

MASTER I YRKESPEDAGOGIKK

Vår 2015

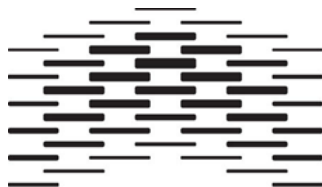
Master thesis in vocational pedagogy

«Hva kjennetegner yrkeskompetansen til helsefagarbeideren i Norge?»

Torill Nilsen

Fakultet for lærerutdanning og internasjonale studier

Institutt for yrkesfaglærerutdanning



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Innhold

Sammenheng.....	4
Summary	6
1 Innledning.....	9
1.1 Presentasjon av tema	9
1.2 Fremtidig behov for helsefagarbeidere.....	11
1.3 Antall helsefagarbeidere	11
1.4 Bakgrunn for valg av tema og problemformulering.....	12
1.5 Utdyping av problemstilling og formål	14
1.6 Klargjøring av noen sentrale begrep.....	15
1.7 Metodevalg	16
1.8 Oppgavens oppbygging	17
2 Dannelsen til Helsearbeiderfaget	17
2.1 Et historisk tilbakeblikk på opplæringen til hjelpepleierfaget.....	18
2.1.1 Arbeidsområde og arbeidsoppgaver.....	20
2.1.2 Interesseorganisering og identitetsbygging	21
2.2 Aksjon helsefagarbeider	22
2.3 Hvordan er fagopplæringen i Norge organisert	23
2.3.1 Hvilke lover regulerer fagopplæringen?.....	24
2.4 Opplæringen til helsearbeiderfaget.....	25
3 Et teoretisk perspektiv på yrkeskompetansen til helsefagarbeideren.....	26
3.1 Kompetanse	27
3.1.1 Ulike kompetanseformer	30
3.2 Yrkeskompetanse.....	32
3.3 Hvem har definert kompetansen i læreplanene i fag- og yrkesopplæringa?	36
3.3.1 Kompetanseplattformen til helsearbeiderfaget.....	37
3.3.2 Kompetanse ut fra læreplanen i helsearbeiderfaget	38

3.3.3	Ulike målområder.....	42
3.4	Måling og utvikling av kompetanse i fag- og yrkesopplæringen (2012-2016)	42
3.4.1	Kompetansenivåer og kriterier i KOMET.....	43
3.4.2	Hvordan identifisere viktige kjerneoppgaver i KOMET-modellen	46
3.5	Den yrkesfaglige læringstradisjonen	48
3.5.1	Læring og identitet	49
3.5.2	Yrkesdidaktiske arbeidsmåter	51
3.5.3	Hva er yrkeskunnskap?	53
3.5.4	Ulike syn på utvikling av yrkeskunnskap	55
3.5.5	Yrkeskunnskap i omsorgsykker	59
4	Metode.....	61
4.1	Valg av metode og forskningstilnærming	61
4.1.1	Fenomenologi og hermeneutikk.....	62
4.2	Kvalitative forskningsintervjuer	63
4.3	Intervjuguide.....	65
4.4	Antall og utvelgelse av informanter	66
4.5	Transkribering	67
4.6	Analysen	68
4.7	Etiske vurderinger knyttet til valgene under planleggingen	69
4.8	Validitet og reliabilitet.....	69
4.9	Oppsummering	70
5	Presentasjon og analyse av funn.....	71
5.1	Beskrivelse av informantene	71
5.1.1	En helsefagarbeider i en omsorgsbolig for utviklingshemmede	71
5.1.2	En helsefagarbeider i hjemmesykepleien	74
5.1.3	En helsefagarbeider på et sykehjem	76
5.1.4	En helsefagarbeider i MEVCET – prosjektet.....	79

5.2	Helsefagarbeiderens arbeidsoppgaver	81
5.1	Helsefagarbeiderens kunnskaper	95
5.2	Yrkesspesifikke ferdigheter	97
5.1	Hvilken holdninger bør en helsefagarbeider ha?	99
5.2	Oppsummering	100
6	Diskusjon av funn.....	104
6.1	Helsefagarbeiderens rolle og identitet	104
6.2	Sentrale arbeidsoppgaver i yrkesutøvelsen.....	107
6.3	Sentrale kunnskaper.....	115
6.4	Yrkesspesifikke ferdigheter	120
6.5	Holdninger	124
7	Konklusjon	126
7.1	Veien videre.....	128
	Vedlegg 1 Samtykkeerklæring	132
	Vedlegg 2 Intervjuguide for helsefagarbeidere	133
	Vedlegg 3 Styringsdokumentene i fag- og yrkesopplæringen	134
	Vedlegg 3 Kompetanseplattformen i helsearbeiderfaget	135
	Vedlegg 5 Læreplan Helsearbeiderfaget Vg3 /bedrift	137

SAMMENDRAG

Tema for denne masteroppgaven er helsearbeiderfaget som har erstattet både hjelpepleier og omsorgsarbeiderfaget. Helsearbeiderfaget ble lansert i 2006, med både skolereformen *Kunnskapsløftet (KL06)* og *Kompetanseløftet 2015*. Historisk sett ble også hjelpepleierne utdannet for arbeid i sykehus og var somatisk orientert, mens omsorgsarbeiderfaget fra starten av, hadde en mer sosialfaglig profil som rettet seg mer mot arbeid i de kommunale hjemmetjenestene. Helsearbeiderfaget er i utgangspunktet ment å omfatte begge disse feltene og litt til.

Helsearbeiderfaget er et lærefag, det vil si et 2 + 2 system, der skolen har opplæringsansvaret de to første årene, mens bedriften har opplæringsansvaret de to siste årene. Etter fullført læretid, blir kandidaten vurdert i en fagprøve

I den norske fagopplæringsmodellen er ansvaret for yrkesrettet opplæring på videregående nivå delt mellom arbeidslivet og det offentlige utdanningssystemet. Planlegging, gjennomføring og vurdering av fagprøver er prøvenemdenes ansvar. Kvalitetsvurdering i fagopplæringen er et viktig spørsmål som i dag får stor oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt. I Norge er det vedtatt at det skal utformes et nytt helhetlig system for fag- og yrkesopplæringen som skal kvalitetssikre de enkelte yrkesfagene, deriblant helsearbeiderfaget.

Som både hjelpepleier og yrkesfaglærer i helse- og oppvekstfag, opplever jeg at mange av mine kolleger undrer seg over helsearbeiderfaget. Dette samme viser forskning som er gjort på prøvenemdenes arbeid med fag- og svenneprøver. Helsearbeiderfaget er enda nytt, og mange lurer derfor på hva det «nye» består av, eller om faget skal bare ha de samme oppgaveutførelsene som en hjelpepleier og omsorgsarbeider hadde.

Et viktig formål med denne undersøkelsen og rapporten har vært å få innsikt og kunnskaper om hvilke sett med faglige kjerneoppgaver og oppgaveløsninger en helsefagarbeider utfører i det daglige arbeidet – hvilke «kvalifiserte» arbeidsoppgaver gjør de, og hva er deres ansvarsområder sentralt. Et annet siktemål er også å få kunnskaper som kan belyse hva som kjennetegner helsefagarbeiderens yrkeskompetanse. Problemstillingen er:

«Hva kjennetegner yrkeskompetansen til helsefagarbeideren i Norge?»

Begrepet kompetanse forklares ut ifra hva både Lai og Skau, mener at profesjonell kompetanse består av. Begge beskriver profesjonell kompetanse som en tredeling mellom teoretisk

kunnskaper, yrkesspesifikke ferdigheter og holdninger. Denne tredelingen har jeg også benyttet i diskusjonen av funnene.

For å få svar på problemstillingen har det blitt benyttet en kvalitativ forskningsmetode.

Datagrunnlaget for rapporten består av både dybdeintervjuer videointervju av helsefagarbeidere, som representerer flere og ulike arbeidsområder. Til sammen 13 personer. Intervjuene har jeg tolket ut fra en fenomenologisk hermeneutisk forståelsesramme. Dette for å fram informantenes meninger og opplevelser og bruke funnene til å belyse hva som kjennetegner yrkeskompetansen til en helsefagarbeider.

Selv om datagrunnlaget for rapporten er begrenset, mener jeg allikevel at den kan bidra til å gi økt kunnskap om helsefagarbeiderens mest sentrale og viktigste kjerneoppgaver yrkesutøvelsen.

Samtidig mener jeg også at datagrunnlaget dekker den generelle yrkesutøvende helsefagarbeideren i Norge.

Til sammen utgjør helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeiderne en lik stor yrkesgruppe som sykepleierne. Som helsefagarbeider kan man arbeide i alle deler av helse- og omsorgstjenestene i Norge. De fleste jobber i kommune helsetjenesten i hjemmesykepleien, på sykehjem, og i omsorgsboliger for psykisk utviklingshemmede. Bare seks prosent arbeider i spesialisthelsetjenesten, på sykehus, i psykiatrien eller i distriktpspsykiatriske sentre og avdelinger.

Det mest sentrale arbeidet er å utføre, hjelpe og bistå brukere og pasienter med ulike hjelpe eller omsorgsbehov. Å utføre helhetlig omsorg og praktisk grunnleggende sykepleie var sentrale arbeidsoppgaver. Å arbeide rehabiliterende og habiliterende og forebyggende helsearbeid, med fokus på ADL-trening var en del av det daglige arbeidet. Videre var det og observere, kartlegge og sette inn tiltak og utarbeide uke- og pleie, - og tiltaksplaner i et tverrfaglig samarbeid var også en sentralt arbeidsoppgave.

