdelinga i lag med ei anna som og var nyutdanna, medan hjelpepleiar ifrå 1990-talet fekk ansaret med beskjed: «du har papira, ver så god, jobben er din». Elevane på sjukehuset på Nordfjordeid, der hjelpepleiar ifrå 1970-talet var i praksisperioden, hadde ofte ansvar for mottak på kvelds- og nattetid, der dei målte blodtrykk og tok røntgen. Denne hjelpepleiaren erfarte når ho arbeidde på sjukehus etter utdanninga at arbeidsoppgåvene ikkje var annleis ifrå det ein sjukepleiar gjorde, men ho seier at i dag er det sjukepleiarar som lagar til og har ansvar for medisiner.

Dei informantane som i dag jobbar i heimesjukepleia seier arbeidsoppgåvene ikkje er annleis enn sjukepleieoppgåve, unntatt ansvar for medisin og prøvetaking. Ei av dei har opplevd endring ifrå ho var nyutdanna fram til i dag. No har ho fått meir og meir ansvar i forhold til starten då det var ein sjukepleiar som sa kva ho skulle gjere.

Den største forskjell på arbeidsoppgåve før og under utdanning, ser eg når ein skal samanlikne informanten som var 16 år i 2006 og dei andre som hadde erfaring innan yrket. Dei som hadde erfaring frå sjukeheimar tidlegare, fekk under utdanning arbeide meir sjølvstendig då dei var ute i praksis medan dei gjekk på samarittkurs eller utdanning. Helsefagarbeidaren som var 16 år trena på dei ulike prosedyrane på skulen, som t.d. heilvask i seng, og dei var på utplassering på sjukeheim og i heimesjukepleie då ho gjekk VG1 og VG2. Arbeidsoppgåvene i læretida til helsefagarbeidaren, var ulike prosedyrar på sjukeheim i lag med ein hjelpepleiar. Ho hadde og læretid i heimesjukepleie, psykisk utviklingshemma og var to månader på sjukehus. På sjukehuset klargjorde ho pasientar til operasjon og prosedyrar på beinbrot då ho var ved ei ortopedisk avdeling. No arbeidar helsefagarbeidaren som er ekstravakt, både på sjukeheimen og i heimesjukepleia, der ho skiftar på sår, dusjar, og har tilsyn og det som er helsefagarbeidaren sitt ansvarsområde.

Visse endringar vert hjå nokre av informantane sett på som ei utvikling med nedvurdering av statusen. Dette viser seg ved at, som ei av dei seier, «av og til er det berre sjukepleiar som er noko - har status». Det kan sjå ut som denne statusendringa har ein samanheng med endringane i dei arbeidsoppgåvene som ein hjelpepleier/helsefagarbeidar gjer. Omdømebygging kan vere eit tiltak for

å endre på denne utviklinga, der regjeringa går ut med at det trengs fleire hender i eldreomsorga, og det skal bli meir «rock and roll». Om dette skjer, kan utviklinga der informantene som fortel om ein kvardag med å springe ifrå den eine pasienten til den andre, utan å snakke med dei, vert endra. Kanskje kan arbeidsoppgåvene det står om i dei etiske retningslinjene, som for eksempel å vise respekt for den vørdnaden kvar enkelt menneske har, vert verdsett av storsamfunnet som likeverdig med å gi medisin og ta blodprøver.

5.3 Opplæring, teori og praksis

Utifrå eitt av formåla med denne rapporten, å sjå på yrkesopplæringa, var det naturleg å finne ut korleis læring av arbeidsoppgåver og teoriopplæring har vore lagt til rette dei siste tiåra, ifrå 1950 til 2012. Fekk samarittane lære om diettar eller sjukdomar? Fekk dei undervisning i spesiell pleie ved for eksempel hjarteinfarkt, får dei det i dag? Korleis lærte dei dette, ved å sjå, oppdage, erfare eller var det teoriundervisning?

Det syner seg at for informantane heilt fram til 1990-talet var det å sjå og erfare i eit fellesskap, dette gjaldt spesielt samarittane som berre hadde tilfeldig teoriopplæring når dei tok kursa. Det vart uttalt av den eine informantene (kapittel 4.1.2), at det som dei hadde vore med på var jamgodt med å vere lært. Dette er også i tråd med meisterlære (kapittel 2.5.2) som, etter mine funn, var ei læreform som var mykje brukt i opplæring fram til R-94. Dei opplevde denne læringa som noko som kunne brukast.

På 1960- og 1970-talet hadde elevane praksis berre på sjukehus (kapittel 2.1.2), på ulike avdelingar som medisinsk, kirurgisk og fødeavdelingar. Hjelpepleiarane som gjekk vidaregåande skule før 1994, hadde sjukeheims-, heimesjukepleie- og sjukehuspraksis (kapittel 2.1.3) der informantene ifrå 1990-talet presiserer at ho lærte mykje då ho var på sjukehuset om ulike sjukdomar. Det kan sjå ut som det kom ei avgjerande endring i utdanninga etter at den vart lagt til vidaregåande opplæring. Når den dreinga vart på utdanninga mot meir praksis på sjukeheim, kan ein anta det har noko med ei statusendring. Dette med statusendring kan også vere for eksempel når det står i fagplan av 1996 at hjelpepleiaren er sjukepleiaren sin næraste medarbeidar og skal utføre sjukepleie under rettleiing av sjukepleiar (kapittel 2.1.2), medan det i R-94 står at hjelpepleiaren arbeider i helsetenestene under leiing av sjukepleiar. Det kan sjå ut som der har skjedd ei ansvarsendring ved å endre ordbruken i fagplan/læreplan frå å kunne ta imot rettleiing som innfattar å kunne arbeide sjølvstendig, til å få beskjed om kva ein skal gjere under leiing. Dette er også i tråd med Wenger når han skriv om oppbygging av identitet, som er ei forhandling av meningar i eit sosialt fellesskap. Korleis vert denne identitetsbygginga når der ikkje er rom for å kunne forhandle seg fram i ein rettleiingssituasjon, i staden for å få beskjed kva ein skal gjere?

Helsefagarbeidaren eg intervjuar fekk opplæringa i prosedyrane i kombinasjon mellom teori og praksis. Dei fekk lære for eksempel korleis det var å leve med diabetes, kva denne sjukdomen er og dei vart kjende med pasientar som hadde sjukdomen. Teori i læretida sakna ho, då det var mykje opp til ho sjølv kva ho las på. Ho hadde ei kontakt som gjekk gjennom prosedyren med ho. Hjelpepleiaren etter R-94, som var vaksen og hadde erfaring ifrå sjukeheim hugsa ikkje så mykje ifrå opplæringa, men dei måtte skrive ei praksisoppgåve med pleieplan som inneheldt sjukdomsteorien til den pasienten ho skreiv om. Ho lærte mykje om prosedyre i heimesjukepleiepraksisen, og ho fortel at lærar hadde stelledagar i lag med elevane då dei var i praksis. Teoriundervisning hadde dei på skulen, før dei gjekk ut i dei ulike praksisplassane.

Opplæringa i prosedyrane fortel dei alle var grundig gjennomgang av teorien før dei var i praksis. Praksisen varierte korleis den var opplagt, men felles for dei alle var å få sjå på fyrst, deretter når dei hadde øvd på prosedyrane, fekk dei gjere dei sjølvstendig. Hjelpepleiar ifrå 1980-talet seier ho saknar å få lære teorien bak når ho skulle lære om dei ulike prosedyrane, medan hjelpepleiar ifrå 1990-talet før R-94 seier der var masse teori på skulen. Ho legg vekt på vekselundervisninga som dei hadde, då dei fekk teoriundervisning på skulen, så praksis, for deretter å kome tilbake til skulen der teoriundervisninga tok utgangspunkt i det elevane hadde opplevd i praksis. Ei god læring som Säljö (2001) seier er «å skape rom for si eiga utvikling», ser det ut som dei fekk når dei hadde stelledagar i lag med lærar den tida dei var ute i praksis. Desse stelledagane gav dei rom for samtale rundt for eksempel eit morgonstell, refleksjon om korleis dette hadde gått og dialog rundt sjukdomar til pasienten. Säljö (2001) skriv at føremålet med å gi vidare kunnskap i eit sosiokulturelt perspektiv, er nettopp at den lærande ikkje berre skal utføre det han/ho vert «sett til», men at der skal skje ei «læring gjennom refleksjon» (kapittel 2.5.3).

Refleksjon i lag med andre kan vere å setje ord på den tause kunnskapen. Då tenkjer eg på refleksjon over kva ein har gjort, kvifor ein gjorde det slik, og ved å setje ord på den i lag med andre, vil ein etter ei tid nå eit høgare utviklingstrinn. Hiim og Hippe seier om læring at det er ei varig endring som skjer etter å ha erfart noko tidlegare, då ser eg likskap med å få erfaring med å flytte ein pasient ifrå seng til stol. Å flytte ein pasient som treng hjelp, er eit eksempel på slik refleksjon (bilde kapittel 2.2). På biletet skal personen løfte ein tung gjenstand, men om ein skal flytte ein pasient, kan det også vere tungt. Og korleis du står og passar på ryggen ved å halde denne rett og passer på armar /skuldrer ved å ha pasienten så nær deg som muleg, kan hjelparen, før denne lærdomen "verkeleg sit", gløyme å få pasienten med på forflyttinga. Ved å erfare denne læringa, kan hjelparen, ved å reflektere over kva ein gjorde og kvifor ein gjorde det slik, kanskje kome seg vidare i utviklinga mot andre metodar.

Som ein kjenner godt til etter å ha arbeidd i fleire år på ein sjukeheim; ein veit kva som er rett, men gjer ein alltid det rette? Kan noko gjerast annleis i for eksempel ein matsituasjon? I eit sosiokulturelt perspektiv kan ein gi rom for denne refleksjonen, for i slike "diskusjonsrom" er ein ikkje passiv, men kan skape rom for endra praksis. Når ein pasient for eksempel ikkje kan seie ifrå om korleis han vil ha det, treng ein eit slikt rom for å gjere det best muleg for denne pasienten, og i eit fellesskap kan denne praksisen utviklast. Dette kan ikkje eitt menneske finne ut på eiga hand, men ved hjelp av erfaring og kommunikasjon kollegar imellom, kan ein kome fram til den "etisk riktige måten" som gjer det best muleg for pasienten.

5.5 Stolt

Å vere stolt av yrket sitt tenkjer eg er knytt til ei meistringskjensle hjå yrkesutøveren på den eine sida, og ei anerkjenning frå samfunnet på den andre sida. Når det gjeld meistringskjensla, tenkjer eg på å gjere det som krevst av ein yrkesutøvar i dette spesielle yrket: å utøve yrket etter dei etiske retningslinjene som eg skriv om i kapittel 2.6. Tenker helsearbeidarane eg har intervjuet dette er eit yrke dei er stolt av, dette var viktig å få fram for å belyse at utdanninga er viktig både for den einskilde, for lokalsamfunnet og for helsevesenet.

Steinsliparen som hadde yrkesstoltheit utan at samfunnet rundt han såg på det arbeidet han gjorde som høgstatus, kan også samanliknast med samarittane som bar såpestykket til overlegen når denne gjekk visitten. "Alt skulle vere HEILT STRØKENT TIL KL. VAR NI FOR DÅ KOM VENNEVOLL", seier samaritten ifrå 1950-talet. Å vere eit såpestykke vert ikkje sett på som høg sosial status i dag, men då var det stort å vere ein del av fellesskapet, det lyste ifrå ansiktet hennar når ho fortalte meg om denne arbeidsoppgåva. Samarittane angra ikkje ein dag på val av yrke og brukar ord som «hekta på sjukeheimsjobben» og «ikkje valt noko anna om eg skulle valt opp igjen». Eit velfungerande sosialt fellesskap, som Wenger (kapittel 2.5.1) skriv om, fekk desse samarittane oppleve, etter mi mening, når dei fekk vere med på visitten og gjorde ein god jobb der. Det kan ikkje vere tvil om at å få vere den som hindrar smitteoverføring ifrå pasient til pasient, er ein jobb som aukar yrkesstoltheita.

Eit personleg engasjement i arbeidsfellesskapet eller det som Wenger kallar praksisfellesskapet (kapittel 2.5.1), som vert skapt over tid av felles oppgåver, var felles for dei eg intervjuet frå i alle fall før R-94. Å vere deltakar som ein engasjert arbeidstakar kan skape ei avansert læring, seier Wenger, med ei felles referanseramme der respekt for den einskilde er sentralt. Når ei av hjelpepleiarane seier at ein berre må «springe som ei piska rotte, og for å gjere det treng ho ikkje utdanning», er det vanskeleg å sjå den respekten for den einskilde. Vidare meiner ho

ein hjelpepleiar i dag har vorte regulert med lovverket slik at dei oppgåvene dei gjorde før, på sjukeheimen, er tekne over av sjukepleiarar. Ho sit igjen med å vaske og setje folk til matbordet, det er ikkje tid til å prate med pasientar. Kanskje dette kan forklarast med den endringa av utdanninga som skjedde når denne vart lagt under den vidaregåande skulen? Denne skulen er tufta i likskapsidealet på den eine sida. Men stemmer det når identiteten til f. eks. hjelpepleieutdanninga frå grunnkurset ikkje vart retta inn imot ei bestemt utdanning? Som også Hæge Nore seier i hovudoppgåva (1980), meiner eg at identiteten til yrket vart svekka ved dei mange ulike utdanningsval ein fekk etter grunnkurset. I dag er det fleire som går helse- og sosialfagleg studieretning over to år, men det tredje året i vidaregåande studieretning tek mange allmennfagleg påbygging. Kva seier det om likskapsidealet til den vidaregåande skulen når det er opna for desse mulighetene? Dette peikar Nore på som eit problem allereie i 1980, og det same meiner eg er problem i dag, og kanskje større enn i 1980, då det peikar på at all høgare utdanning er betre enn å ta fagbrev som helsefagarbeidar.