Innenfor alt dette arbeidet handlet det om mange forskjellige arbeidsoppgaver og prosedyrer som styrte de daglige arbeidsoppgavene. Å være egnet ble sett på som den viktigste kompetansen, men også det å kunne ta på noen var sentralt. Å ha det rette håndlaget og ha et klinisk blikk ble også sett på som viktige ferdigheter. Som helsefagarbeider mente alle informantene at man må ha man ha menneskeforståelse, helseforståelse, sykdomsforståelse og samfunnsforståelse.

Summary

The aim of this master thesis is to study the skills that characterize the health worker vocational programme (helsefagarbeider). This new vocational programme is the result of a merge between two previously well-known vocational programmes, auxiliary nurse (hjelpepleier) and welfare worker (omsorgsarbeider). The Knowledge Promotion Reform (KPR) is the latest reform in the 10-year compulsory school in upper secondary education and training. This reform places an increased focus on skills, for all vocational education and training programmes. It was with this reform that the health worker vocational programme became a part of the National Curriculum in 2006. The need for qualified staff in the health care services, specifically of vocationally trained health workers was confirmed this year in the Government's competency and recruitment plan for care services known as "Competency Reform 2015".

Traditionally the auxiliary nurses training included practice of their vocational skills at hospitals and were somatic oriented, while welfare workers had a more social profile, mainly working in the municipal homecare services. The new health worker vocational programme intends to encompass both of these fields of work.

The programme for a health worker education is a 2 + 2 model, where the pupils attend 2-years at an upper secondary school and a 2-year apprenticeship programme at a relevant workplace. After completing the apprenticeship period, the pupil takes a final examination at the workplace organised and supervised by the health examination board. Successful candidates receive a trade certificate that allows them to practice their trade.

Norway has a vocational education system built on the tripartite cooperation principle. The public education system at the upper secondary level and the relevant workplace share the responsibility for vocational training. Planning, implementing and evaluation of skilled worker certificates are in this case the responsibility of the local county health training board. The quality of the assessment process in vocational education and training is an important one and currently getting increased attention, both nationally and internationally. The intention of the Knowledge Promotion Reform is to provide the framework for an integrated system for vocational education and training to ensure quality individual vocational programs including health worker.

As both a nurse and a vocational teacher in the programme for healthcare, childhood and youth development, I find that many of my colleagues wonder about the programme content and skills a health worker, should have. These same questions arise in research carried out by the health examination board. The health worker is such a new concept in the vocational

system that many in the school system and in the trade field wonder therefore what the "new" consists of? One wonders if the programme content and skills shall be the same as the previous vocational, namely auxiliary nurse (hjelpepleier) and welfare worker (omsorgsarbeider).

A major objective of this study has been to obtain insight and increase the knowledge about the set of core professional skills and tasks a health worker performs in everyday work. In addition, to find out what are the "specific and qualified" tasks they must perform and what are their central responsibilities. To this purpose the research question for this master thesis is: "What characterizes the professional competence of health care worker in Norway?"

To answer the research question I have used a qualitative research method. The subjects of this study were thirteen health workers, chosen to be representative of the various working areas where they normally practice their vocational career. The data collection for this report was by means of both depth interviews and video interviews with health workers. The interviews were analysed using a phenomenological hermeneutic framework of understanding. This allowed me to obtain the informants' opinions and experiences and to be able to use the findings to elucidate the characteristics of professional competence to a health worker.

I have chosen to use the concept of professional competence as a trilateral concept, which encompasses theoretical knowledge, professional skills and attitudes as described by Lai and Skau. This trilateral concept provided the framework for the discussion of my findings.

Although data for the report might seem limited, I strongly believe this study can help to increase awareness of the health worker's most central and most important core tasks that characterizes their professional competence. I also believe that the data covers the general professional skills for a health worker in Norway.

Together, health workers, auxiliary nurses and welfare workers equal in number the nursing professionals. A health care worker can work in all divisions of the health care systems in Norway. Most jobs placements are at the municipal health services such as in home care, nursing homes and in care homes for the mentally handicapped. It is a fact that only six percent of health workers have their workplace in speciality hospitals, hospitals in general, in psychiatry or at the district centres for mental health. As presented in the results section the most important tasks a health worker performs is to provide help and assistance to users and patients with various needs for help and degrees of care. Results also show that to perform general healthcare and practical basic nursing is one of the important skills areas. Working with rehabilitation and preventive health care, focusing on ADL training was part of their

daily work. Furthermore, it is also important to have skills such as the ability to observe, identify needs and the ability to take initiative to any necessary actions on behalf of the patients. Also be able to prepare weekly plans of action in an interdisciplinary collaboration team was found to be a central necessary skill. Individual suitability to be a health worker was the most important competence, also to be able to touch and perform skilled handwork was highly relevant too.

Within all of these previously mentioned and required trade skills, it becomes clear that the daily tasks and methodical duties of a health worker are many. Having the right touch and a clinical eye were also key skills. It is clear for all of the informants in this study, that to be a health worker one must have an understanding for the human being they must deal on a daily basis, understanding of what health and disease are and finally an understanding for the society framework one lives in.

1 INNLEDNING

Denne studien gjennomføres i forbindelse med mitt masterstudium i yrkespedagogikk ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I dette kapitlet vil jeg starte med å presentere tema og bakgrunn for valg av tema. Videre vil jeg presentere bakgrunn for valg av problemformulering, samt formålet med denne studien og oppgavens oppbygning.

1.1 Presentasjon av tema

Helsearbeiderfaget er et relativt nytt fag innen fag- og yrkesopplæringen. Faget ble lansert med både skolereformen *Kunnskapsløftet* (KL06) i 2006, og med *Kompetanseløftet 2015*. Helsearbeiderfaget skal erstatte da de tidligere utdanningene til hjelpepleier og omsorgsarbeider.

Fagene hjelpepleier og omsorgsarbeider var fra før, ikke bare plassert under hver sin opplæringsordning, men de hadde også ulik faglig profil og yrkesmessige nedslagsfelt. Mens hjelpepleierutdanningen var en treårig skolebasert yrkesutdanning uten læretid, var omsorgsarbeiderutdanningen basert på to år i skole og to år i læretid.

Historisk sett ble hjelpepleierne utdannet for arbeid i sykehus og var somatisk orientert, mens omsorgsarbeiderfaget fra starten av, hadde en mer sosialfaglig profil som rettet seg mer mot arbeid i de kommunale hjemmetjenestene. Helsearbeiderfaget er i utgangspunktet ment å omfatte begge disse feltene (Skålholt, 2013, s. 69).

Både læreplanen og de statelige helsemyndighetene legger vekt på at helsearbeiderfaget er rettet mot arbeid i omsorgs- og behandlingstilbud i kommunal og i privatsektor, mot psykisk helsevern og mot spesialisthelsetjenesten. Eller som det står i læreplanen;

«Helsefagarbeideren utfører omsorg, grunnleggende sykepleie og miljøarbeid for pasienter og brukere av helse- og sosialtjenesten».

Man kan bli utdannet helsefagarbeider på to måter: Enten kan man ta et vanlig yrkesfaglig utdanningsløp, som er to år i skole (Vg1 og Vg2), og to år som lærling i bedrift, før man tar fagprøven. Skolen har ansvaret for de to første årene, mens bedriftene har opplæringsansvaret for de to siste årene. Eller man kan gå opp til fagprøven som såkalt praksiskandidat, som er et tilbud til de som er ufaglærte og som har jobbet i minst fem år «allsidig praksis fra fagområde». Denne ordningen er forankret i § 3-5 i Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (Opplæringslova 1998).

I den norske fagopplæringsmodellen, er ansvaret for yrkesrettet opplæring på videregående nivå delt mellom arbeidslivet og det offentlige utdanningssystemet. Etter fullført læretid i helsearbeiderfaget blir kandidatens kompetanse vurdert i en fag- eller svenneprøve.

Planlegging, gjennomføring og vurdering av fagprøven er prøvenemdenes ansvar. Blir prøven bestått, får kandidaten tildelt sitt fag- eller svennebrev, der det uttrykkelig fremgår at; *«prøvenemda har bekreftet at kandidaten har den ferdighet og kunnskap som kreves for faget»*.

I gjennomføringen av fagprøven for helsearbeiderfaget, så skiller den seg fra de andre mer tradisjonelle yrkesfagene, fordi på den ene siden har arbeidsgiver stor innvirkning på hvordan prøven utformes, og at kandidaten selv kan velge prøvested for fagprøven. Dette forklares ved at helsearbeiderfaget har noen spesielle særegenheter. Selve prøven er en case, som omhandler en eller flere brukere, som i dette faget er levende mennesker som er under behandling eller omsorg fra det offentlige, eventuelt en privat institusjon på oppdrag fra den offentlige hele- og sosialtjenesten. I de fleste stedene er det arbeidsgiver som velger ut brukere eller pasienter til fagprøven, samtidig som det er arbeidsgiver som utformer prøven. Ofte er det en avdelingsleder eller sykepleiere som gjør dette, men det skjer i større eller mindre grad gjennom kommunikasjon med prøvenemda, og ofte ut fra en mal fra kommunen eller fylkeskommunen (Deichman-Sørensen et al., 2011).

Etter å ha bestått fagprøven, må kandidaten (helsefagarbeideren) søke Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) for å bli autorisert. En offentlig autorisasjon (offentlig godkjent) er en bekreftelse fra myndighetene på at man som helsefagarbeider oppfyller de formelle og faglige kravene i helsearbeiderfaget. Som autorisert helsepersonell er tittelen helsefagarbeider beskyttet i loven, og er dermed et regulert yrke.

Grunnlaget for kvaliteten i helsearbeiderfaget er fastsatt i Helsepersonelloven som kom i 2001. Loven inneholder krav til yrkesutøvelse for alt helsepersonell og gjelder både i eller utenfor institusjon, privat eller offentlig. Formålet med loven er at den skal: *«bidra til sikkerhet for pasienter og kvaliteten i helsevesenet samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste»* (§1 Helsepersonelloven).

Fra og med 1. juni 2011, kunne alle som hadde yrkestittelen hjelpepleier eller omsorgsarbeider konvertere sin yrkestittel om til helsefagarbeider. For å kunne konvertere må man søke SAFH, og betale et gebyr på 1430 kr. De som søker om konvertering mister sin

autorisasjon med den gamle yrkesgruppen. Grunnen til at man kan konvertere er fordi hjelpepleier og omsorgsarbeiderutdanningene ikke eksisterer lenger.

1.2 Fremtidig behov for helsefagarbeidere

Som arvtager til omsorgsfaget og ikke minst den tradisjonelle hjelpepleierutdanningen, skal helsefagarbeideren fylle en stor rolle for rekruttering og opplæring i pleie- og omsorgsfeltet i årene som kommer. Med dette er faget forankret i *Kompetanseløftet 2015*, som er en del av *Omsorgsplan 2015* i Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* – fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Undersøkelser viser at prinsipper som sterkere brukerinnflytelser og med den enkelte tjenestemottaker i sentrum krever større grad av tilpassede tjenester. utfordringer knyttet til dagliglivet, måltider, aktivitet, sosialt samvær og muligheter for kulturopplevelser, representerer de største svakhetene ved dagens omsorgstilbud. Spesielt gjelder dette for beboere i sykehjem, i omsorgsboliger og andre med stort bistandsbehov.

Derfor ønsker Regjeringen å legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som grunnleggende i et helhetlig omsorgstilbud. Samtidig øker krav til kompetanse med et mer sammensatt sykdomsbilde hos pasientene.

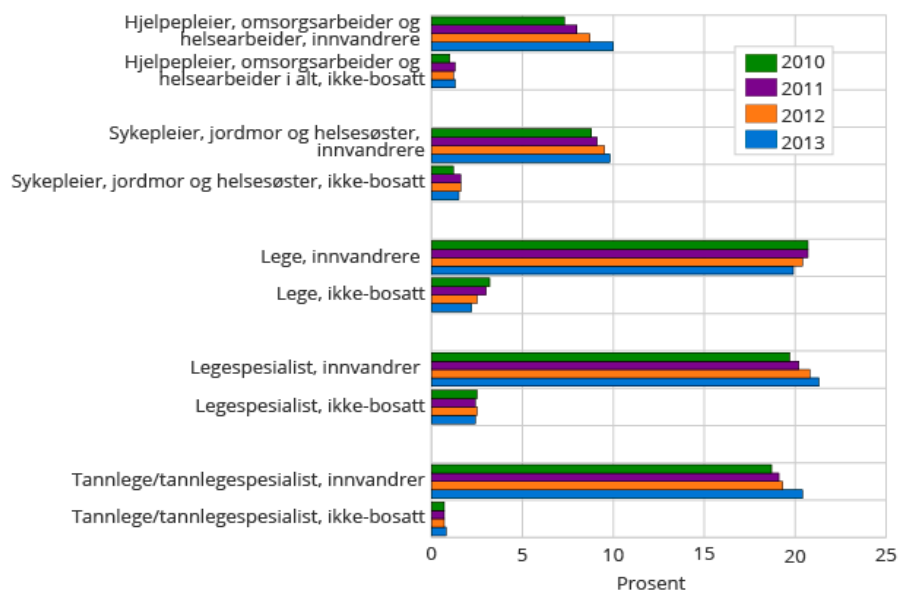
Kunnskaper om sykdommer og symptomer som grunnlag for å gjøre observasjoner og iverksette tiltak, skal være vesentlig for helsefagarbeideren. Spesielt vil kravene til kompetanse i forhold til bruk av hygieniske prinsipper i arbeidsutførelsen øke med flere motstandsdyktige mikroorganismer i miljøet (Støten, 2008).

1.3 Antall helsefagarbeidere

I fjerde kvartal i 2013, arbeidet det 298 800 personer med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og sosialtjenestene i Norge. 32 800 personer var innvandrere bosatt i Norge eller var sysselsatte på et korttidsopphold. 79 prosent arbeidet innenfor den kommunale helse- og sosialtjenestene, mens 31 prosent arbeidet i statlig forvaltning – hovedsakelig i helseforetakene. I den statlige forvaltningen var det kun seks prosent som var utdannet helsefagarbeider / hjelpepleier, mens 94 prosent arbeider innenfor den kommunale helse- og

sosialtjenestene. Til sammen utgjør helsefagarbeideren, hjelpepleieren og omsorgsarbeideren en like stor yrkesgruppe innenfor helse- og sosialtjenestene som sykepleiere (fig.1).

Fig.1 Innvandrere og ikke bosatte helse- og sosialpersonell i helse- og sosialtjenestene. Andel i utvalgte utdanningsgrupper (SSB, fjerde kvartal 2013).



Ifølge fjerde kvartal 2013, utgjorde yrkesgruppene helsefagarbeider, hjelpepleier og omsorgsarbeidere 90 264 sysselsatte personer. Av disse var 11 038 utdannet helsefagarbeider, 64 352 hjelpepleiere og 14 874 var utdannet omsorgsarbeidere.

Ifølge framskrivninger (HELSEMOD) vil det bli en stor mangel på helsefagarbeidere i årene framover. Med 69 000 årsverk er helsefagarbeiderne (inkludert hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) den største utdanningsgruppen i helse- og velferdstjenestene i Norge. Framskrivningene viser en underdekning på mellom 10 000 og 18 000 helsefagarbeidere i 2020, og mellom 35 000 og 52 000 i 2030. Denne ubalansen vil bli så stor at den vil prege bemanningen i hele helse- og omsorgssektoren i Norge (Norge, 2012).

1.4 Bakgrunn for valg av tema og problemformulering

Til daglig arbeider jeg som yrkesfaglærer i helse- og oppvekstfagene i den videregående skole. Min yrkesbakgrunn er hjelpepleier. Som hjelpepleier har jeg en lang og variert arbeidsbakgrunn (25 år), hvor jeg har arbeidet på sykehus, sykehjem, hjemmesykepleien, psykiatrisk institusjon og bolig for psykisk utviklingshemmende. Gjennom alle disse årene

har jeg opplevd flere store og små omorganiseringer i de forskjellige helseforetakene, både i de kommunale og i de statlige helsetjenestene og i de enkelte institusjonene. I takt med disse omorganiseringene har også mine arbeidsoppgaver som hjelpepleier forandret seg.

Helt siden hjelpepleierutdanningen kom i gang i 1963, har hjelpepleiernes arbeidsområder vært oppe til forhandlinger med sykepleierstanden om hva de har fått tillatelse til å gjøre innenfor sykepleien. Formålet med utdanningen den gang var å kvalifisere en yrkesgruppe som kunne avlaste sykepleierne i pleiefaglige arbeidsoppgaver. De mest sentrale arbeidsoppgavene har alltid dreid seg om utførelse av grunnleggende stell og pleie av pasienter. Samtidig har det også dreid seg om arbeidsoppgaver som lå i skjæringspunktet mellom kvalifiserte sykepleieoppgaver og ufaglærte oppgaver. Disse arbeidsoppgavene har også variert i ulike perioder gjennom årene. Årsakene til dette har blant annet vært arbeidskraftsituasjonen både på landsbasis og i forhold til de samfunnsmessige situasjonene som har foreligget. Samtidig har også den overordnede sykepleierprofesjonenes strategi om deres rådende syn på hvilken pleiekompetanse som er nødvendig innen ulike deler av helsefeltet vært det styrende for hjelpeleierenes arbeidsoppgaver (Høst, 2007).

Gjennom min tosidige yrkesbakgrunn som både hjelpepleier og yrkesfaglærer, opplever jeg ofte at mine kolleger i både i pleie- og omsorg og lærerkollegier undrer seg veldig over *helsearbeiderfaget*. Faget er forholdvis nytt, og i pleie- og omsorgssektoren har man liten eller ingen erfaring fra og ha opplæringsansvaret for lærlinger, og faget oppleves av mange og inneha *noe* fra hjelpepleieryrket og *noe* fra omsorgsarbeideren.

Ofte kan det virke som det er opp til den enkelte skole-, kommune-, eller fylke og avgjøre hvor en helsefagarbeider skal arbeide, eller hvilke arbeidsoppgaver de skal lære å utføre. Hva man skal legge vekt på i undervisningen eller hvor de skal få lov til å ha utplasseringspraksis er også ofte et tema som blir diskutert på den enkelte skole.