Å vere stolt av yrket sitt og vere med i eit praksisfellesskap som gir evne til å oppleve verda og vårt engasjement som meningsfullt (kapittel 2.5.1), ser det ut som informantane har ulike meiningar om. Ei av informantane var så glad og stolt etter eksamen at det måtte feirast med kjøp av ei vådrakt. Ho var ikkje vand med at jentene ifrå bygdene tok utdanning og ho følte ho fekk eit betre liv ved å kunne noko. Denne hjelpepleiaren som vart utdanna på 1960-talet er stolt i dag også, og meiner hjelpepleiarutdanninga ho har, gav opplæring i å gi god pleie. Å gi ei god pleie bør vere eit fokus i dag, seier ho, og i staden for å fokusere på forskjellar mellom sjukepleiar og hjelpepleiar, bør dette vere å leggje til rette arbeidet slik at resultatet vert godt.

Kva kan då vere grunnen til at stoltheita som prega yrkesidentiteten hjå hjelpepleiaren som vart utdanna på 1960-talet, er blitt borte hjå ho som utdanna seg på 1980-talet? Denne informanten måtte kjempe for å kome inn på hjelpepleieskulen, medan det i dag er det slik at dei som ikkje kjem inn på andre linjer, kjem inn på helse- og sosial, seier ho. Det å anbefale sine eigne barn til å verte helsefagarbeidarar vil denne hjelpepleiaren ikkje, medan hjelpepleiaren ifrå 1970-talet har tre barn, der to av dei har gått inn i helsevesenet. Ho meiner dei har sett korleis ho har trivest i yrket, ho har jobba julaftan og andre helgar, men dette har ikkje skremt dei når dei har sett kva mora har fått igjen i form av opplevingar og erfaringar: «Du får med deg livet på godt og vondt, men mest godt», seier ho stolt om jobben sin. Denne store skilnaden kan det sjå ut som kan kome av kva tid dei var utdanna, det som skjedde i denne perioden når utdanninga vart lagt til den vidaregåande skulen, som og Hæge Nore skriv om i si hovudoppgåva, der fleire forhold bidrog til å svekke hjelpepleiaren sin identitet. I den vidaregåande skulen kom der inn fleire generelle prinsipp enn fokus på yrkesutdanning. Dette ser vi kanskje meir av i dag når det første året skal fokusere på det generelle

innan helse- og sosialfaglege yrke, der elevane skal få prøve seg innan dei ulike utdanningsvegane i faget Prosjekt til fordjuping.

Ein faktor som eg meiner kan ha betydning for å svekke hjelpepleiaren sin yrkesidentitet, er dei endra krava til utdanning som kom med LK06. Mellom anna er det i dag ikkje krav om å beherske latin, som er fagterminologien til personalet ved sjukehus. Dette kan i neste omgang føre til utestenging av det praksisfellesskapet som er på eit sjukehus, når all informasjon føregår på latin, som ein helsefagarbeidar ikkje beherskar. Helsefagarbeidaren eg intervjuar stortrivst i arbeidet i kommunehelsetenesta og ho likar å arbeide med menneske. Årsaka til at ho vil utdanne seg til sjukepleiar er situasjonen med å få ein fast jobb og kunne jobbe i 100 % stilling, då der ikkje er 100 % stilling ledig i den kommunen ho bur eller dei nærmaste kommunane.

5.6 Oppsummering

Eg har i dette kapitlet drøfta problemstillinga i forhold til teoretiske referanserammer og dei funn eg har gjort i undersøkinga. Drøftinga vert og relatert til funn gjort i dei ulike fagplanar/læreplanar som har vore i denne perioden frå 1950 – 2012. Funna er drøfta og organisert utifrå kva historie som ligg til grunn for val av utdanning, kva arbeidsoppgåver informantane gjorde før og under utdanning og etter utdanning, og på kva måte dei fekk opplæring. Å vere stolt av yrket, ser eg som ei side ved alle faktorar som har med opplæring av yrket å gjere, og er drøfta til slutt i kapitlet.

Eg ser at fleire av funna eg har drøfta grip inn i kvarandre og tidvis kan representere ulike sider av same sak. Eit eksempel kan vere samanhengen mellom drøfting av omdømebygging som grip inn i både arbeidsoppgåve og stoltheit over yrket.

6 Oppsummerande drøfting

I ein kvalitativ studie som denne rapporten er eit resultat av, er det dei personlege opplevingane til den einskilde helsefagarbeidaren som står i fokus. Eg har søkt å finne svare på problemstillinga ved å nytte åtte helsearbeidarar over ein epoke på 60 år. Det har vore utgangspunktet for studien, der føremålet er å kaste lys over følgjande problemstilling: «Korleis har opplæringa til helsefagarbeidaren endra seg frå 1950 – 2012?» I kapittel 5 har eg presentert relevante funn for problemstillinga og drøfta dei opp imot ei teoretisk referanseramme. Drøftinga relaterast og til funn gjort i dei ulike fagplanar/læreplaner som har vore i denne perioden frå 1950 – 2012. Mi eiga yrkeserfaring både som hjelpepleiar og yrkesfaglærer har også vore ein del av referanseramma rundt drøftinga. I dette kapitlet summerer eg opp funna og gjer meg nokre tankar om vegen vidare.

Kvalitative studiar har andre generaliseringsmogelegheiter enn dei kvantitative, som vektlegg eit representativt utval. I ein studie som dette kan ein knytte generalisering til dei fenomen informantane vektlegg i «yrkesstolthet», som for eksempel fenomenet å ha lik status som ein sjukepleiar. Informantane sine behov for at den jobben dei gjer vert verdsett, vil gjelde langt fleire enn dei åtte informantane, noko som er viktig å understreke.

6.1 Oppsummering av funn

Funna i denne studien støttar tidlegare forskning som viser ein tendens til endring av yrkesidentiteten til hjelpepleiarar (Nore, 1980) og no helsefagarbeidarar. Hennar forskning var analyse av bakgrunnen for og intensjonen med utdanningsreforma då hjelpepleieutdanninga vart lagt inn under vidaregåande opplæring. Det har vore interessant å få eit innblikk i dei personlege opplevingane til informantane, korleis det var å kanskje vere einaste jente ifrå bygda som reiste vekk for å skaffe seg ei utdanning. Eit innblikk i historier som har endra seg mykje, ved at vegane og samferdsla i Sogn og Fjordane fylke har betra seg for ho som tok fagbrev i helsearbeidarfaget etter KL06. Det var vanskeleg å kome inn på hjelpepleieskulen før R- 94, medan det i dag ikkje er fulle klasser på VG2 helsearbeidarfaget i same fylket.

Å anbefale sine eigne barn til å verte helsefagarbeidarar er der ulike meiningar om, men hjelpepleiaren ifrå 1970-talet har tre barn, der to av dei har gått inn i helsevesenet. Ho meiner dei har sett korleis ho har trivest i yrket, ho har jobba julaftan og andre helgar, men dette har ikkje skremt dei når dei har sett kva mora har fått igjen i form av opplevingar og erfaringar. Denne store skilnaden kan det sjå ut som kan kome av kva tid dei var utdanna, det som skjedde i denne perioden

når utdanninga vart lagt til den vidaregåande skulen, det som og Hæge Nore skriv om i si hovudoppgåva (1980), der fleire forhold bidrog til å svekke hjelpepleiaren sin identitet. I den vidaregåande skulen kom der inn fleire generelle prinsipp enn fokus på yrkesutdanning. Dette ser vi kanskje meir av i dag når det første året skal fokusere på det generelle innan helse- og sosialfaglege yrke, der elevane skal få prøve seg innan dei ulike utdanningsvegane i faget Prosjekt til fordjuping.

Visse endringar vert hjå nokre av informantane sett på som nedvurdering av statusen, t.d. når ein informant uttalar at «av og til er det berre sjukepleiar som er noko - har status». Det kan sjå ut som der er ein samanheng mellom dei arbeidsoppgåvene som ein hjelpepleiar/helsefagarbeidar gjer og statusen til yrket. Det å setje si ære i å gjere ein god jobb, kan det sjå ut som var det framtrudande for samarittane og dei tidleg utdanna hjelpepleierane. Dei var stolte og er stolte av utdanninga si, hadde reist langt og det var vanskeleg å kome inn på skulen. Yrkesstoltheit var også å gjere dei rette val ved å følgje dei etiske retningslinjene som i starten av utdanninga var utarbeidd av hjelpepleieforbundet. Når desse var utarbeid av medlemmene sjølve, kan det sjå ut som der vart eit eigarforhold til desse retningslinjene. Kanskje kan arbeidsoppgåvene det står om i dei etiske retningslinjene, som for eksempel å vise respekt for den vørnaden kvar enkelt menneske har, verte verdsett av storsamfunnet som likeverdig med å gi medisin og ta blodprøver.

Omdømebygging kan vere eit tiltak for å endre nedvurdering av helsearbeidarfaget, der regjeringa går ut med at det trengs fleire hender i eldreomsorga, og der skal bli meir «rock and roll». Ein faktor som eg meiner kan ha betydning for å svekke hjelpepleiaren sin yrkesidentitet er når krava til utdanning vart annleis etter LK06, mellom anna er det i dag ikkje krav til å beherske latin som er fagterminologien til personalet ved sjukehus. Dette kan i neste omgang føre til utestenging frå det praksisfellesskapet som er på eit sjukehus, når all informasjon føregår på latin, som ein helsefagarbeidar ikkje beherskar.

Når informantane var ferdig med utdanninga, hadde dei som vart utdanna før R-94 ikkje problem med å få fast jobb, i 100 % om dei ynskte det, medan etter R-94 er det hjelpepleiaren som har det, ved å måtte kombinere to arbeidsplassar, medan helsefagarbeidaren går i ekstravakter og helgevakt. Helsefagarbeidaren kunne tenkt seg å fortsette å vere helsefagarbeidar, men for å få seg fast jobb seier ho det trengst sjukepleieutdanning.

På slutten av 1970-talet, då eg tok utdanning som hjelpepleiar, hadde elevane arbeidserfaring innan helsevesenet, anten på sjukehus eller på aldersheim eller sjukeheim. I dag startar utdanninga for dei fleste når elevane er 16 år, og det er begrensa kor stor arbeidserfaring dei unge har. Dei som hadde erfaring frå sjukeheimar tidlegare, fekk under utdanning arbeide meir sjølvstendig då dei var ute i

praksis under utdanninga. Helsefagarbeidaren som var 16 år trena på dei ulike prosedyrane på skulen, som heilvask i seng, og dei fekk også vere ute på sjukeheim og i heimesjukepleie.

Ansvar for hjelpepleiaren som tok utdanning på 1960-talet byrja på sjukehuset i Lærdal, både under og etter utdanninga. Dette var før fagplanar kom i 1976, der det stod at sjukepleiaren hadde ansvar for at hjelpepleiaren fekk oppgåver som denne hadde kompetanse i, medan hjelpepleiaren ikkje skulle ta på seg oppgåve som denne var utdanna i. Ho hadde varierte oppgåver som kravde mot og hadde sterke opplevingar som ho minnest i dag, om for eksempel ungdom i dødsulykke. Ho opplevde noko som også hjelpepleiar ifrå 1990-talet fekk erfart, at ho var «plutseleg åleine», med store ansvarsfulle oppgåver som ferdig utdanna hjelpepleiar.

Dei informantane som i dag jobbar i heimesjukepleia, seier arbeidsoppgåvene ikkje er annleis enn sjukepleieoppgåvene, unntatt ansvar for medisin og prøvetaking. Ei av dei har opplevd endring ifrå ho var nyutdanna fram til i dag, no har ho fått meir og meir ansvar i forhold til starten då det var ein sjukepleiar som sa kva ho skulle gjer.

Utifrå eitt av formåla med denne rapporten, å sjå på yrkesopplæringa, var det naturleg å finne ut korleis læring av arbeidsoppgåver og teoriopplæring har vore lagt til rette dei siste tiåra, ifrå 1950 - 2012. Det syner seg at for informantane heilt fram til 1990-talet var det å sjå og erfare i eit fellesskap viktig, dette gjaldt spesielt samarittane som berre hadde tilfeldig teoriopplæring når dei tok kursa. Der vart uttalt av den eine (kapittel 4.1.2) «då var vi med på det, og då var det sett». Dette er også i tråd med meisterlære (kapittel 2.5.2) som, etter mine funn, var ei læreform som var mykje brukt i opplæring fram til R-94. Dei opplevde denne læringa som noko som kunne brukast.