Videre blir helsearbeiderfaget representert i WorldSkills Competition, som er verdens største konkurranse i yrkesfag for ungdom opptil 21 år. Med dette så virker det som en internasjonalisering av pensumet til helsefagarbeideren. Noe som også er litt undrende da det fortsatt råder mye usikkerhet i forhold til hva som egentlig er kjerneoppgavene til helsefagarbeideren her i Norge, og samtidig er det jo også bare Norge som har denne «type» utdanning med yrkestittelen helsefagarbeider.

Forskning som er gjort på prøvenemdenes arbeid i helsearbeiderfaget, viser også til at det råder usikkerhet- og åpenhet med hensyn til hva det eventuelle *nye* i helsearbeiderfaget består

av, og hva faget ville bety i forhold det som var innarbeidet i forhold til mønstre for oppgaveutførelsen, oppgavefordelingen og samhandlingen i arbeidsfeltet.

De fire prøvenemdene som ble intervjuet i denne undersøkelsen viste seg også å ha ulike fagbakgrunn. En hjelpepleier, to omsorgsarbeidere og en sykepleier (Deichman-Sørensen et al., 2011).

Med Kunnskapsløftet (K06) ble det utarbeidet en kompetanseplattform i alle yrker innen fag- og yrkesopplæringen. Dette dokumentet innehold beskrivelser av de typiske arbeidsoppgavene og hvilket krav som skulle stilles i det enkelte lærefag. Dette er ikke et offentlig dokument, men det var ment som et arbeidsredskap i utformingen av læreplanene. På grunn av at den fortsatt blir benyttet når man skal definere arbeidsoppgavene og oppgaveløsningene i forhold til helsearbeiderfaget, vil jeg gjøre rede for denne i kapittel 3.4. Med utgangspunkt i dette har jeg valgt problemstillingen:

«Hva kjennetegner yrkeskompetansen til helsefagarbeideren i Norge?»

1.5 Utdyping av problemstilling og formål

I forhold til at det fortsatt hersker en del usikkerhet knyttet til yrkeskompetansen til helsefagarbeideren, samtidig som denne yrkesgruppen «ikke» har et såkalt «eget arbeidsområde», er det derfor interessant å kunne få svar på hva som kjennetegner yrkeskompetansen til denne faggruppen. I fag- og yrkesopplæringen blir *kompetanse* tolket som yrkeskompetanse. Med yrkeskompetanse, så mener jeg den kompetansen en helsefagarbeider må kunne for å utøve yrket i samsvar med markedets krav og behov for fagarbeid. I fag- og yrkesopplæringen har alle fagene innenfor de forskjellige yrkene egne sett med kjerneoppgaver og oppgaveløsninger som løses. Dette er arbeidsoppgaver og oppgaveløsninger som enhver ny rekrutt eller lærling må tilegne seg for å kunne bestå fag- og svenneprøven.

Helsearbeiderfaget skal være et eget fag, men samtidig har denne faggruppen i mindre grad enn alle de andre tradisjonelle fagene inn fagopplæringssystemet et eget selvstendig fagområde. Dette fordi deres fagområde ligger innenfor det man kaller sykepleierens

jurisdiksjon, noe som vil si at hva en helsefagarbeider kan gjøre av kvalifiserte arbeidsoppgaver overvåkes og bestemmes av sykepleierprofesjonen, slik det historisk sett også har vært for hjelpepleierne (Deichman-Sørensen et al., 2011).

Et viktig formål med denne forskningen er derfor å få kunnskaper om hvilke sett med faglige kjerneoppgaver, og oppgaveløsninger en helsefagarbeider utfører i det daglige arbeidet – hvilke kvalifiserte arbeidsoppgaver gjør de, og hva er deres ansvarsområder, blir det mest sentrales for denne forskningen.

Et annet viktig siktemål er også å få kunnskaper om hvilket selvstendig fagområde som kjennetegner denne yrkesgruppen i og med at deres arbeidsområder bestemmes og overvåkes av sykepleierprofesjonen.

På grunn av kompleksiteten i begrepet *yrkeskompetanse* vil jeg i kapittel 3 presenter det teoretiske perspektivet som danner grunnlaget for denne forskningen. I dette kapitlet beskriver jeg hva og hvilke kompetansekomponeanter som ligger i

I et nasjonalt perspektiv, fordi helsearbeiderfaget blir representert i WorldSkills Competition, som er verdens største konkurranse i yrkesfag for ungdom. I denne konkurransen deltar det bortimot 800 ungdommer fra hele verden (50 forskjellige deltakerland), i 40 forskjellige yrkesfag. I denne konkurransen blir deltakerne vurdert og kvalifisert ut ifra faglig dyktighet, og evnen til å tåle stress / press og til å takle uforutsette hendelser (Dølven & Pedersen, 2007).

Denne studien omhandler kun yrkesutøvere som har fått yrkestittelen helsefagarbeider gjennom en fag og svenneprøve. Dette fordi en helsefagarbeider i dag kan ha fått sin utdanning og opplæring som hjelpepleier eller omsorgsarbeider, for så å konvertere til yrkestittelen helsefagarbeider.

1.6 Klargjøring av noen sentrale begrep

I dette del kapitlet presenter jeg andre sentrale begrep som omhandler denne forskningen. De øvrige begrepene blir definert etter hvert som de introduseres i teksten.

Kompetanseløftet 2015: Som følge av personellutfordringene som helse- og omsorgstjenestene i kommunal sektor står overfor, utarbeidet Regjeringen en kompetanse- og rekrutteringsplan, *Kompetanseløftet 2015*. Denne planen har som mål å sikre nødvendig

rekruttering og kvalifisering av helsepersonell for å møte de langsiktige demografiske utfordringene som Norge står overfor fram mot 2050.

Kunnskapsløftet (KL06): en skolereform som kom i 2006 som gjaldt både i grunnskolen og videregående opplæring. Reformen førte til en rekke endringer i skolens innhold, struktur og organisering fra første trinn i grunnskolen til siste trinn i videregående opplæring. KL06 kom blant annet som et resultat av behov for endringer i yrkesopplæringen. Dette på grunn av både hensynet til arbeidslivets krav til kompetanse og arbeidskraft, og til den dyktighet enkeltpersoner trengte for å klare seg som et integrert individ i samfunnet (Djupvik, Haaland & Skjetne, 2007).

MECVET står for Measuring Competence Development in Vocational Education and Training – Måling av kompetanseutvikling innenfor fag- og yrkesopplæringen. Dette er et internasjonalt forskningsprosjekt som Høgskolen i Oslo og Akershus er med i.

Pasient, bruker og beboer, er tre begreper som blir brukt om hverandre, litt avhengig av hvor helsefagarbeideren arbeider. *Pasient* er vanligst på sykehus, mens *beboer* blir nevnt og er vanligst på sykehjem, i omsorgsboliger og i andre tilrettelagte boliger. Bruker og tjenestemottaker er vanligst i hjemmesykepleien, men også på sykehjem og i offentlige dokumenter.

1.7 Metodevalg

Den metodiske tilnærmingen i denne forskningen er kvalitativ. Et viktig formål med denne masteroppgaven har vært å få analysert og utdypet hva yrkeskompetansen til helsefagarbeideren består av, og hvilke arbeidsoppgaver de utfører i yrkesutøvelsen. For å få svar på dette har jeg gjennomført dybde intervjuer, av faglærte helsefagarbeidere som har forskjellige arbeidsfelt og arbeidsområder. Denne innsamlingsmetoden kan være egnet til å kunne belyse likheter og forskjeller i deltakernes vurderinger, opplevelser og erfaringer med faget.

Samtidig med dette har jeg fått tilgang til data fra forskningsprosjekt – MECVET.

Innsamlingen av data fra dette prosjektet er gjort på bakgrunn av å analysere og transkribere en «workshop samling» som ble filmet. Formålet med denne workshop samlingen var å

kartlegge sentrale arbeidsoppgaver i helsearbeiderfaget. MECVET – prosjektet vil bli nærmere beskrevet i kapitlene 3.4. til 3.4.2.

1.8 Oppgavens oppbygging

Etter innledningen følger **kapittel to** med et teoretisk perspektiv på dannelsen av helsearbeiderfaget. **Kapittel tre** som danner det teoretiske grunnlaget for denne forskningen vil omhandle et teoretisk perspektiv på yrkeskompetanse i helsearbeiderfaget. Samtidig vil jeg i underkapittel 3.7. gjøre rede for måling og utvikling av kompetanse i fag- og yrkesopplæringen som er et forskningsprosjekt som pågår i blant annet helsearbeiderfaget. I underkapittel 3.8, vil jeg beskrive hvordan læring og utvikling av kompetanse skjer i et sosiokulturelt perspektiv. **Kapittel fire** handler om hva jeg har gjort for å få svar på problemstillingen. Det redegjøres for valg av metode og forskningstilnærming, gjennomføring, innsamling av data, hvordan jeg har ivaretatt de etiske retningslinjene, analyse av datamateriale og avsluttes med validitet og reliabilitet.

I **kapittel fem** presenteres informantenes erfaringer fra helsearbeiderfaget slik de kom fram i de kvalitative intervjuene.

I **kapittel seks**, følger en oppsummering og viktige funn fra analysen, med vekt på å analysere hva yrkeskompetansen til en helsefagarbeider består av.

I **kapittel syv** avsluttes forskningsrapporten med konklusjon og avsluttes med veien videre.