I 1960 og 1970 talet hadde elevane praksis berre på sjukehus (kapittel 2.1.2), på ulike avdelingar som medisinsk, kirurgisk og fødeavdelingar. Hjelpepleiarane som gjekk vidaregåande skule før 1994, hadde sjukeheims-, heimesjukepleie- og sjukehuspraksis (kapittel 2.1.3) der informanten ifrå 1990-talet presiserer at ho lærte mykje då ho var på sjukehuset om ulike sjukdomar. Det kan sjå ut som ei avgjerande endring i utdanninga etter at den vart lagt til vidaregåande opplæring. Når dreininga på utdanninga vart retta mot meir praksis på sjukeheim, kan ein anta det har noko med ei statusendring.

Opplæringa i prosedyrane fortel dei alle var grundig gjennomgang av teorien før dei var i praksis. Praksisen varierte korleis den var opplagt, men felles for dei alle var å få sjå på fyrst, deretter, når dei hadde øvd på prosedyrane, fekk dei gjennomføre det sjølvstendig. Hjelpepleiar ifrå 1980-talet seier ho saknar å få lære teorien bak når ho skulle lære om dei ulike prosedyrane, medan hjelpepleiar ifrå 1990 før R-94 seier der var masse teori på skulen. Ho legg vekt på veksellundervisninga som dei

hadde, då dei fekk teoriundervisning på skulen, så praksis, for deretter å kome tilbake til skulen der teoriundervisninga tok utgangspunkt i det elevane hadde opplevd i praksis.

Ei god læring som Säljö (2001) seier er «å skape rom for si eiga utvikling», ser det ut som dei fekk når dei hadde stelledagar i lag med lærar den tida dei var ute i praksis. Desse stelledagane gav dei rom for samtale rundt for eksempel eit morgonstell, refleksjon om korleis dette hadde gått og dialog rundt sjukdomar til pasienten. Säljö (2001) skriv at føremålet med å gi vidare kunnskap i eit sosiokultrult perspektiv, er nettopp at den lærande ikkje berre skal utføre det han/ho vert «sett til», men at der skal skje ei «læring gjennom refleksjon» (kapittel 2.5.3).

Eit personleg engasjement i arbeidsfellesskapet eller det som Wenger kallar praksisfellesskapet (kapittel 2.5.1), som vert skapt over tid av felles aktivitetar, var felles for dei eg intervjuar frå i alle fall før R-94. Ved å vere deltakar som ein engasjert arbeidstakar, kan det skje ei avansert læring, seier Wenger, med ei felles referanseramme der respekt for den einskilde er sentralt.

6.2 Veggen vidare

Som yrkesfaglærar til helse- og sosialfaglege yrke ser eg det som interessant og sjå på korleis arbeidsoppgåver og utdanning har endra seg innan desse studieretningane. Å vere oppteken av at opplæringa skal vere best muleg både for pasientane/brukarane sitt beste, er ei sjølvstekt sak som lærar, men det ligg også ein grunn i mitt doble praksisfelt å løfte fram det arbeidet som har vore gjort og sett på som viktig i eit yrkespedagogisk lys.

Eg kan ut ifrå mine funn sjå ein tendens der utdanninga og opplæringa til det som tidlegare var samaritt, hjelpepleiar og no helsefagarbeidar, har fått ein svekka status når yrkesstoltheta hjå fleire av informantane meiner utdanninga er dårlegare enn før. Ein informant uttalte at helse- og sosialfag i dag er ein salderingspost, i motsetning til tidlegare då det var vanskeleg å kome inn.

No som utdanning som helsefagarbeidar er vedteke, får ein prøve å leggje kritikken til sides og starte ei omdømebygging rundt utdanninga. Omdømebygging, (sjå kapittel 1.1, 5.5 og 6.1) der helsefagarbeidaren må sikrast ein høgare status var eitt av formåla med å gjere denne undersøkinga. Det vert difor sentralt å byggje opp yrkesstoltheit som kan førebyggje barrierar for å søkje utdanning som helsefagarbeidar. No som rapporten er ferdig, håpar eg den kan skape refleksjon og ettertanke, når den skal ut på ei reise til forhåpentlegvis nysgjerrige lesarar.

Litteraturliste

- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk* (pp. 240). Oslo: Det Norske Samlaget.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforl.
- Fagforbundet. (2012a). Etiske retningslinjer Retrieved 24.01, 2012, from <http://www.fagforbundet.no/fagforbundet.no/Seksjonene%20-%20Yrkesfaglig%20arbeid/Seksjon%20helse%20og%20sosial/Yrkesgrupper/Helsefagarbeider,%20hjelpere,%20omsorgsarbeider/Etiske%20retningslinjer/>
- Fagforbundet. (2012b). Om seksjonen. Retrieved 24.01, 2012, from <http://www.fagforbundet.no/forsida/seksjonene/shs/omseksjonen/>
- Fylkesleksikon, N. (2011a). Hjelpeleiaraskulen i Lærdal. Retrieved 15.12, 2011, from http://www.nrk.no/sf/leksikon/index.php/Hjelpeleiaraskulen_i_L%C3%A6rdal
- Fylkesleksikon, N. (2011b). Nordfjord sjukehus og Singer. Retrieved 15.12, 2011, from http://www.nrk.no/sf/leksikon/index.php/Nordfjord_Sjukehus_og_Singer
- Førde, H. (2010a). Retrieved 13.04, 2012, from http://www.helse-forde.no/omoss/avdelinger/medisinsk/forde_sentralsjukehus/Sider/side.aspx
- Førde, H. (2010b). Helse og akuttmottak. from <http://helse-forde.no/omoss/avdelinger/akuttmottak/Sider/enhet.aspx>
- Gaular Kommune. (2012). Pleie- og omsorg. Retrieved 13.04, 2012, from <https://www.gaular.kommune.no/artikkel.aspx?Mid1=5&Aid=124&eid=399&tid=60>
- Grendstad, N. M. (1982). *Å lære er å oppdage : glimt fra konfluent undervisning*. Bergen: Norsk Lærerakademi.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Hellevik, O. (1973). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2011). Helse- og omsorgstjenestelova. Retrieved 27.04, 2012, from <http://www.lovdatabank.no/all/hl-20110624-030.html#3-2>
- HelseNett. (2008). Helsenett. Retrieved 13.04, 2012, from http://www.helsenett.no/index.php?option=com_content&view=article&id=1708&catid=119&Itemid=69
- Hiim, H., & Hippe, E. (1998). *Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling: en studiebok i didaktikk*. Oslo: Universitetsforl.
- Hjelle, A. (1996). *Sjukehuset vårt : Fylkessjukehuset på Nordfjordeid gjennom 60 år*. [Nordfjordeid]: Eid kommune I kommisjon hjå Totland libris.
- Hofset, A. (1995). *Pedagogikk: for videregående skole og voksenopplæring*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Illeris, K. (2000). *Tekster om læring*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- K.S. (2011). Faglærte er ønsket arbeidskraft i kommunane. Retrieved 15.12, 2011, from <http://www.ks.no/tema/Innovasjon-og-forskning/fou/FoU-Larefag-er-onsket-arbeidskraft-i-kommunene/>
- Kari N. Vesterhus, A. S., Berit Ødegård,. (1975). *Hjelpepleieryrket : kost- og diettlære, om legemidler, de eldre : forsøksstekst*. [Oslo]: Aschehoug.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S., & Nielsen, K. (1999). *Mesterlære: læring som social praksis*. [København]: Hans Reitzel.
- NDLA. (2012). Demenssykdom. Retrieved 29/4, 2012, from <http://ndla.no/nb/node/25472>
- Nore, H. (1980). Fra Samarittkurs og hjelpepleieskoler til studieretning for sosial- og helsefag i den videregående skolen. En analyse for og intensjonene med utdanningsreformen. Unpublished Hovedoppgave til hovedfagseksamen i pedagogikk.
- Norge. (1978). *Den videregående skolen : lover, regler, informasjonsstoff m.v.* Oslo: Grøndahl.
- Norsk Sykepleierforbund. (2008). Sykepleie, et selvstendig og allsidig fag. Retrieved 28/4, 2012, from <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund. (2012). Fag. Retrieved 29/4, 2012, from <https://www.sykepleierforbundet.no/fag>
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Regjeringen. (2005). Soria Moria from http://www.regjeringen.no/upload/SMK/Vedlegg/2005/regjeringsplattform_SoriaMoria.pdf
- ≥
- Sandefjord Kommune. (2012). Pleie- og omsorg. Retrieved 13.04, 2012, from <http://www.sandefjord.kommune.no/Tjenester/Omsorg-og-sosiale-tjenester/I-hjemmet/Hjemmesykepleie/>
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.
- SSB. (2009a).
- ssb. (2009b). Rapport helse. Retrieved 26.01, 2012, from http://www.ssb.no/emner/06/01/rapp_helse/index.html
- Steinsholt, K., & Løvlie, L. (2004). *Pedagogikkens mange ansikter : pedagogikkens idéhistorie fra antikken til det postmoderne*. Oslo: Universitetsforl.
- Säljö, R. (2001). *Læring i praksis: et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Tempte, T. (1982). *Arbetets æra : om hantverk, arbete, några rekonstruerade verktyg och maskiner*. Stockholm: Arbetslivscentrum.

- udir. (1994). from <http://www.udir.no/Lareplaner/Grep/Lareplanverket-for-videregaende-opplaring-R94/#Helse-> og sosialfag
- udir. (2006). from <http://www.udir.no/Lareplaner/Grep/Modul/?gmid=3&gmi=1586>
- udir. (2011). Videregående opplæring. Retrieved 26.01, 2012, from http://vilbli.no/4daction/WA_Kursbeskrivelser?Niva=V&Return=WA_Kursbeskrivelser&TP=06.01.12&Kurs=V.HSHSF1----
- Utdanning.no. (2012). Yrker/sykepleier. from <http://utdanning.no/yrker/beskrivelse/sykepleier>
- Utenriksdepartementet. (2007a). Retrieved 08.01.09, from <http://www.regjeringen.no/nn/dep/ud/Aktuelt/Nyheiter/2007/Onsker-debatt-om-mangel-pa-helsepersonel.html?id=450182>
- Utenriksdepartementet. (2007b). Debatt om mangelen på helsepersonell. Retrieved 09.12, 2011, from <http://www.regjeringen.no/nn/dep/ud/Aktuelt/Nyheiter/2007/Onsker-debatt-om-mangel-pa-helsepersonel.html?id=450182>
- Vedeler, L. (2000). *Observasjonsforskning i pedagogiske fag: en innføring i bruk av metoder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber: læring, mening og identitet*. København: Reitzel.
- Wikipedia. (2012). Norsk hjelpepleierforbund. Retrieved 24.01, 2012, from http://no.wikipedia.org/wiki/Norsk_Hjelpepleierforbund
- Ågot Lindstrøm, R. T. P., Odd T. Svensen, Idunn Heldal Haugen, Elsa Danielsen, Øyvind Hansen, Geirmund Unsgård, Georg Gundersen,. (1976). *Hjelpepleieryrket : [bokmål]*. Oslo: Aschehoug.

Innholdsfortegnelse

Vedlegg 1 Informert samtykkeskjema.....	104
Vedlegg 2 Intervjugaid:	106
Vedlegg 3 E-post ifrå Nordfjord Sjukehus	108
Vedlegg 4 Yrkesetiske retningslinjer	109
Vedlegg 5 Læreplan for den videregående skolen del 3 i studieretning for sosial- og helsefag- pleiefagleg utdanning videregående kurs 1 Hjelpepleier:	111

Vedlegg 1 Informert samtykkeskjema.

Namn: Aud Ingunn Kvile

Sande _____

Informert samtykke.

Eg er yrkesfaglærer i helse- og sosialfag med fagbakgrunn hjelpepleier, og arbeidar ved Dale vidaregåande skule som lærar. Ved sia av er eg student ved Høgskulen i Akershus der eg studerer yrkespedagogikk på masternivå. I denne samanheng skal eg skrive ei masteroppgåve. Den bakgrunnen eg har, og den jobben eg har i dag, gjer til at eg ønskjer og sjå på endringar som har skjedd med utdanning som helsefagarbeidar ifrå det starta som samaritt i midten av 1900-talet og fram til 2010.

Dette er omsorgsarbeid som har vore gjort over lang tid, og utdanninga har utvikla seg utifrå samfunnet sitt behov for tenester og når behova til befolkninga har endra seg.

Det er grunnen til at eg har kome fram til denne tittelen på prosjektet:

Frå Samaritt til fagarbeidar

Korleis har opplæringa til helsefagarbeidaren endra seg får 1950 – 2012?

Eg har laga meg nokre spørsmål innan feltet for om muleg å få svara på mi problemstilling

1. Kva var grunnen til at informantane utdanna seg innan helsevesenet?
2. Kva arbeidsoppgåve fekk informantane gjere under kurset/utdanninga?
3. Korleis var opplæringa i arbeidsoppgåvene?
4. Fekk informantane opplæring om sjukdomar? Var det teoriundervisning og eventuelt på kva måte fekk dei denne læringa?
5. Kva brukte informantane denne utdanninga til?
6. Korleis var arbeidstida til samarittar/hjelpepleiarar?
7. Var og er informantane stolte over yrket sitt?

For å få svar på desse områda ønskjer eg å intervju deg om di utdanning og opplæring. Informasjonen du gjev vert brukt ilag med informasjonen ifrå dei andre helsearbeidarane i tidsrommet 1950 – 2010, slik at eg kan danne meg eit bilete av samfunnet og dei forandringar som har skjedd.

Du kan når som helst avbryte intervjuet utan å gi noko grunn for det. Du kan lese gjennom intervjuet etter transkribering og det ferdige materialet, der du har anledning til å trekke det tilbake eller deler av intervjuet om det er ønskeleg. Det innsamla materialet (transkriberinga) vert oppbevart forsvarleg i prosjektperioden og i ettertid.

Samtala vert teke opp på lydfil. Desse opptaka vert sletta etter at intervjuet er skreve ut. Om det er ønskeleg at deler av intervjuet skal oppbevarast som historisk materiale, vil du verte kontakta og spurd spesielt om dette.

Student

Eg gir samtykke til intervju etter dei retningslinjer som er gjeve

Informant

Vedlegg 2 Intervjugaid:

<p>Kor tid tok du samarittkurs/ hjelpepleieutdanning/helsearbeidarfaget ?</p> <p>Kven var det som heldt dette kurset? Sanitetsforeininga/ skule?</p>	<p>Innleiande spørsmål der dei får presenter seg sjølv og tidfesta kor tid dei tok utdanning.</p> <p>Dei får snakke seg inn i historia si – får ei tid å mimre</p>
<p>Andre du kjende som gjekk der?</p>	<p>Var dei påverka av andre eller var det eit personleg val</p>
<p>Kva gjorde til at du reiste for å ta ei utdanning?</p>	
<p>Kva brukte du dette utdanninga til?</p>	<p>Byrja dei å jobbe på sjukehus eller sjukeheim</p> <p>Hadde nokre fatta interesse for psykiatrien</p> <p>Reiste dei heim til heimbygda og pleia besteforeldre eller naboar Gifta dei seg og fekk barn og brukte utdanninga si på den måten?</p>
<p>Kva arbeidsoppgåve gjorde du etter at du hadde teke dette kurset/utdanninga?</p> <p>Var det forskjell på arbeidsoppgåvene dine og sjukepleiarane sine arbeidsoppgåve? I tilfelle kva gjorde dei som ikkje du gjorde?</p>	<p>Det er et praktisk yrke og difor naturleg å sjå på om arbeidsoppgåvene under utdanninga har endra seg i denne tidsepoken eg har valt å sjå på.</p> <p>Var det noko likskap mellom samaritane sine arbeidsoppgåve og kva hjelpepleiaren gjorde etter avslutta utdanning. Var det forskjell på ansvaret dei fekk etter og før ferdig utdanning?</p>
<p>På kva måte fekk du teoriopplæring medan du gjekk på kurset / utdanninga?</p>	<p>Fekk dei lære om for eksempel ulike diettar som dei serverte og grunnar til at nokre pasientar måtte bruke desse? Fekk dei undervisning i spesielle pleie ved for eksempel hjertesvikt og grunnen til det? Korleis lærte dei? Var det ved sjå, ved å oppdage, ved å erfare?</p>

<p>Når du kom heim etter å ha teke kurset var det naboar og andre som kom å spurde om råd ang. Helse spørsmål</p>	
<p>Spørsmål til samarittane: Kva betydning hadde det, etter di meining, for omsorgsarbeidet, at det på denne tid var nokon som tok over det ulønna omsorgsarbeidet som dotter og svigerdotter hadde gjort tidlegare</p>	<p>Endringar i samfunnet frå at kvinna var heime og passa barn og mann. Det var kvinna som tok seg av dei eldre og sjuke</p> <p>Var desse kvinnene med på å endre kjønnsrolla i Norge?</p>
<p>Stolt!</p> <p>Var du stolt etter at du hadde teke utdanning?</p> <p>Er du stolt i dag?</p> <p>Vil du anbefale til dine barn og barnebarn å ta ei utdanning som helsearbeidar i dag?</p>	<p>De er så mykje snakk om at det i helsevesenet er så tungt arbeid, får sjuke ryggar og vert utbrente.</p> <p>Det er og snakk om at ein hjelpepleiar er "berre" hjelpepleiar kan du då være stolt?</p>

Vedlegg 3 E-post ifrå Nordfjord Sjukehus

Aud Ingunn Kvile

Fra: Seljeseth, Anne Marie <anne.marie.seljeseth@helse-forde.no>
Sendt: 14. oktober 2011 11:13
Til: Aud Ingunn Kvile
Emne: SV: opplæring av samarittar 1950 talet
Vedlegg: 20111014120137979.pdf

Heil

Beklagar at eg ikkje har svara deg tidlegare, så takk for at du minner meg på det ...

Vidaresender kopi av boka "Sjukehuset vårt" av Aud Hjelle. Kanskje dette kan hjelpe deg - dersom du ikkje har dette frå tidlegare.

Det kan sjå ut som den teoretiske opplæringa ikkje var særleg omfattande. Eg har dessverre ikkje funne noko anna.

mvh

Anne Marie Seljeseth
Seniorrådgjevar
Helse Førde/Nordfjord sjukehus
Tlf. 57 86 40 53
Mob. 901 76 799

Fra: Aud Ingunn Kvile [mailto:Aud.Ingunn.Kvile@sfj.no]
Sendt: 13. oktober 2011 10:35
Til: Seljeseth, Anne Marie
Emne: SV: opplæring av samarittar 1950 talet

*Aud Ingunn Kvile
yrkesfaglærer i helse- og sosialfag
Dale vgs
mobil 99779439*

Fra: Aud Ingunn Kvile
Sendt: 13. oktober 2011 10:26
Til: anne.marie.seljeseth@helse-forde.no
Emne: opplæring av samarittar 1950 talet

Heil

Eg ringde deg i sommar ang om det kunne finnast nokre planer om kva opplæring samarittar skulle ha ved Nordfjord sjukehus på 50 talet.

Desse kursa varte i 6 mnd seier ei eg har intervjuet og sidan eg skriv på ei masteroppgåve som skal handle om historia til helsearbeidaren ifrå 1950 og fram til 2010 er eg SVÆRT taknemleg for hjelp til dette ☺

Aud Ingunn Kvile
Yrkesfaglærer i helse- og sosial

Mobil 99779439

Vedlegg 4 Yrkesetiske retningslinjer

Etiske retningslinjer

De etiske retningslinjene er en felles plattform for Fagforbundets medlemmer og skal stimulere til refleksjon over egen yrkesutøvelse, og videreutvikle gode holdninger og praksis.

Fagforbundets medlemmer

- baserer sin yrkesutøvelse på grunnleggende menneskerettigheter og verdiene Omtanke, Solidaritet og Samhold. Alle innbyggere har rett til likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn, funksjonshemming, diagnose, seksuell legning, livssyn, tro, bosted og økonomi.
- er bevisst på egne holdninger og verdier, og hvordan dette bør komme til uttrykk i møtet med brukere, pasienter, pårørende, kolleger, arbeidsgivere og andre.

Retningslinjene omhandler disse verdiene og møtene, og retter seg direkte til deg som yrkesutøver og medlem i Fagforbundet, Seksjon helse og sosial.

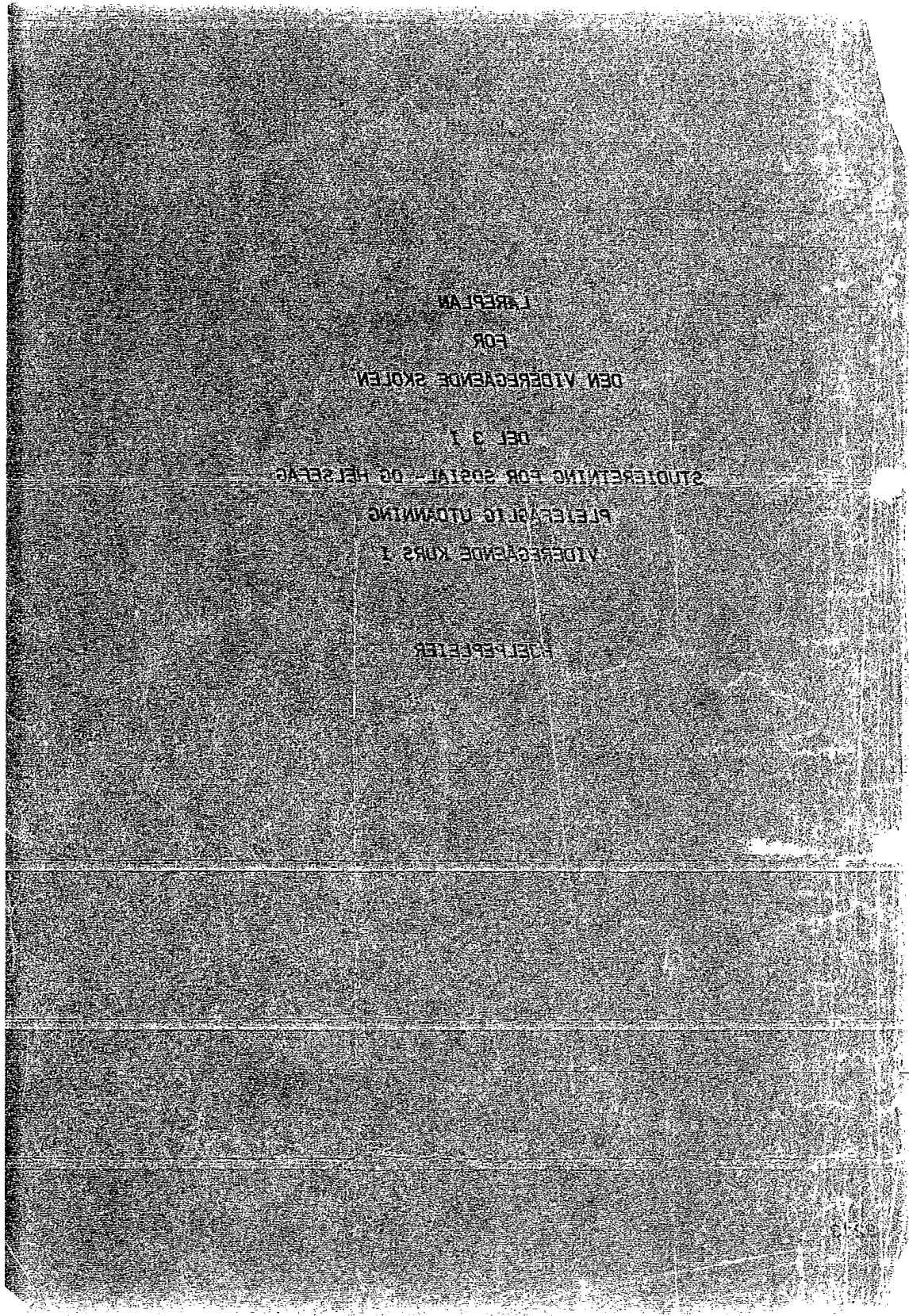
De yrkesetiske retningslinjene skal bidra til at hvert medlem erkjenner og tar faglig, personlig og juridisk ansvar for egen yrkesutøvelse.

Mitt møte med brukeren/ pasienten og pårørende

- I mitt møte med brukeren/pasienten viser jeg respekt for hvert menneskes iboende verdighet.
- I mitt arbeid gir jeg tjenester av god faglig kvalitet. Jeg er imøtekommende og mitt fokus er brukerens/pasientens interesser og ståsted.
- I mitt arbeid møter jeg brukeren/pasienten med vennlighet, respekt og omtanke. Jeg respekterer brukerens/pasientens privatsfære, slik at nødvendige grenser inn mot privatlivet opprettholdes og vernes.

- I mitt arbeid gir jeg brukeren/pasienten nødvendig informasjon om min yrkesutøvelse, og støtter opp under brukerens rett til medvirkning og egne valg. Dersom min kompetanse ikke strekker til, plikter jeg å sørge for bistand, slik at tjenesten utføres faglig forsvarlig.
- I mitt arbeid melder jeg alltid fra til leder/ fagansvarlig, dersom jeg oppdager integritetskrenkende og uverdige forhold, og/eller faglig uforsvarlig tjenesteyting.
- I mitt arbeid overholder jeg taushetsplikten og verner om opplysninger jeg får i mitt møte med bruker/pasient.
- I mitt arbeid viser jeg respekt og omsorg for pårørende.