2 DANNELSEN TIL HELSEARBEIDERFAGET

I dette kapitlet vil jeg presentere et historisk tilbakeblikk på dannelsen til helsearbeiderfaget. I og med at helsearbeiderfaget erstattes av de tidligere utdanningene til hjelpepleier og omsorgsarbeiderfaget vil jeg derfor beskrive kort om dannelseshistorien til begge disse fagene. Spesielt vil det omhandle opplæringen, arbeidsområdene og arbeidsoppgavene til både hjelpepleier og omsorgsarbeiderfaget. I underkapittel 2.2 gjør jeg rede for bakgrunnen og oppstarten til helsearbeiderfaget. Videre vil jeg utdype helsearbeiderfaget og det nye læreplanverket som ble innført med Kunnskapsløftet.

2.1 Et historisk tilbakeblikk på opplæringen til hjelpepleierfaget

I 1963 ble hjelpepleierutdanningen opprettet som en landsomfattende fagutdanning for pleie- og omsorgsarbeid. Frem til dette hadde sykepleierne monopol på utdanning innen pleiefeltet, mens de øvrige pleierne ikke hadde utdanning. Etableringen av utdanningen falt i tid sammen med, og er på ulike måter også relatert til andre og helt sentrale moderniseringsprosjekter som skjedde i Norge på begynnelsen av 1960-tallet. Spesielt gjaldt det en sterk vekst i utdanningssystemet, en kraftig og langvarig ekspansjonen i helsevesenet – først med sykehus utbygging med påfølgende etablering av en stor arbeidskraftkrevende pleie- og omsorgssektor, og kvinnes oppbrudd fra husmor rollen og uttog i arbeidslivet.

Det hele startet i 1961, da gikk Helsedirektoratet, NSF (Norsk sykepleierforbund) og frivillige organisasjoner som utdannet sykepleiere sammen, for å utarbeide forslag til hjelpepersonellets funksjon, opplæringens lengde og navnet på yrkesgruppen. Forslaget gikk ut på en opplæringstid på åtte måneder med påfølgende fire måneders kontraktfestet tjenestetid. Hjelpepersonellet skulle tjenestegjøre i og utenfor sykehus under ledelse av offentlig godkjent sykepleier. Utdanningen skulle gi innføring i elementær sykepleie og betegnelsen på yrkesgruppen ble Hjelpepleier. Målet med etableringen av utdanningen, var å kvalifisere en yrkesgruppe som kunne avlaste sykepleierne med deres arbeidsoppgaver. Det var derfor en enighet om at denne gruppen måtte ha noen grunnleggende pleiefaglige kvalifikasjoner. De første hjelpepleierskolene kom i gang i 1963, samme år som plan for opplæring av hjelpepersonell i psykiatrisk sykepleie. Skolene var knyttet til sykehusene, eller organisert i egne skoler av private organisasjoner.

I 1966 videreutvikles utdanningen ved at det opprettes «plan for opplæring av hjelpepersonell i vernepleie», og i 1974 kom plan for opplæring av hjelpepleiere i spedbarn- og barselspleie (Høst, 2007).

I 1978 ble yrkestittelen beskyttet ved at Helsedirektoratet laget forskrifter til godkjenning av hjelpepleiere med hjemmel i loven av 1974. Sitat Paragraf 1 (Yrkestittel)

«Bare den som har fått offentlig godkjenning i henhold til bestemmelsene i disse forskriftene, har rett til å kalle seg hjelpepleiere» (Norsk, 1990).

Forskriftene inneholder blant annet minstekravet til hjelpepleierutdanningen, herunder praksisundervisningen. Disse kravene måtte oppfylles for at utdanningen skulle gi grunnlag for offentlig godkjenning som hjelpepleiere (Norsk, 1990).

Høsten 1979, ble utdanningen av hjelpepleiere lagt til videregående skole i studieretning for sosial- og helsefag. Opplæringen foregikk over tre år. Første året grunn-kurs helse- og sosialfag, andre året videregående kurs 1 (VK1) og videregående kurs 2 hjelpepleier (VK2). Opplæring på videregående kurs 1 og 2, inneholdt skoleundervisning og praksisopplæring i arbeidslivet, mens grunn-kurset besto av skoleundervisning. Denne planen ble videreført med skolereformen i 1994 (R94).

Ifølge læreplanen for videregående kurs 2 hjelpepleier (vedlegg 6), besto den av både fellesmål for studieretningsfaget, sykepleiemål med støttefag, og praktiske fagområder som var obligatorisk for opplæringen (fig. 2).

Teoretiske fagområder:	Praktiske arbeidsområder:
<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleie/vernepleie/fødsels- og barselpleie, • Kost og – diettlære, etikk, kommunikasjon • Atferdsfag / fysiologi / biokjemi • Mikrobiologi / hygiene • Sykdomslære/førstehjelp 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter/klienter med kroniske lidelser og forskjellige funksjonsvansker • Pasienter med psykiske lidelser • Psykisk utviklingshemmede • Gravide, fødende og barn • Pasienter med akutte somatiske lidelser

Fig. 2 Skjematisk oversikt over fagområdene til opplæringen av hjelpepleier (Læreplanen for studieretningsfag i videregående kurs 2 hjelpepleier, 1994)

For å få offentlig godkjenning, måtte hjelpepleierne ha opplæring i disse fagområdene som var nedfelt, og som var et krav i forskriften om offentlig godkjenning av hjelpepleiere (Læreplanen, videregående kurs 2 hjelpepleier, 1994).

Samtidig med Reform 94, ble også omsorgsarbeiderfaget innført som en yrkesfaglig opplæring på videregående nivå. Opplæringen foregikk to år skole (VK1 og VK2), for deretter to år i lære. Læretiden besto av tidsbestemte opplæringssteder i den kommunale helsetjenesten.

En av bakgrunnen for etableringen av omsorgsarbeiderfaget var den såkalte HVPU-reformen på slutten av 1980-tallet, hvor man la ned alle de gamle sentralinstitusjonene som førte til at psykisk utviklingshemmede ble tilbakeført til sine hjemkommuner. Behovet for omplassering og omskolering av de ufaglærte som hadde arbeidet i disse institusjonene, dannet et

utgangspunkt for et forsøksordning med dette faget. Samtidig var også intensjonen med faget at hjemmehjelpere som yrkesgruppe skulle få mulighet til å ta et fagbrev (Høst, 2007).

I følge læreplanen for dette faget, skulle omsorgsarbeideren ha:

«Kunnskaper om og trening i å drive habiliterende og rehabiliterende arbeid og miljøarbeid, og om utvikling av sosiale nettverk og om forebyggende virksomhet, bl.a. innenfor feilernæring og rusmisbruk.» (Sitat fra Læreplanen for omsorgsarbeiderfaget i bedrift, 1994).

Læreplanen for omsorgsarbeiderfaget inneholdt blant annet 28 felles mål for opplæring i bedrift (vedlegg 7), og mål i forhold til å arbeide med barn og unge, i arbeid med mennesker med fysiske og psykiske mennesker med kortvarige og kroniske sykdommer, med sosiale problemer, og med arbeidsmiljøet (Læreplanen for omsorgsarbeiderfaget i bedrift, 1994). Dette faget møtte en del motstand til å begynne med, men etter hvert ble denne yrkesgruppen likestilt med en hjelpepleier (Høst, 2007).

2.1.1 Arbeidsområde og arbeidsoppgaver

Historisk sett ble hjelpepleierne utdannet for arbeid i sykehus. De kom inn som en yrkesgruppe mellom de ufaglærte pleiere og sykepleierne. På pleiesiden den gangen var det blitt ansatt mange ufaglært pleiehjelpere, krisehjelp eller samaritter, der de ikke hadde tilgjengelige sykepleiere.

Arbeidsområdene var bl.a. i sykehus, pleiehjem, privatpleie eller «bygdepleie» som det het den gang. Fram til 1960-tallet var den norske helsesektoren langt mer beskjedne enn i dag, i forhold til omfanget av helsetjenester og ikke minst antall sysselsatte i denne sektoren. I perioden fra 1965 og frem til i dag, har det i Norge vært en storstilt utbygging av det man kan kalle de offentlige pleie- og omsorgstjenestene i Norge. Før så var det sykehusene som dominerte når det gjaldt medisinskakutt behandling og langtidsbehandling. Ved siden av dette fantes det kun store sentralinstitusjoner for oppbevaring og behandling av psykiatriske pasienter og psykisk utviklingshemmede (Høst, 2007).

I utgangspunktet dreide arbeidsoppgavene til hjelpepleierne seg om å gjøre de arbeidsoppgavene som lå i skjæringspunktet mellom kvalifiserte sykepleieoppgaver og

ufaglærte oppgaver. Arbeidsoppgavene dreide seg hovedsakelig om grunnleggende stell og pleie av pasienter på sykehus, etter hvert i sykehjem og hjemmesykepleien (Norsk, 1990). Selv om hjelpepleierne fra første dag var etterspurt og at de fikk en plass i arbeidsdelingen, betydde ikke at de fikk sin egen jurisdiksjon, dvs. et arbeidsområde som bare de behersket og kontrollerte. Deres pleiekompetanse befant seg i sin helhet innenfor sykepleieprofesjonens jurisdiksjon. Som det het i den såkalte «Hjelpepleierinstruks» fra 1978, et vedlegg til forskriften om offentlig godkjenning;

«Hjelpepleiere arbeider under ledelse av offentlig godkjente sykepleiere, vernepleiere og jordmødre. Arbeidsoppgavene er knyttet til funksjoner disse har innen institusjons- og distrikthelsetjenesten».