Vedlegg 5 Læreplan for den videregående skolen del 3 i studieretning for sosial- og helsefag-pleiefagleg utdanning videregående kurs 1 Hjelpepleier:



FORORD

Fagplanene for den videregående skolen bygger på det utviklingsarbeidet som har foregått i de ulike skoleslagene i forbindelse med overgang til lov om videregående opplæring 1. januar 1976. Utdanningen innenfor sosial- og helsefag er utviklet under lov om forsøk i skolen. Utviklingsarbeidet har vært ledet av Forsøks rådet for skoleverket i samarbeid med lærere, elever og berørte organisasjoner og departementer. Forsøket med fagplaner for grunnkurs ble avsluttet våren 1982. Rådet for videregående opplæring fikk da ansvaret for fagplanene.

Fagplanen for videregående kurs I hjelpepleier er utviklet av Forsøksrådet for skoleverket. Hjelpepleierlinja har tidligere ikke hatt godkjent fagplan, men har vært drevet etter Sosial departementets forskrifter. Forsøksplanen har vært sendt til høring til berørte parter av Rådet for videregående opplæring. Høringsresultatene er innarbeidet i planen. Rådet for videregående opplæring har tilrådd planen godkjent. Kirke- og undervisningsdepartementet har godkjent fagplanen til bruk i skolen ~~fra~~ skoleåret 1985/86.

for
Som klassestyrer

teori/undervisning 22 t pr. uke } + 1 t. administr.
praksis 23 t pr. uke }

INNHOLD

	Side
1 GENERELL INFORMASJON	4
1.1-2 Generell beskrivelse av kurset og kompetansen	4
1.3 Fag- og timefordeling	4
1.3.1 Felles allmenne fag	4
1.3.2 Studieretningsfag	5
1.3.3 Valgfag	6
2 MÅL	6
2.1 Kommentarer til målene	6
3 ARBEIDSSTOFF	7
3.1 Utvalg av arbeidsstoff	7
3.2 Emneliste	7
3.2.1 Kjernestoff	7
3.2.2 Tilvalgsstoff	11
3.3 Kommentarer til emnelista	11
4 ARBEIDSMÅTER	13
4.1 Arbeidet med faget	13
4.2 Undervisnings- og arbeidsformer og organisering av undervisningen	13
Praksis	14
Modell 1	15
Modell 2	16
Modell 3	16
4.3 Koordinering med andre fag i videregående kurs I	16
5 VURDERING	17
5.1 Eksamen	18
6 HJELPEMIDLER	18
6.1 Rombehov	19
6.2 Utstørsbehov for demonstrasjons- og øvingsenheten	19
Vedlegg 1:	Læremidler
Vedlegg 2:	Lysbildeserier, transparente, plansjer og modeller
Vedlegg 3:	Forslag til vurderingsskjema for praktisk dyktighet

HJELPEPLEIERLINJA

1 GENERELL INFORMASJON

1.1-2 Generell beskrivelse av kurset og kompetansen

Hjelpepleierlinja er et videregående kurs I i studieretning for sosial- og helsefag, og er en pleiefaglig utdanning. Kurset gir yrkeskompetanse og gir grunnlag for offentlig godkjenning som hjelpepleier. Undervisningen bygger på grunnkurs i sosial- og helsefag. Elever med annen relevant bakgrunn kan også søke om opptak. Kirke- og undervisningsdepartementet fastsetter forskrift om inntak.

1.3 Fag- og timefordeling

<u>Felles allmenne fag:</u>	Per uke	Per år
Norsk	5 t	190 t
Kroppsøving	2 t	76 t
<u>Studieretningsfag:</u>		
Yrkesteori omfatter:	8 t	304 t
- Sykepleielære		
- Etikk		
- Lover og forskrifter		
- Sykdomslære		
- Mikrobiologi/hygiene		
- Legemiddellære		
- Anatomi og fysiologi		
- Førstehjelp		
- Diettlære		
Yrkespraksis og arbeidsteknikk	17 t	646 t
Valgfag eller styrking av studieretningsfag	3 t	<u>114 t</u>
SUM		<u>1 330 t</u>

1.3.1 Felles allmenne fag

Norsk (5 t/u)

Elevene undervises etter Læreplan for den videregående skole, del 2, felles allmenne fag. Elever som har gått ettårig grunnkurs, undervises etter fagplanen i norsk for annet årstrinn.

Elever i klasser som bygger på toårig grunnkurs, kan undervises etter fagplanen i norsk for tredje årstrinn.

Kroppsøving (2 t/u):

Elevene undervises etter Læreplan for den videregående skole, del 2, felles allmenne fag.

I kroppsøvingundervisningen skal det legges vekt på arbeidsfysiologi, løfteteknikk, fysioterapi og ergoterapi. Disse kunnskapene skal følges opp i praksis slik at yrkesskader unngås. I praksisperioden skal ikke elevene ha kroppsøving på skolen, og timetallet i kroppsøving skal ikke økes i teori-blokken.

Både norskfaget og kroppsøvingfaget bør styrke studieretningsfaget i den grad det faller naturlig. Det bør være en forutsetning at faglærere og elever samarbeider om valg av lærestoff, arbeidsoppgaver og arbeidsmåter.

1.3.2 Studieretningsfag (25 t/u)

Yrkesteori (8t/u)

Yrkesteorien omfatter stoff fra sykepleie- og vernepleiefag, sykdomslære, hygiene, medikament- og diettlære og medisinsk behandling. Forebyggende helsearbeid, pleie og etikk skal ha en sentral plass i undervisningen. Førstehjelp og anatomi og fysiologi skal repeteres i den grad det er nødvendig for yrkesutøvelsen.

Yrkespraksis (17 t/u)

Yrkespraksis skal organiseres som "praksisblokker".

Ifølge Sosialdepartementets forskrifter for godkjenning av hjelpepleiere, fastsatt ved kongelig resolusjon av 10. mars 1978, med hjemmel i §§ 1,2 og 9 i lov av 14. juni 1974, nr. 47 om godkjenning m.v. av helsepersonell med endringer av 24. oktober 1980, 30. oktober 1981 og 15. juni 1982, rundskriv nr 1045/82 skal

1/3 av praksis	legges til eldreomsorg og/eller distriktshelse-
	tjenesten
1/3 " "	legges i medisinsk og/eller kirurgisk avdeling
1/3 " "	kan brukes i de nevnte institusjonene eller
	relateres til andre pasient- og klientgrupper

Praksisopplegget kan ellers variere ut fra geografiske og lokale forhold, men målet for utdanningen må være utslags-givende ved valg av praksissted.

Det er ikke mulig å angi absolutte normer for hvor mye tid en skal bruke på de enkelte emneområdene, fordi det er ønskelig å samordne undervisningen slik at elevene får en helhetlig forståelse av omsorgsfunksjonen, med hovedvekt på pleie-fagene. Ethiske holdninger til mennesker, pleie og omsorg har en sentral plass i planen, og forebyggende helsearbeid skal vektlegges.

646 t. stilling
770 t. løn

Emnelista er en opplisting av emner som skal gjennomgås i løpet av skoleåret. Rekkefølgen er ikke bindende for undervisningsopplegget. Emner kan gjerne flyttes fra ett emneområde til et annet. Den tid som brukes til behandling av de enkelte emnene må vurderes i forhold til den totale tid som står til disposisjon. Men det er imidlertid en forutsetning at en stadig har fagets mål klart for seg. Undervisningen må være tilpasset elevenes alderstrinn og bygge på deres erfaringer og kunnskaper.

1.3.3 Valgfag

Timene i valgfag vil kunne benyttes på forskjellige måter ut fra den enkelte skoles mulighet og elevenes behov. De kan for eksempel brukes til estetiske fag, styrking av studieretningsfag eller til felles allmenne fag for å bygge opp studiekompetanse. Dersom en velger å benytte valgfagtimene til styrking av praksis, vil praksistiden kunne forlenges med ca. 3 uker.

2 MÅL

Gjennom arbeidet med fagene skal elevene

- skaffe seg innsikt i pleie- og omsorgsfunksjonen
- bli i stand til å utføre grunnleggende sykepleie
- bli i stand til å aktivisere klienter med psykisk utviklingshemning
- bli i stand til å delta i forebyggende helse- og sosialarbeid
- utvikle holdninger som innebærer respekt, toleranse og aktivt engasjement
- lære å samarbeide med ulike grupper i helse- og sosialsektoren
- skaffe seg grunnlag for faglig og personlig videreutvikling

2.1 Kommentarer til målene

I tråd med skolens generelle mål (se Læreplan for den videregående skole, del 1, generell del) skal elevene tilegne seg kunnskaper, ferdigheter og holdninger av yrkesfaglig og allmenntilrettelagt karakter. Videregående kurs I skal føre fram til yrkeskompetanse som offentlig godkjent hjelpepleier (jmfør Retningslinjer for hjelpepleierens arbeidsoppgaver fra Helse- og sosialdepartementet). I sin yrkesutøvelse skal hjelpepleieren arbeide under ledelse av offentlig godkjent sykepleier, vernepleier og jordmor i og utenfor institusjoner.

Kurset skal danne grunnlag både for hjelpepleieryrket og for videre utdanning. I arbeidet med fagene skal elevene få trening både i å samarbeide og å arbeide selvstendig. De skal få øving i å pleie både akutt og kronisk syke mennesker.

Målene tar sikte på å utvikle holdninger som innebærer toleranse, likeverd, respekt og engasjement i mellommenneskelige forhold og personlig innsikt i egen utvikling.

De som velger et yrke innenfor helse- og sosialsektoren, vil møte mennesker med forskjellig sosial, kulturell og livssynsmessig bakgrunn. De vil stå overfor problemer som ofte har fysiske, psykiske og sosiale komponenter. Gjennom utdanningen må elevene få forståelse for forhold som påvirker menneskers opplevelse, atferd og livssituasjon, og for forhold som bidrar til å skape helsemessige og sosiale problemer.

Målene legger vekt på den betydning det forebyggende helsearbeidet har og det samfunnsmessige og individuelle ansvar for å oppnå en god helse i vid forstand.

Undervisningen i studieretningsfag skal gi elevene kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er nødvendige for å utøve generell sykepleie. I målene legger en betydelig vekt på å utvikle samarbeidsevner og respekt for mennesker.

3 ARBEIDSTOFF

3.1 Utvalg av arbeidsstoff

For å nå målet må en legge vekt på arbeidsstoff som setter menneskets behov psykisk, fysisk og sosialt i sentrum. En må ta utgangspunkt i elevenes forutsetninger og velge lærestoff og arbeidsmåter som setter elevene i stand til å nå utdanningens mål.

3.2 Emneliste

3.2.1 Kjernestoff

Yrkesetikk:

- taushetsplikt
- holdninger til mennesker med ulik kulturell og religiøs bakgrunn
- holdninger til mennesker med fysisk, psykisk og sosial funksjonshemning
- holdninger til klienter og pårørende
- forholdet mellom klient og pårørende og personale
- helsepersonalets reservasjonsrett
- samarbeid og konfliktløsning
- holdninger til døden
- forholdet til den døende og de pårørende
- stell av døende

Sykepleielære:

- Grunnleggende behov
- Kommunikasjon
- Kommunikasjon i forhold til personer med
 - fysisk funksjonshemning
 - psykisk funksjonshemning

- sosial funksjonshemning
- Problemløsende framgangsmåte
- Pleieplaner
- Prinsipper for evaluering
- Observasjon og pleie i forhold til:
 - fysiske behov
 - psykiske behov
 - sosiale behov
- Rapport
- + Personlig hygiene
- Funksjonsområdene til de ulike yrkesgruppene i helsetjenesten
- Hjelpepleierens arbeidsområder
- Lover og bestemmelser som angår hjelpepleiere
- De ulike institusjoner
 - oppbygning
 - rutiner
 - mottakelse
 - innleggelse
 - utskriving
- Distriktshelsetjeneste og hjemmesykepleie
- + Forebygging av og pleie ved komplikasjoner ved sengeleiet:
 - liggesår
 - blodpropp
 - lungebetennelse
 - muskelsvinn og feilstillinger i ledd
 - forstoppelse
 - urinveisinfeksjoner
 - depresjoner
 - beinskjørhet
- Aktivisering av pasienten, fysisk, psykisk og sosialt
- Hjelpe midler ved ulike typer funksjonshemning
- Fjerning av kroppens avfallsstoffer:
 - avføring
 - urin
 - svette
 - menstruasjon
 - assistanse ved brekninger og oppspytt
- Observasjon og prøvetaking
- Måling av drikke og diurese
- Preoperativ og postoperativ pleie
- Pleie av mor og det nyfødte barn
- + Pleie av spedbarnet
- Teknisk betonte oppgaver:
 - + sengeredning
 - enkel sårskifting
 - stell av liggesår
 - telle puls
 - måle blodtrykk og temperatur
 - stell av stomier
 - assistanse ved kateterisering
 - blæreskylling
 - subkutane injeksjoner
 - klyster
 - prøvetaking
 - stell av døde
 - Assistanse ved kliniske undersøkelser
- + Hygiene
 - forebygging av smittsomme sykdommer
 - patogene mikrober
 - overføring av smitte

- sykehusinfeksjoner
- tiltak ved smitte
- godkjente metoder for desinfeksjon og sterilisering
- reingjøring, desinfeksjon og sterilisering av forskjellig utstyr
- behandling av reint og sterilt utstyr
- behandling av skittent tøy
- skylleromsarbeid
- Ernæringslære og dietter
- Behovet for næringsstoffer
 - repetisjon av ernæringslæren
 - matservering (ansvarsfordeling o.a.)
 - matning av hjelpeløse pasienter
 - sondeernæring

Dietter (spesialkost)

- avmagringskost
- diabetikerkost
- fiberrik kost
- fettreduert kost
- glutenfri kost
- natriumreduert kost (skånekost)
- kolesterolsenkende kost
- proteinreduert kost
- proteinrik kost
- andre spesialdietter

Sykdomslære:

* Hjerter- og karsykdommer

- ⊗ høyt blodtrykk.
- ⊗ hjertekrampe
- ⊗ hjerteinfarkt
- ⊗ hjertesvikt

- Blodsykdommer

- ⊗ jernmangelanemi
- ⊗ pernisiøs anemi

- Sykdom i åndedrettsorganene

- ⊗ bronkitt
- ⊗ lungebetennelse
- ⊗ astma
- ⊗ lungetuberkulose

- Fordøyelsesorganenes sykdommer og stoffskiftesykdommer

- mage- og tolvfingertarmsår
- blindtarmsbetennelse
- brokk
- gallestein
- galleblærebetennelse
- leverbetennelse
- sukkersyke

*med litt kort anatomi
med vesker.*

- Urinorganenes sykdommer

- ⊗ blærekatarr
- ⊗ nyrebekkenbetennelse
- ⊗ nyrestein
- ⊗ forstørret blærehalskjertel

- Skjelett- og muskelsykdommer

- brudd
- leddgikt
- forkalkninger
- amputasjoner

- Nervesystemets sykdommer
 - hjernerystelse
 - hjerneslag^x
 - senil demens
 - Parkinsons sykdom
- Gynekologiske sykdommer
 - egglederbetennelse
- Svulster
 - godartede
 - ondartede (spesielt om kreft trekkes inn i sykdoms- og sykepleierlæren)
- Forskjellige atferdsvansker og psykiske og/eller sosiale problemer
 - stress
 - kriser
 - psykosomatiske reaksjoner
 - nevroser og psykoser
 - psykisk utviklingshemning
- Pleie i forhold til mennesker med
 - angst
 - tvangsfølelser og tvangshandlinger
 - oppstemthet og uro
 - nedstemthet og depresjoner
 - sansebedrag (hallusinasjoner)
 - vrangforestillinger
 - tilbaketrekning (autisme)
 - ambivalens
 - tankeforstyrrelser
 - følelsesforstyrrelser
 - karakteravvik
 - senilitet
 - selvmordstanker og selvmordsforsøk¹
- Behandlingsmuligheter for psykisk utviklingshemmede og psykiatriske klienter
 - i institusjon
 - i hjemmemiljøet
 - tilpasning av miljøet for mennesker med atferdsvansker
 - integrasjon i samfunnet
 - det sosiale hjelpeapparat
- Forvern og ettervern
- Lov om psykisk helsevern

10 t. ?
10-12 t (1991)

Estimer

Legemiddellære:

- generelle regler for oppbevaring og utdeling av legemidler
- legemidelformer
- de vanligste legemiddelgrupper
- generelt om legemiddelvirkinger og bivirkninger
- legemiddelforskrifter og vernetiltak

10 t.

Løfteteknikk og arbeidsstillinger

Førstehjelp (repetisjon):

- prinsipper for førstehjelp
- riktig opptreden ved ulykker
- sjokk
- besvimelse
- bevisstløshet
- solstikk
- hjernerystelse
- forgiftninger

+ 2 t.
Bør legges

- forfrysninger
- forbrenninger
- kvelning, drukning og fremmedlegemer

3.2.2 Tilvalgsstoff

- Fordypning i kjernestoffet
- Fordypning i følgende pleiefag:
 - spedbarnspleie og barselpleie
 - akutt syke, somatisk og psykiatrisk
 - kronisk syke, somatisk og psykiatrisk
 - primær helsetjeneste
- Miljøarbeid i forhold til psykisk utviklingshemmede
- Aktivitetslære, aktivitetsmateriale og fritidsaktiviteter
- Aktuelle lover og utredninger om helse- og sosialspørsmål

3.3 Kommentarer til emnelista

Emnelista er veiledende. Den omfatter ulike fagområder og er ment som et grunnlag for utdanning av offentlig godkjente hjelpepleiere med en relativt bred yrkesfunksjon. Rekkefølgen og nivået bør ha en progresjon som står i forhold til hjelpepleierfunksjonen og de pedagogiske hensyn læreren må ta underveis.

Når en gjennomgår emnelista, er det viktig å ta utgangspunkt i

- elevenes forutsetninger med hensyn til hvor godt forberedt de er gjennom grunnkurset
- hva elevene skal gjøre i yrkesutøvelsen
- hvilke holdninger og praktiske ferdigheter de trenger for å kunne utøve disse yrkesfunksjonene
- hvilke teoretiske kunnskaper de trenger for å forstå og finne mening i både opplærings- og yrkessituasjonen

Emnelista skiller mellom kjernestoff og tilvalgsstoff. Under kjernestoffet er det valgt emner og emneområder som må gjennomgås for at elevene skal kunne forstå og utføre hjelpepleierfunksjonen. Alle elever skal i tillegg lese noe tilvalgsstoff. Lærere og elever bør i samarbeid velge emner som de ønsker å fordype seg i ut fra egne behov og lokale muligheter. En bør ta sikte på å fordype seg i emner som er listet opp under kjernestoff, framfor å ta opp mange nye emner. Praksis og eventuelle ekskursjoner vil dels kunne være kjernestoff og dels tilvalgsstoff.

Emnelista er fagdelt. I undervisningen må en tilstrebe en integrert og problemorientert undervisning, og klientens situasjon må stå sentralt. Med integrert undervisning menes en direkte sammenbinding av stoffelementer fra ulike fag til en tverrfaglig organisert enhet.

I undervisningen er det vesentlig å ta utgangspunkt i hjelpepleierens yrkesfunksjon og knytte ferdigheter, holdninger og kunnskaper til den. De tradisjonelle medisinske emnene bør kunne trekkes inn i den grad det er nødvendig for å belyse klientenes ulike pleiebehov.

Generell sykepleie bør stå sentralt i alle sammenhenger og være utgangspunkt for gjennomgåelsen av stoffet. Pleiebegrepet skal ses i et så vidt perspektiv som mulig og settes i sammenheng med menneskets fysiske, psykiske og sosiale behov. Kunnskaper om og ferdigheter i generell sykepleie bør baseres på fagene anatomi og fysiologi, medisin, hygiene, psykologi og lignende. For at hjelpepleieren skal kunne gi en forsvarlig pleie, skal en gjennom skoleåret trekke inn emner som gir forståelse for hjelpepleierens daglige oppgaver. Hovedvekten av undervisningen bør derfor legges på pleiefaget. Emneområdene innefor patologi bør betraktes som støttefag og trekkes inn i undervisningen i den grad det er nødvendig å belyse hensikten med de ulike pleietiltakene.

Det forebyggende helsearbeidet og samfunnets og individets ansvar for å bekjempe sykdommer bør trekkes naturlig inn i sammenheng med emneområdene innenfor hjerte- og karlidelser, kjønns sykdommer og så videre.

Økning av psykiske lidelser bør blant annet ses i sammenheng med samfunnets strukturelle oppbygning, urbanisering og utvikling av teknologi. Grunnprinsipper i behandling av psykiske lidelser bør gjennomgås, og det bør gis eksempler fra praktisk erfaring dersom det er mulig.

Selv om en i den generelle pleiedelen skal undervise i klienters psykiske og sosiale behov i forbindelse med de forskjellige emneområder, skal en også gi separate timer i spesielle pleiebehov ved psykiske lidelser, som angst, depresjoner og lignende. Dette skal gjøres fordi elevene i et visst tidsrom skal konsentrere oppmerksomheten om psykiske lidelser som et individuelt problem, et nærmiljøproblem og et samfunnsproblem og få kjennskap til noen måter å forebygge og behandle psykiske og sosiale lidelser på.

Psykisk utviklingshemning og prinsipper ved behandling ved slike tilstander skal gjennomgås grundig. De nyere behandlingsmetodene med optimal aktivisering av klientene bør stå sentralt.

Etiske synspunkter skal knyttes til alle pleiefaglige aspekter og belyses fra flest mulige sider. Det er viktig at en drøfter pleiepersonalets etiske holdninger i forhold til klientens behov. Etiske problemstillinger skal også tas opp i separate timer og prosjekter.

I emnelista har en bevisst ikke skilt ut de eldres sykdommer, for de inngår naturlig i den alminnelige sykdoms- og sykepleielæren.

Førstehjelpsundervisningen er en nødvendig del av hjelpepleierens utdanning, og kunnskapene må stadig repeteres gjennom praktiske øvinger.

4 ARBEIDSMÅTER

4.1 Arbeidet med faget

Av målformuleringen går det fram at videregående kurs I skal føre fram til yrkeskompetanse og gir grunnlag for offentlig godkjenning som hjelpepleier. Elevene skal skaffe seg kunnskaper i de emner som gjennomgås, og få en realistisk innsikt i de gjøremål denne yrkeskategorien skal utføre, og forståelse og interesse for arbeidet. Skal dette lykkes, må undervisningen bli mest mulig tilrettelagt for praktiske oppgaver, og de må være i samsvar med det daglige arbeidet en hjelpepleier skal utføre. Det er viktig at de forskjellige fag- og emneområdene ikke ses isolert, men blir knyttet til hverandre. Det bør arrangeres studiebesøk til institusjoner som ikke inngår i elevenes praksis, men som er av betydning for å gi dem et helhetlig syn på omsorgsbegrepet.

Ved skolestart bør elevene få en oversikt over fagets mål og innhold. Læreren skal også skaffe seg oversikt over elevenes kunnskaper og ferdigheter. Med dette som utgangspunkt skal de sammen legge opp en plan for hvordan de skal gjennomføre undervisningsopplegget. Læreren må sørge for en progresjon i stoffet.

4.2 Undervisnings- og arbeidsformer og organisering av undervisningen

Elevene skal gjennom videregående kurs I forberedes til sin yrkesfunksjon. Lærestoffet skal behandles slik at det utvikler god observasjonsevne, helhetlig syn på pasient- og klientbehandling, og målet skal være omsorgen for hele mennesket. Det bør være en klar sammenheng mellom det lærestoffet som behandles i skolen, og de oppgavene elevene skal løse ute i praksis. Det er en fordel at elevene får anledning til å fordype seg i spesielle områder av fagstoffet over visse tidsperioder, slik at både spesiell innsikt og ferdigheter får anledning til å feste seg. Emneundervisning skal tilstrebes, og etiske aspekter skal drøftes i forbindelse med de enkelte emnene.

Det er viktig at elevene utvikler evnen til kommunikasjon og samarbeid, og at de får muligheter til å bearbeide egne følelser. Prosjekter, rollespill, gruppe- og case-oppgaver vil være egnede arbeidsformer.

Undervisningen skal legges opp slik at elevene har mulighet til å bygge på de enkle, grunnleggende kunnskaper og ferdigheter. Utgangspunktet kan være de grunnleggende menneskelige behov for mat, drikke, varme, søvn og lignende. Forståelse for disse behovene og deres innbyrdes avhengighet skal elevene ha fått kunnskaper om gjennom grunnkurset. Læreren kan dermed ta utgangspunkt i tilstander og situasjoner hvor behovene ikke er tilfredsstilt. Dette kan for eksempel knyttes til en tenkt situasjon, case, hvor eleven sammen med læreren analyserer situasjonen og finner fram til pleietiltak.

De erfaringene eleven gjør om menneskets atferd i praktiske læresituasjoner, kan tas opp til drøfting i skolen, hvor en generelt tar for seg menneskelig atferd og holdninger. Rollespill der elevene går inn i rollene som klient og pasient og hjelpepleier, kan også bidra til å belyse hvordan mennesker reagerer. I slike øvelser er det viktig at elevene blir seg bevisst sine egne holdninger og sin atferd. Elevenes egen utvikling er vesentlig for hvordan de vil fungere som yrkesutøvere.

Elevene bør også få arbeide en del i grupper. Gruppearbeidet bør legges opp slik at elevene sammen løser oppgaver, finner fram til pleiebehov og tiltak ut fra en gitt situasjon. Det vil også være nødvendig å legge opp til gruppearbeid hvor selve prosessen, gruppedynamikken, bør være det sentrale. Dette kan være et ledd i elevenes forberedelse til arbeid i en gruppe hvor gruppemedlemmene øver opp evnen til å samarbeide om ulike oppgaver.

Tekniske oppgaver bør innlæres ved gjentatte øvelser inntil elevene mestrer dem.