I læreplanen for hjelpepleierfaget i R94, står det at hjelpepleierens oppgaver er i første rekke å utføre sykepleie i forhold til ulike pasient-/ klient-grupper. 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. Aktuelle arbeidssteder etter fullført opplæring var: somatiske og psykiatriske sykehus og sykehjem, barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger, hjemmebaserte tjenester og kommunens helse- og sosialtjeneste for øvrig (Læreplanen for studieretningsfag i videregående kurs II hjelpepleier, 1994).

2.1.2 Interesseorganisering og identitetsbygging

Hjelpepleierne hadde sitt eget profesjonsforbund i hele 38 år. Allerede i 1963/1964 gikk de første, ferdige uteksaminerte hjelpepleierne sammen for å etablere en egen interesseorganisasjon. Før dette hadde sykepleierforbundet debattert og nedstemt et forslag om å åpne sin egen organisasjon for hjelpepleiere. Mens forslagstillerne begrunnet ønske om innlemmelse med at man kunne da ha en bedre kontroll over den nye gruppen, slik man hadde hatt med utdanningen, var motstandernes og flertallets argument at dette lette kunne bli en slags gjøkunge, «en stor gruppe meget misfornøyde medlemmer» (Norsk, 1990).

Man skulle hverken åpne for hjelpepleierne i NSF eller på noen måte hjelpe dem med å etablere en egen organisasjon. Til tross for dette deltok den da pensjonerte lederen i NSF, Aagot Lindstrøm, på møtet da 100 hjelpepleiere i 1965 stiftet Hjelpepleiernes Landsforening.

Lindstrøm, som da var leder ved Statens Sykepleierråd, oppfordret stifterne til å holde organisasjonen partipolitisk nøytral på linje med den «fellesnordiske tradisjonen» i sykepleien, og fokusere for øvrig på innholdet i yrkesutøvelsen.

Hjelpepleierorganisasjonen var fra starten av opptatt av å heve både lønn og status, slik at utdanningen skulle bety en forskjell. Kommuneforbundet som den gang var mannsdominert, og bare var opptatt av å håndheve at alle faglærte som ufaglærte skulle ha samme tillegg, hadde sånt sett heller ingenting å tilby hjelpepleiergruppa (Høst, 2007).

Til tross for, eller kanskje like gjerne fordi man følte seg «mindreverdige i forhold til sykepleierne» som Brattli uttalte det i et intervju, kopierte organisasjonen mange sider av NKS profesjonsstrategi. Man ønsket ikke å bli identifisert med arbeiderbevegelsen og man var opptatt av å utvikle en egen identitet gjennom en yrkesorganisasjon bare for hjelpepleiere (Norsk, 1990).

Et av hjelpepleierforbundets første kampsaker var egen uniform. Dette ble en problematisk sak og var en vanskelig balansegang. På den ene siden ville forbundet ha en uniform som viste at de var hjelpepleiere og ikke ufaglærte. Når de så fikk sin egen uniform en gul- og hvitstripet kjole med «søsterforkle», dannet dette imidlertid forskjell fra sykepleiernes uniform grunnlag for mobbing fra sykepleiernes sin side.

I et intervju fra 1995, forteller Brattli at hjelpepleierne ble blant annet kalt for «kyllingene». For at underordningsforholdet ikke skulle markeres gjennom klesdrakten, ønsket derfor hjelpepleierne seg en uniform som var likest mulig sykepleierne, noe de oppnådd først på 1980-tallet. Andre viktige identitetsbyggende tiltak var at hjelpepleierforbundet etablerte en egen forbunds nål og et eget tidsskrift i 1967 (Høst, 2007).

2.2 Aksjon helsefagarbeider

På grunn av fremtidens behov for arbeidskraft og kompetanse innenfor helse- og omsorgstjenestene, ble det i 2004 satt i gang en kampanje som ble kalt for «*Helkruttmodellen*». Initiativtakerne for denne kampanjen var KS Oslo og KS Akershus. Formålet med denne kampanjen var å starte rekrutteringen av flere ungdommer til å søke hjelpepleierfaget. Bakgrunnen for dette arbeidet var den økende andelen ufaglærte innen helse- og omsorgssektoren, og at søkertallet til helse- og sosialfag (nå helse- og oppveksts fag) var nedadgående.

I desember 2005, ble *Aksjon helsefagarbeider* etablert av KS (Kommunenes sentralforbund), HSH (hovedorganisasjonen for handel og tjenester) og Spekter (arbeidsgiverforening). Helsedirektoratet og utdanningsdirektoratet er viktige samarbeidspartnere som står for finansieringen av dette prosjektet. Aksjon helsefagarbeider inngår i dag i *Kompetanseløftet 2015*, som er en del av *Omsorgsplan 2015* i Stortingsmelding nr. 26 (2005 – 2006) *Mestring, muligheter og mening – Framtidens omsorgstjenester*. Hovedmålet til Aksjon helsefagarbeider er å:

- Bidra til å skaffe tilstrekkelig antall læreplasser
- Øke rekrutteringen til faget
- Bidra til å skaffe nødvendig arbeidskraft til helsesektoren både offentlig og privat (<https://www.sv.uio.no/iss/om/samarbeid/prosjektforum/Tidligere%20prosjekter/rapporter/2010%20KSrapporten%20Kommunenes%20fremtidige%20helter.pdf>).

Høsten 2006, ble helsearbeiderfaget lansert som en helt ny opplæring innenfor yrkesfag i videregående skole. Faget skulle erstatte både hjelpepleier og omsorgsarbeiderfaget. Det skulle være et lærefag, dvs. et to pluss to system, der skolen skulle ha ansvaret for opplæringen de to første årene (Vg1 og Vg2), mens lærebedriften skulle ha hovedansvaret for de to siste årene.

2.3 Hvordan er fagopplæringen i Norge organisert

I fag- og yrkesopplæringen har bedriftene tradisjonelt hatt et stort opplæringsansvar. Dette går helt tilbake til middelalderens *laugsvesen*, så å si uten avbrekk. I håndverksfagene fulgte lærlingene og svennene *mesteren* i han arbeid og lærte faget sitt på den måten.

I Norge har også tradisjonene vært at partene i arbeidslivet har samarbeidet med det offentlige for å skape en best mulig fag- og yrkesopplæring. Blant annet er det opprettet organer både på lokalt nivå og sentralt nivå som viser til dette samarbeidet. På lokalt nivå - fylkesnivå, er det yrkesopplæringsnemda som ivaretar fagopplæringen. På sentralt nivå er det Samarbeidsrådet for Yrkesopplæringen, SRY, og faglig råd som representerer alle fag med læretid i bedrift. De fleste fagene som har læretid i bedrift, har en læretid på fire år. Av disse fire årene er det vanlig at to år av opplæringen foregår i skolen, og de siste to årene i opplæringen foregår i

bedrift, forutsatt at det har blitt skrevet en lærekontrakt. Denne modellen blir kalt for «to-pluss-to-modellen» eller «hovedmodellen».

Læretiden i bedrift omfatter ett års opplæring og ett år med verdiskapning. Dette er det samme som at lærlingen skal utføre et årsverk¹ for bedriften, og for dette årsverket får lærlingen lønn for. Lønna er fordelt over begge de to årene på en slik måte at lærlingen til å begynne med får litt lønn, og så stiger den nesten til fagarbeiderlønn mot slutten av læretiden.

Skoleopplæringen foregår vanligvis over to år. Med Kunnskapsløftet i 2006, ble betegnelsene for disse to årene hetende Vg1 for første året, og Vg2 for andre året. Der det er et tredje år i skole ble Vg3 (Dolven & Pedersen, 2007) .

2.3.1 Hvilke lover regulerer fagopplæringen?

I Norge har man hatt lover med bestemmelser om fagopplæring / lærlingordningen i mange år. Denne formen for utdanning er minst 1000 år gammel i Europa og minst 500 år gammel i Norge. I Norge kom den første opplæringsloven 1950, i 1980 kom fagopplæringsloven - *Lov om fagopplæring i arbeidslivet*. Denne ble fra 1. august i 1999 avløst av *Opplæringsloven i henhold til vedtak i Odelstinget 9. juni 1998*. Med Reform 94 ble bedriftsopplæringen allmengjort og en del av det offentlige utdanningssystemet. Hovedmodellen (to pluss to modellen) ble videreført i Kunnskapsløftet (KL06).

Med KL06 ble det et nytt og felles Læreplanverk for hele den 13-årige grunnopplæringen, som også gjelder for opplæringen i bedrift. Selve Læreplanverket for KL06 i grunnskolen og i videregående opplæring skal danne fundamentet for all opplæring i norsk skole og bedrift. Videre er all opplæring etter KL06 basert på de samme føringen og prinsippene som også gjelder for lærebedriftene. Læreplanverket består av: Læreplaner for fag, Generell del av læreplanen, Prinsipper for opplæringen, fag- og timetilbudsstruktur.

- Læreplaner for fag: hvert fag har en egen læreplan for Vg1, Vg2 og Vg3. Disse læreplanene angir formål, hovedområder, omtale av grunnleggende ferdigheter², kompetansemål og bestemmelser for sluttvurdering i faget.

¹ Et årsverk er betegnelse for det arbeidet som skal utføres i løpet av ett år av en arbeidstaker i full stilling.

² Grunnleggende ferdigheter skal vektlegges i alle fag og på alle nivåer. De består av: å kunne lese, regne, uttrykke seg muntlig og skriftlig og kunne bruke digitale verktøy.