Klientenes og pasientenes muligheter til egenomsorg skal stå sentralt i arbeidet med faget. Erfaringene i det praktiske arbeidet skal tjene som grunnlag for å bevisstgjøre elevenes egne holdninger til klienter og pasienter og til hjelpepleieryrket.

På de fleste praksissteder vil elevenes møte klienter med psykiske problemer som gir seg utslag i forskjellige symptomer og atferdsmønstre. Det er viktig at elevene både på skolen og på praksisstedene får trening i å møte disse klientenes behov, og får forståelse for noen av de mekanismer som styrer de ulike typer atferd.

En forsøker i størst mulig utstrekning å integrere mennesker med psykisk utviklingshemning i samfunnet. Hjelpepleieren vil møte de problemene disse klientene har, i sitt arbeid, og utdanningen må ta sikte på styrke vern og omsorg for denne klientgruppen.

Praksis

Praksis er en vesentlig del av opplæringen. All praksis må være veiledet. Det er nødvendig at teori og praksis veksler gjennom hele skoleåret. Det anses som en fordel at den samme faglæreren har undervisning både i skolen og på praksis-institusjonene.

Praksis bør organiseres som praksisblokker med en skoledag i uka eller som rene praksisblokker. Eleven skal ha både institusjonspraksis og praksis i distriktshelsetjeneste. Når en velger egnede praksissteder, skal en ta utgangspunkt i målet med opplæringen og de lokale muligheter. Det kan for eksempel gjøres ved at skolens faglærere vurderer de enkelte praksisstedene. Skolens yrkesutvalg for sosial- og helsefag skal godkjenne praksisstedene. En må sørge for at elevene får praksis som står i forhold til yrkesfunksjonen. For å sikre

en viss kontinuitet, variasjon og trygghet i yrkesfunksjonen skal elevene ha minimum to, maksimum tre praksissteder. Eleven skal ha minst 1/3 av tida i akutt somatisk avdeling, 1/3 i sykehjem og/eller distriktshelsetjenesten. Omtrent 1/3 av praksistida brukes til praksis i en institusjon for psykisk utviklingshemmede, psykiatriske institusjoner, hjem for fysisk funksjonshemmede og lignende. Nedenfor skisseres aktuelle praksissteder for elevene:

- akutt somatisk sykehus
- somatisk sykehjem
- psykiatrisk sykehus og sykehjem
- distriktshelsetjenesten
- hjem eller institusjon for psykisk utviklingshemmede
- hjem eller institusjon for fysisk utviklingshemmede

Praksis bør legges til institusjoner med tilfredsstillende bemanning, slik at elevene kan bli veiledet av offentlig godkjent sykepleier, vernepleier eller hjelpepleier på stedet.

Elevene må få varierte arbeidsoppgaver i tråd med målene for utdanningen.

Faglæreren i skolen skal ha det faglig/pedagogiske ansvar for praktisk opplæring.

I praksistida bør elevene ha en seinvakt per uke. Elevene bør ikke ha mer enn en helgevakt og to nattevakter på hvert praksissted. Skolen har ansvar for å sette opp elevenes vakter sammen med praksisstedets sykepleierledelse.

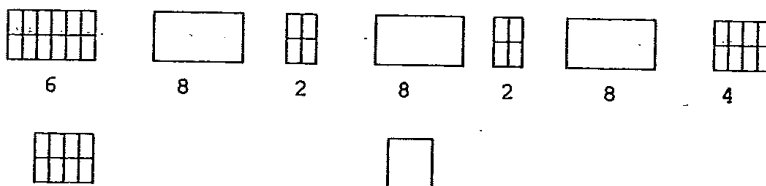
For å unngå opphoping av elever i visse tidsperioder bør skolen samarbeide med andre utdanningsinstitusjoner som har elever på samme avdeling.

I tillegg til praksisblokker skal det arrangeres studiebesøk og ekskursjoner til aktuelle institusjoner og bedrifter.

Ulike eksempler på organisering av praksisblokker:

Modell 1

Antall uker:



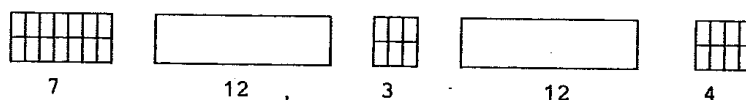
Teori og praksis-
blokker, i
skolen

Praksis i arbeids-
livet med en skole-
dag per uke

Denne modellen har en skoledag per praksisuke. I sammenheng med jule-, vinter- og påskeferie må en kunne forlenge eller avkorte leseblokkene, slik at praksisperioden blir sammenhengende.

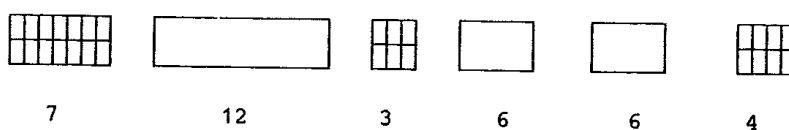
Etter denne modellen er det hensiktsmessig å starte opplæringen med en seks ukers praktisk/teoretisk innføringsblokk. Hovedvekten av undervisningen i yrkesteori legges på de grunnleggende prinsipper i sykepleien. I denne perioden må undervisningen i felles allmenne fag intensiveres, siden det må gis begrenset undervisning i dem når elevene holder på med praksisblokken. Det meste av yrkesteorien og de felles allmenne fag vil naturlig måtte legges til blokkene i skolen, og til den skoledagen som er lagt til praksisblokkene.

Modell 2



Denne modellen har også en skoledag per uke i praksisperioden. Etter denne modellen tenkes praksis lagt til to forskjellige steder. To uker av praksis nyttes til praktiske øvinger i skolen, eventuelt til utplassering.

Modell 3



Denne modellen tilsvarer den forrige, men her er praksis lagt til tre ulike steder. På ett av stedene er elevene tolv uker, mens de får seks ukers praksis på to steder. Halve klassen vil få praksis slik modellen viser, mens resten får seks-ukersperiodene først. Dette er nødvendig for å få til en rullerende plan.

Andre måter å organisere skoleåret på kan være aktuelle, men prinsipper om sammenhengende praksis bør være veiledende for planleggingen.

4.3 Koordinering med andre fag i videregående kurs I

Norsk

Det er viktig at elevene i videregående kurs I får god øving i muntlig og skriftlig bruk av språket. Norsklæreren og faglæreren samarbeider om oppgaver for rapporter, referater, intervjuer, pleieberetninger, pleieplaner, utfylling av enkle skjemaer og lignende.

Kroppsøving

Faget kroppsøving bør tilpasses studieretningens mål. Det er en fordel å legge inn en del aktiviteter som kan sette elevene i stand til å bidra til fysisk aktivisering av andre mennesker. Elevene bør hjelpes til å forstå sammenhengen mellom fysisk og psykisk aktivitet, velvære og sunnhet. I praksisperioden skal elevene ikke ha kroppsøving i skolen, men timene kompenseres med ulike praktiske aktiviteter på praksisstedene. Elevene bør få innføring i fysioterapi, slik at de forstår hensikten med og kan delta i aktivisering av pasientene og klientene. Elevene bør få innføring i enkel arbeidsfysiologi og praktiske øvelser som for eksempel sittestillinger, arbeidsstillinger og løfteteknikk, slik at de kan anvende kunnskapene i arbeidet sitt.

Valgfag

Timene i valgfag vil kunne benyttes på forskjellige måter ut fra den enkelte skoles mulighet og elevenes behov. De kan for eksempel brukes til estetiske fag, styrking av studieretningsfag eller til felles allmenne fag for å bygge opp studiekompetanse. Dersom en velger å benytte valgfagtimene til styrking av praksis, vil praksistiden kunne forlenges med ca. tre uker.

5 VURDERING

De generelle retningslinjer for vurdering og karaktersetting er gitt i læreplanens del 1, kapittel 8 og i regler om karakterer, eksamen og vitnemål m.v. i den videregående skolen fastsatt i egne forskrifter av Kirke- og undervisningsdepartementet.

Vurdering er et videre begrep enn karaktersetting. Vurderingen skal omfatte elevens totale utvikling og framgang både på skolen og på praksisstedene. Skolens mål er utgangspunktet ved vurdering av undervisningen og resultatene. Det er en forutsetning for en korrekt vurdering at den som vurderer har klart for seg skolens mål i hele dets bredde.

Vurderingen bør rettes mot alle de sider av elevens utvikling som skal fremmes ifølge skolens mål. Den skal gi eleven en realistisk oppfatning av seg selv og sin utvikling. Vurderingen skal virke motiverende på elevens vilje til å utvikle sine evner og utvide sine kunnskaper. En må ha klart for seg sammenhengen mellom vurderingens form og vurderingens formål. Ved vurderingen skal en ta hensyn til elevens jevne arbeid på egen hånd og i ulike former for arbeidsfellesskap, og den skal omfatte elevens faglige dyktighet, ansvarsfølelse og evne til å se helheten i arbeidet.

Eleven skal ha en standpunkt karakter i yrkesteori og en standpunkt karakter i praksis. Standpunkt karakterene skal settes i klasselærerråd på bakgrunn av elevens samlede prestasjoner gjennom skoleåret, og de skal være uttrykk for elevens totale innsikt i fagområdet. Utgangspunktet skal være

skriftlige og muntlige besvarelser, elevrapporter, prosjekter, praktiske ferdigheter og interesse for faget.

Terminkarakter og standpunktkarakter i praktisk dyktighet settes av faglærer(e) på bakgrunn av elevens samlede prestasjoner i løpet av terminen og skoleåret.

I både yrkesteori og praksis benyttes karakterskalaen fra 0-6.

5.1 Eksamen

Alle elevene avlegger en 5 timers skriftlig lokalt gitt eksamen i yrkesteori. Eksamensoppgavene bør ta utgangspunkt i klientens og pasientens pleiebehov. Støttefagene trekkes inn i den grad de er nødvendige for å belyse og imøtekomme klientens eller pasientens pleiebehov. Oppgavene bør lages slik at elevene også må nytte kunnskaper fra praksis for å løse dem.

Det bør i løpet av skoleåret holdes noen prøver som er slik utformet av de viser hvordan eksamen vil arte seg.

Ved eksamen benyttes karakterskalaen fra 0-6.

Sosialdepartementets forskrifter for godkjenning av hjelpepleiere (rundskriv 1045/82) uttrykker at:

"Utdanningen er fullført når:

1. alle prøver/eksamener er vurdert til bestått, det vil si karakteren to eller bedre
2. fravær utover 10 % av den totale undervisning er tatt igjen"

6 HJELPEMIDLER

De hjelpemidler som benyttes, skal bidra til å realisere de mål som er satt opp for faget.

Undervisningen i teoretiske fag bør foregå i teorirom hvor størrelsen er avpasset etter antall elever, og hvor de nødvendige hjelpemidler er tilgjengelige, for eksempel skjelett, plansjer, torso med hode, AV-utstyr (skriftprosjektor, filmapparat, lysbildeapparat).

Den praktiske delen av undervisningen bør foregå i fagrom som er innredet med sengeenheter, skylleromsseksjon og sykepleieutstyr, slik at elevene kan få praktisk trening. Antall sengeenheter bør tilpasses elevtallet (en sengeenhet per tre elever).

Undervisningen vil vanligvis være knyttet til lærebøker. Elevene bør få råd om hvordan disse kan brukes for å fylle intensjonene i fagplanen. I tillegg til lærebøkene skal elever og lærere ha et godt utvalg i klassesett og enkeltbind av fag litteratur, og dessuten aktuelle tidsskrifter og oppslagsverk.

6.1 Rombehev

Skal den praktiske delen av undervisningen bli god og effektiv, må en ha en tilfredsstillende demonstrasjons- og øvingsenhet til disposisjon. Dette er nødvendig, for læresituasjonen i skolene bør være så nær opptil det praktiske liv som mulig, slik at overføring av læring vil falle naturlig for elevene.

Når en skisserer antall kvadratmeter per enhet, er det for å gi en ramme for den totale arealberegningen. Innredningen av enheten hvor den praktiske undervisningen skal foregå, kan med fordel bygges som landskap med flyttbare vegger, skyvedør og så videre. Det vil gi læreren bedre mulighet til å ha oversikt over elevenes aktiviteter.

Demonstrasjonsrom:

Rombehevet er regnet ut fra et elevtall på 12. Rommet bør være 7 x 8 m og ha plass til fire sengeenheter. Med sengeenheter menes en seng med nattbord.

I tillegg til demonstrasjonsrom bør en ha

- kjøkkenseksjon
- barnestellseksjon
- eget skap i demonstrasjonsrom til oppbevaring av reint tøy
- et lite rom eller skap med hyller til oppbevaring av forskjellig utstyr og hjelpemidler
- bøtteskap (her skal alle reingjøringsartikler være tilgjengelige)

6.2 Utstysrbehov for demonstrasjons- og øvingsenheten

Utstyr til sengeseksjon:

Hydraulisk hjerteseng	1
Seng med hjertebrett	3
Sengeenhet tilnærmet den en kan finne i hjemmesykepleien	1
Klosser (til senga)	4
Nattbord	4
Arbeidsstol	4
Tøytralle	4
Skittentøytralle	4
Skjermbrett	4
Lenestol	1
Bord	1
Arbeidsbord	1
Rustfritt fat - stort	4
Rustfritt fat - lite	4
Spyttekrus	4
Tannglass	4
Fotbrett	4
Sparkekaske	4
Sengehest	2
Stellekopp	4
Dostol med lokk	1

Søsterhjelp	2
Sengebøyle	1
Aktiviseringsstige	2
Madrass	4
Madrasstrek	4
Dyne	4
Pute, stor	18
Pute, liten	8
Morgenkåpe	4
Stellefrakk	12
Ullteppe og bomullsteppe	8
Lufteteppe	4
Sengebånd	10
Pasientskjorte	40
Stort putevar	40
Lite putevar	30
Stikklaken	80
Overlaken	40
Underlaken	40
Dynetrekk	20
Serviett	20
Oppvaskhåndkle	20
Håndkle, frotté	100
Klut, frotté	100
Trekk til varmepose	4
Trekk til luftring	4

Ekstraustyr til seng:

Vannpute	1
Luftring med pumpe	2
Varmepose	4
Syntetisk skinn	4
Skumgummiplate	4
Gelépute	2
Rispute	2
Diverse leiekorrigerende puter	
Urinposestativ	4
Intravenøsstativ, flyttbart	1
Hårvaskestativ til seng	1
Føner	1
Krølltang	1
Hårruller	

Utstyr til barnestell:

Barneseng	2
Barnepute	2
Barnemadrass	2
Barnedyne	2
Babydokke	2
Barnelaken	4
Barnedynetrekk	4
Barneputevar	4
Sett: trøyer, bleier, kluter, sparkebukser	8
Håndkle til baby	4
Barnevekt med skål	1
Flaske med smokk	4
Litermål	1
Badetermometer	2
Badebalje	2

Stellebord	1
Stellemadrass	1
Utstyr til skyllerom:	
Langkost	2
Kokeplate	1
Veggspeil og håndspeil	2
Bøtte	4
Bekken	8
Stikkbekken	4
Urinflaske	4
Klysterkanne med slange	4
Literkanne, rustfritt stål	4
Brett, rustfritt	6
Blomsterglass	6
Uringlass	6
Pussbekken	20
Plastmugge	4
Kjele, 30 liter	4
Kjele, 1 liter	1
Termometer	12
Skureklut	4
Såpeautomat	2
Holder for papirhåndklær	2
Papirkurv	2
Flaskekost	2
Oppvaskkost	2
Sett: Utstyr til stell av føtter	4
Utstyr til skifting:	
Skiftebord	1
Bandasjeboks	2
Korntang med beholder	2
Arteriepinnsett	12
Kirurgisk pinnsett	12
Saks - forskjellige størrelser	10
Bandasjesaks	2
Fingørskinne for tubegas	2
Diverse utstyr til bandasjering	
Blæresprøyte, 50 ml	2
Skiftéboller - forskjellige størrelser	20
Skinner, forskjellige typer	
Sandsekker, forskjellige størrelser	4
Blodtrykksapparat	6
Stetoskop	6
Medisinskop	1
Mikroskop	2
Utstyr til sprøytesetting	
Utstyr til blæreskylling	
Utstyr til kateterisering	
Utstyr til aspirering	
Utstyr til kjøkkenseksjon:	
Hybelkomfyr	
Oppvaskbenk	
Skap og skuffer	
Kopper, skåler, asjetter	18
Flate og dype tallerkener	8

Tutekopp	4
Melkeglass	12
Spiseskje	12
Teskje	18
Kniv	8
Gaffel	8
Forskjærkniv	3
Serveringsbrett	6
Serveringsbestikk, ulike typer	
Kjeler, ulike typer	
Boller, ulike typer	
Serveringsfat	2
Duk	4
Utstyr til reinhold - desinfeksjon	
Utstyr til bruk ved ulike typer funksjonshemning	
Diverse engangsmateriell	
Anne-dokke	
Demonstrasjonsdokke	
Førstehjelpskoffert	

Litteraturliste for videregående kurs I Hjelpepleie 1983

Forslag til lærebøker for elevene:

Aschehoug og Norsk hjelpepleierforbunds lærebokserie:

Sykepleielære I og II
Hygiene
Kost- og diettlære
førstehjelp
Sykdomslære (kommer 1982/83)

Eller:

Munksgaardserien:

Lærebøker for elever i hjelpepleierskolen:

Sundhetssykepleje I + II
Medisinsk "
Kirurgisk "
Mikrobiologi/hygiene
De eldre

E. Dietrich og P. Hurlen: Kroppen vår - en innføring i
anatomi/fysiologi,
Universitetsforlaget

eller

Bølstad, Kylstad-Hansen, Lund: Anatomi/fysiologi, Tanum-Norli

H.J. Stang: Psykiatri, Gyldendal

I. Hummelbold: Innsikt, En kilde til liv, Tanum 1980

J.F. Christensen, F. Pettersen: Hefter i en serie: Tema:
Observering og rapportering,
Samarbeid, Aktivisering,
(Spesielt egnet i
undervisningen i vernepleiefag)

Elevbibliotek, lærerbibliotek og gruppe- og klassesett:

Munksgaardserien for elever i sykepleierskolen
Norsk hjelpepleierforbunds temahefter
Lover og forskrifter for hjelpepleiere

O. Bøe	Førstehjelp	Universitetsforlaget
Åbyholm, Skulberg, Kvalstadsteien og Kvalum	Førstehjelp	" (81)
I. Løkengård	Psykiatrisk syke- pleie	"
Jacob og Francone	Anatomi og fysiologi	"
P. Mitchell	Grunnleggende syke- pleie I og II	"
A. Schreiner	Anatomi og fysiologi	Cappelen
W. Feldmann	Hospitalpsykologi	Munksgaard
Kübler, E. Ross	Når livet ebber ut Håndbok for syke- plejersker	Gyldendal Forl. for faglitteratur
C. Blomquist	Psykiatri	Cappelen
I. Hummelvold	Innsikt - En kilde til liv	Tanum
Berthelsen, Illeris, Paulsen	Prosjektarbeide	Borgen
E. Kringelen	Psykiatri Hjelpepleieryret, Bd. 2	Universitetsforlaget Aschehoug
H.J. Stang	Psykiatri	Gyldendal
K. Ericsson	Den tvetydige omsorgen	Universitetsforlaget
Bj. Rafaelsen	Psykofarmakologisk kompend.	Munksgaard
B. Sundin	Individ Institusjon Ideologi	Fakkell
Bo Signell	Gruppebehandling, teori og praksis	Sosialped. bibl.
Gøtestam	Psykiatriske lidelser hos eldre	Tanum
Tom Bergan	Microbiologi, syke- hushygiene og vaksinasjon	Universitetsforlaget
J. Jervel, Sørby, Roald og Aagenes	Diabetes hos barn og unge	"

R. Hanoa	Veiledning i sosialmedisin	Gyldendal
T. Bergan	Barn på sykehus Medisinsk årbok	Tanum Medisinsk forlag

Aktuelle bøker for undervisning i vernepleie:

Larsen, Selnes	Alle barn kan tegne Min hobby (14 hefter)	A/S Hjemmets bokforl.
Axeheim, Liljeroth	Barn på sykehus	
V. Bunkholdt	Barn i andre land	
R.H. Pedersen	Barnets psykologi	
T. Bergmann	Barn med hjerneskader	
J. Clevin	Innledning til barnepsykiatrien	
Piaget	Barnemishandling	
E. Seigel	Barnet Boken om svangerskap/fødsel	
Hj. Wergeland	Drama lek	
R.S. Kempe, C.H. Kempe	Diabetes hos barn og unge	
S. Goodman	Du og ditt barn	
Henriksen, Kristiansen	Epilepsi	
STUI	En sosial kulturpolitikk	
STUI	Helsesport	
B. Sætersdal	Innvandrerne og barna deres	
I. Berenth	Institutionsbørn og hjemmebørn	
B. Tungodden, J.W. Eide	Integrering av funksjonshemmede i grunnskolen	
P.P. Heinemann	Mobbing	
P.A. Jensen	Når legen blir pasient	

G. Grøslund	Rettigheter for funksjonshemmede
Grunevald	Psykisk utviklingsstørda
Bo Svedberg	Velse Tobias vår
N. Mac	Åndssvake børn
E. Balke	Barnehagen
Vedl. til Mønsterplanen	Undervisning av elever med utviklingshemming

Tidsskrifter:

Sykepleien
Hjelpepleieren
Sinnets helse
Forbrukerrapporten
Vernepleieren

Aktuelle stortingsmeldinger og innstillinger om sosial- og helsespørsmål

Andre
læremidler

Læremiddeltypen	Kode nr.	Firma	Adresse	Tlf.nr.
Skjellett - hel figur Torso - med hode	Sam 59	Fabritius handelshus " "	Brovekkv. 80, Oslo 5 " "	02/220354 " "
Annedukke (ny type)	11000	Åsm. Lærdal papir og plast-industri	4000 Stavanger	045/34060
Plansjer: Øyet og synseveven Øret og hørselsevnen Åndedrettsorganene Musklene, forside Blodomløpet	625-954 625-962 625-996 625-905 625-921	Fabritius handelshus	Brobekkv. 80, Oslo 5	02/220354
Männlige kjønnsorganer Kvinnelige kjønnsorganer	626-358	Fabritius handelshus	Brobekkv. 80, Oslo 5	02/220354
Stoffveksel - væskeutsondring		Pedagogisk forlag		
Førstehjelps-utstyr Sårattrapper o.a.	10000	Åsm. Lærdal papir og plast-industri	4000 Stavanger	045/34060

Lysbildeserier, transparenter, plansjer og modeller

Lysbildeserier og transparenter

Tittel	Kode nr.	Emneområde	Firma, adresser	Tlf.nr.
Du och ditt arbete	340	Arbeidsfysiologi	Sol-Film, 10533 Stockholm	
Impulsserien - dias: 1 Sjukhuset, en främmande miljö 2 Anpassning til det nya 3 Mer 4 Frågor 5 Människor emellan 6 Ovissheten är värst		Psykologi - etikkk o.l.	Hermods - Svenska Landstingsförbundet v/forlaget Tanum-Norli A/S, Kr. Augusts g 7 A, Oslo 1	02/110260
Bakterier - Sykehusinfeksjoner - lysbilder		Hygiene	A/S Saba Oslo, Økern torgvei 9, Oslo 5	02/2290 10 Hovedktr. Tønsberg: 033/24354
Førstehjelp, forskjellige situasjoner - lysbilder		Førstehjelp	Åsmund Lærdal papir og plastindustri, 4000 Stavanger	045/34060
Skriftprojektorboken "Menneskekroppen II" 43 transparenter		Anatomi og fysiologi	Nord-Video, Akersg 8, Oslo 1	02/200710
Skriftprojektorboken "Familienplanlegging"		Familieplanlegging Seksualkunnskap	— " —	— " —
Skriftprojektorboken "Seksualkunnskap"		— " —	— " —	— " —

Forslag til
 VURDERINGSSKJEMA FOR PRAKTISK DYKTIGHET

.....

 Hjelpepleierelev
 har vært i fra til

	6	5	4	3	2	1	0
1 Omsorg for pasienten eller klienten							
2 Planlegging av arbeidet							
3 Utførelse av arbeidet							
4 Observasjon							
5 Rapport							
6 Overholder de hygieniske forskrifter							
7 Samarbeid med personalet							
<hr/>							

Merknader:

Elevens underskrift

Lærerens underskrift

Kontaktpersonens underskrift

Avdelingens stempel

Fravær:

FILMER

Filmtittel	Kode nr	Emneområde	Firma, adresse	Tlf.nr.
Hjertets arbeid 1975 19 min.	SLF 10237	Anatomi og fysiologi	Landbrukets film- og billedkontor, Boks 3636 Gamlebyen, Oslo 1	02/674882
Fordøyelses- systemet 1975 17 min.	SLF 10238	Anatomi og fysiologi	— " — Be om katalog	— " —
"Barnet" I og II		Foster- utvikling, graviditet, fødsel	Statens filmsentral, Schwensensg. 6, Oslo 1	02/602090
"Kjønns syk- dommer"	616. 95.Kj	Symptomer, smitte	— " —	— " —
New Pulse of Life 28 min.		Fødselshjelp	Åsmund Lærdal papir og plastindustri, 4000 Stavanger	045/34060
Brannvernfilm				
Livreddende førstehjelp	614. 88.Li	Førstehjelp	Statens filmsentral, Schwensensg. 6, Oslo 1	02/602090
Jeg vil, en film om strupekreft	616. 22.Je	Strupekreft	— " —	— " —
Dine lunger, ditt ansvar	616. 24.Di	Røyking, hoste, lungeplager ved røyking	— " —	— " —
Til siste drag	616. 86.TI	Røyking og lungekreft	— " —	— " —