- Læreplanens generelle del: beskriver det verdimeslige, kulturelle og kunnskapsmessige grunnlaget for grunnopplæringen. Samtidig utdyper den formålsparagrafen i opplæringsloven og angir de overordnede målene for opplæringen.
- Prinsipper for opplæringen: legger føringer for hvordan opplæringen skal gjennomføres. Disse prinsippene skal bidra til å tydeliggjøre skoleeiers ansvar for en opplæring som er i samsvar med lov og forskrift, i tråd med menneskerettighetene og tilpasset lokale og individuelle forutsetninger og behov. I disse prinsippene kan man også lese om bestemmelser i opplæringsloven som gjelder elevmedvirkning, tilpasset opplæring og læringsmiljø.
- Fag- og timefordeling: for både grunnskolen og videregående opplæring er gjort kjent i egne rundskriv

Selve tilbudsstrukturen for fag- og yrkesopplæringen ble endret med KL06. På Vg1 ble det et bredere løp, det samme med Vg2, da det er mer fellesfag (norsk, engelsk, matematikk, naturfag, og samfunnsfag). Samtidig ble det innført et nytt fag som bli kalt for prosjekt til fordypning. Med dette faget skal elevene få en mulighet til å fordype seg i innhold og arbeidsmåtene i et lærefaga (Halland & Nore, 2010a).

I vedlegg nr.3, har jeg lagt ved en tabell som viser de sentrale styringsdokumentene i fag- og yrkesopplæringen.

2.4 Opplæringen til helsearbeiderfaget

Som tidligere nevnt, kan man bli utdannet hjelpepleier på to måter: det ordinære skoleløpet som er fire år; to år skole og to års læretid i bedrift (fig.3), eller som praksiskandidat.

Praksiskandidat er et tilbud til de ufaglærte og voksne som har jobbet minst fem år « i allsidig praksis fra fagområde» (Høst, 2013).

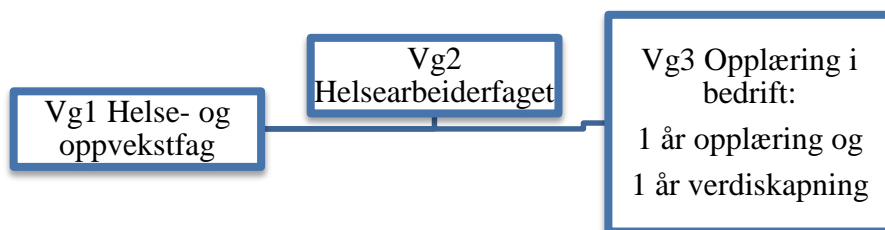


Fig.3. Det ordinære opplæringsløpet i helsearbeiderfaget (Fagopplæringa, 2008).

På Vg1 helse- og oppvekstfag, kan elevene velge å fordype seg i fagene: ambulans, apotek, barn- og ungdom, helsefagarbeider, helsesekretær, hudpleie, fotterapi / ortopediteknikk, tannteknikk og farmasiteknikk. Deretter går man på Vg2 helsearbeiderfaget, får så å søke lærlingplass, og tilslutt to år opplæring i bedrift – ett år opplæring og et år verdiskapning. Skolen har ansvaret for opplæringen på Vg1 og Vg2, og sammen med fellesfagene (norsk, matematikk, samfunnsfag, engelsk og kroppsøving) og programfagene (kommunikasjon og samhandling, helsefremmende arbeid, yrkesutøvelsen og prosjekt til fordypning) skal opplæringen lede til en yrkeskompetanse slik den uttrykkes i læreplanen.

Etter fullført og bestått Vg1 og Vg2, må eleven søke læreplass selv.

Etter å ha fullført to år i læretid, må lærlingens kompetanse vurderes i en fagprøve.

Planlegging, gjennomføring og vurdering av fagprøven er prøvenemdenes ansvar. I dette arbeidet skal prøvenemdene forholde seg til gjeldende lover og forskrifter på utdanningsområdet, samtidig som de skal formidle arbeidslivets faglige normer og krav. Bli prøven bestått, får kandidaten tildelt sitt fagbrev der det uttrykkelig fremgår at «*prøvenemda har bekreftet at kandidaten har den ferdighet og kunnskap som kreves for faget*» (Deichman-Sørensen et al., 2011).

3 ET TEORETISK PERSPEKTIV PÅ YRKESKOMPETANSEN TIL HELSEFAGARBEIDEREN

Både i Norge og i utlandet er det enighet om at kompetansebegrepet er sentralt i all drøfting omkring opplæring. I alle utdanninger og videreutdanninger skaffer man seg kompetanse. Selve kompetansebegrepet sier noe om bestemte kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er nødvendige for det enkelte menneske i sitt arbeid (kilde). I dette kapitlet vil jeg derfor starte med gjøre rede for ulike perspektiver på hvordan kompetansebegrepet blir definert og brukt som min referanseramme i denne studien. I problemstillingen bruker jeg begrepet yrkeskompetanse. Hva som ligger i dette begrepet gjør jeg rede for i underkapittel 3.2. i underkapitler 3.3 frem til 3.4 vil jeg gjøre rede for hvordan kompetansen til helsearbeiderfaget

blir beskrevet i Kunnskapsløftet. Videre vil jeg i underkapittel 3.4. gjøre rede for den forskning som pågår i forhold til måling og utvikling av kompetanse i fag- og yrkesopplæring. «Hvis man skal forstå hva kompetanse er og hvordan den utvikles, må man også se den i sin sammenheng, sier Nygren (2008)». I kapittel 3.5. vil jeg derfor presentere kort om den yrkesfaglige læringstradisjonen. Videre vil dette kapitlet inneholde ulike perspektiver og tolkninger på yrkeskunnskapen, samt ulike syn på utviklingen av yrkeskompetansen. I kapittel 3.5.3 vil jeg gjøre rede for hvordan yrkeskunnskapen blir forstått i omsorgsyrkene. Kapitlet avsluttes med en oppsummering.

3.1 Kompetanse

Selve kompetansebegrepet er sammensatt og flerdimensjonalt, og det har gjennom tidene blitt definert på rekke ulike måter i litteraturen. Begrepet er flere tusen år gammelt og stammer opprinnelig fra den latinske termen *competentia*, som viser til å være funksjonsdyktig eller å ha en tilstrekkelig kunnskap, vurderingsevne, ferdigheter eller styrke til å utføre oppgaver og oppnå økende resultat (Lai, 2013, s. 46). Denne definisjonen viser at kompetanse er anvendelsesrettet og direkte knyttet til bestemte oppgaver og aktiviteter.

I kompetansereformens grunnlag, NOU 1977:25 *Ny kompetanse* beskrives det at; «Kompetanse brukes som en betegnelse på produktive og skapende evner hos individer og organisasjoner». Hos individene er «kunnskaper, ferdigheter og evner som kan bidra til å løse problemer og/eller utføre arbeidsoppgaver» (Nygren, 2004, s. 129).

I Stortingsmelding 30, (Meld. St. 30. (2003-2004) Kultur for læring, beskriver de kompetanse som:

«Å ha evnen til å møte komplekse utfordringer. Det er oppgaven, eller kravene individet, virksomheten eller samfunnet står overfor, som er avgjørende for hvilken kompetanse som kreves. Kompetanse er forstått om hva man gjør og får til i møtet med utfordringene» Kilde

I denne definisjonen legger de vekt på et helhetlig perspektiv, som skal være i tråd med den pedagogiske ideen om at både individet, fellesskapet og faget skal ivareta i arbeidet og som grunnlag for utvikling. Videre blir komplekse utfordringer knyttet til arbeids- og hverdagslivet. Samtidig viser denne definisjonen til at det er kompetanse, og ikke løsrevet kunnskap eller enkeltferdigheter som er målet for opplæringen (Nilsen & Haaland, 2008).

Lai (2013, s 46), definerer kompetansebegrepet slik: «*Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål*» (Lai, 2013).

I denne definisjonen sier hun at kompetanse, er anvendelsesrettet og direkte knyttet til bestemte oppgaver og aktiviteter. Det finnes også andre definisjoner av kompetanse i organisasjonssammenheng. Et eksempel på dette er definisjonen fra Nordhaug m.fl. som definerer kompetanse som «*Anvendte og anvendbare kunnskaper, ferdigheter og evner som har bruksverdi i arbeidslivet*» (Nordhaug & Brandi, 2004).

I dette eksemplet er ikke begrepet holdninger tatt med. Dette begrunnes med at det kan være gunstig å skille mellom kompetanse i form av kunnskaper, ferdigheter og evner på den ene siden, mens på den andre siden kan motivasjon og holdninger virke inn på anvendelsen og selve omdannelsen av kompetansen. Slik jeg forstår dette så er ikke holdning en del av definisjonen fordi holdning er en faktor som påvirker hvordan individet anvender kompetanse knyttet til arbeid.

Lai (2013, s. 50) mener at holdninger er en del av en persons potensial og er derfor en av de viktigste komponenten i kompetanse. Holdninger kan være helt avgjørende om en person er kompetent eller ikke. Når hun inkluderer holdninger i kompetansebegrepet refereres det til personens meninger, oppfatninger og verdier som er direkte knyttet til aktuelle oppgaver og funksjoner. Hun beskriver det videre med å bruke begrepet «*jobbrelaterte holdninger*», som har det med den følelsesmessige delen av kompetansebegrepet å gjøre. Eksempler på dette er holdninger til arbeidsoppgaver, kolleger, produkter og selve organisasjonen, for eksempel indre og ytre jobbmotivasjon, vilje til å hjelpe kolleger, vilje til å være fleksibel og tilpasningsdyktig når det trengs (Lai, 2013).

Betydningen av holdninger er spesielt tydelig i forbindelse med pleie- og omsorgsoppgaver. I hvilken grad en helsefagarbeider er kompetent, avhenger derfor ikke bare av kunnskaper og ferdigheter, men også i stor grad av hvilke holdninger den enkelte har til sine arbeidsoppgaver. For eksempel må og bør en helsefagarbeider ha et positivt og helhetlig menneskesyn, vise respekt for menneskeverdet og ha en medmenneskelig innstilling. I kompetanseplattformen til helsearbeiderfaget poengteres det med at personlig egnethet er viktig i yrkesutøvelsen.

Skau (2011) sier i sin bok at personlig kompetanse er en betydningsfull og integrert del av profesjonaliteten, og at personlig kompetanse er viktig i all samspill og spesielt i yrker der

møtet med andre står sentralt. I sin bok beskriver hun en helhetlig modell for profesjonell kompetanse, som hun mener er særlig relevant i arbeid med mennesker. Denne modellen fremstiller hun som en trekant som hun kaller kompetansetrekanten. I denne trekanten har hun delt opp kompetansebegrepets innhold i tre ulike sider; teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse.

Disse tre sidene henger nøye sammen, påvirker hverandre og er avhengige av hverandre. De kommer til uttrykk samtidig, men med ulik tyngde, i våre enkelte handlinger og utgjør i den forstand en helhet i den profesjonelle kompetansen. Hun sier at personlig kompetanse ikke er yrkesspesifikk, men at vi bruker den i utøvelsen av yrket.

Den er en unik kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper, holdninger og ferdigheter som vi mer eller mindre intuitiv tilpasser ulike profesjonelle sammenhenger (Skau, 2011).

Lai (2013), har i sin bok, utarbeidet en noe annerledes modell enn Skau (2011) sin kompetansetrekant. I Lai sin modell viser hun til sammenhengen mellom alle fire kompetansekomponentene i definisjonen av kompetansebegrepet (fig. under).

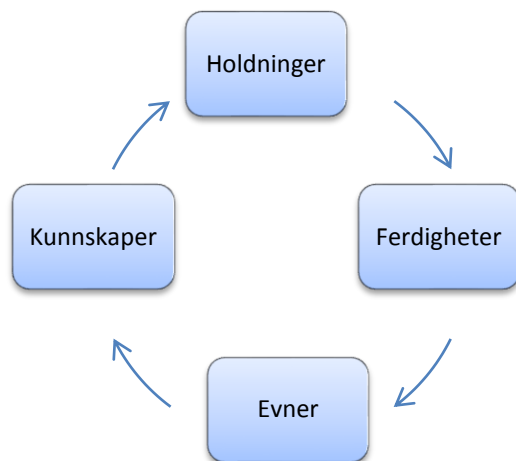


Fig. 4: Sammenheng mellom ulike kompetansekomponenter (Lai, 2013, s. 51).

I figuren over viser det seg at; Kunnskaper er «å vite», Ferdigheter er «å kunne gjøre», Evner er «å ha talent for» og Holdninger er «å ønske og ville». Alle fire komponentene henger nøye sammen og er gjensidig avhengig av hverandre. Holdninger har en direkte sammenheng med hvordan man utfører arbeidsoppgavene, og er dermed en viktig indikator på om personen er

kompetent eller ikke. Evner reflekteres til hvilke egenskaper, kvaliteter og talenter som påvirker muligheten til å utføre en arbeidsoppgavene. Kunnskaper, ferdigheter og holdninger kan beskrives som det du skal gjøre i en gitt situasjon.

Disse kompetansekompomentene er nært koblet sammen og kan være vanskelig å skille utover et rent analytisk nivå. I praksis vil også disse komponentene gli over i hverandre og sammen gi et meningsfullt uttrykk for en persons kompetanses.

Når det er samsvar mellom situasjonen og kompetansekravene på den ene siden og individets (f.eks. helsefagarbeiderens) potensial på den annen side er medarbeideren kompetent. Ved manglende samsvar sier Lai (2013) at: «*medarbeideren er inkompetent i den sammenhengen det gjelder – uansett hvor kunnskapsrik, evnerik og dyktig helsefagarbeideren måtte være isolert sett eller i andre sammenhenger*» (Lai, 2013). I denne forskningen er det den kompetente helsefagarbeideren jeg skal forske på, og ikke på den inkompetente. Å være inkompetent går jeg derfor ikke nærmere inn på.

3.1.1 Ulike kompetanseformer

Selv om kompetanse består av kunnskaper, ferdigheter, og holdninger, sier både Lai (2013) og Nygren (2008) at kompetanse kan ha mange former og karakterer. For å kunne vise til kompleksiteten, så skilles det på *generell*, *spesifikk* (eks. bransjespesifikk), *formell* og *uformell* kompetanse, alt etter hvor den er tilegnet. Når individets kompetanse kan brukes på et bredt felt og av mange arbeidsgivere, kaller man det *generell* kompetanse. Hvis individets kompetanse derimot bare kan brukes i noen spesielle sammenhenger, kaller han det for *spesifikk* kompetanse. I forhold til dette sier Nygren (2008) at: «*Arbeidstakere som har mye generell kompetanse, har større muligheter til å få arbeid hos andre arbeidsgivere ene arbeidstakere med mye bedriftsspesifikke kompetanse, men med lite generell kompetanse*» (Nygren, 2004, s. 130).

Med formell kompetanse menes kompetanse som en medarbeider kan dokumentere som er basert på utdanning, kurs, systematisk opplæring i regi av godkjente tilbydere, utdanningsinstitusjoner og kursarrangører. Som regel stilles det ofte spesifikke krav til den formelle kompetansen. For helsefagarbeideren kan dette f.eks. være å utføre bestemte arbeidsoppgaver, prosedyrer eller funksjoner som er spesielt for denne yrkesgruppen. Med uformell kompetanse mener man den kompetansen en medarbeider har utviklet utenfor utdanningssystemet eller ved planlagte tiltak, det vil si gjennom erfaring i arbeidslivet og andre arenaer (f.eks. en ufaglært i pleie og omsorgssektoren).

Summen av formell og uformell kompetanse blir sett på som realkompetansen til en medarbeider (fig.5).

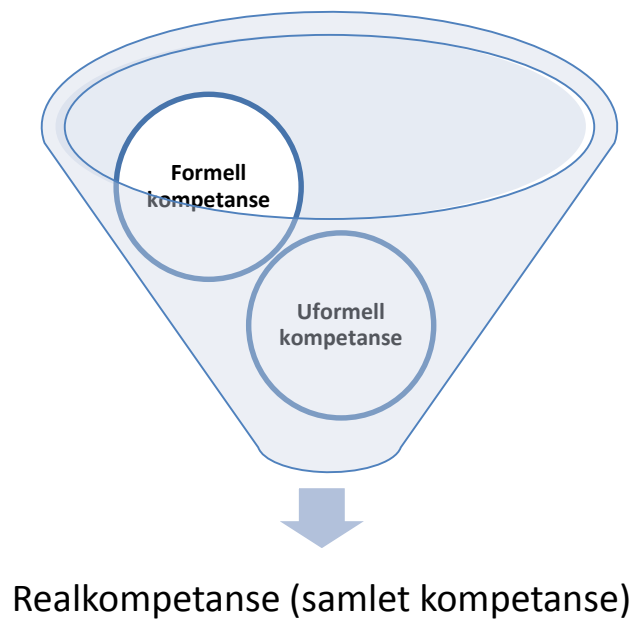


Fig.5 Sammenhengen mellom formell og uformell kompetanse (Lai, 2013, s. 55)

Realkompetansen er summen av formell og uformell kompetanse, det vil si den samlede kompetansen en medarbeider har ervervet seg gjennom formell utdanning, arbeidslivserfaring, annen organisasjonsdeltakelse samt gjennom privatlivet og andre arenaer (Lai, 2013).

Videre sier Nygren (2008) at realkompetanse er det et individ kan, og som utvikles gjennom ulike former for læring. Eksempler på en slik læring er arbeidserfaring, opplæring i arbeidslivet og formell utdanning.

Videre mener Nygren (2008) at: «alle typer kompetanser er realkompetanser, i den betydningen av at de er reelle, ellers er det ikke en menneskelig kompetanse. De kan være mer eller mindre utviklede, men de er reelle». Her mener han at kompetansen eksisterer både som en kognitiv og emosjonell forutsetning for personens deltakelse i en oppgaveløsende praksis, og som da er en integrert del i denne praksisen.

Når man skiller mellom formell kompetanse fra det som er reell eller realkompetanser, sier Nygren (2008) at man i virkeligheten ikke snakker om menneskelig kompetanse, men om formelle *kvalifikasjoner*, et begrep han mener refererer til noe helt annen del av virkeligheten enn begrepet kompetanse. Når en person sies å ha bestemte kvalifikasjoner, betyr det at

personen har gjennom en eller annen form for standardiserte prøver for eksempel gjennom fagprøven blitt vurdert som kvalifisert for å mestre bestemte oppgaver innenfor et bestemt yrke.

Det som er felles for kvalifikasjon og kompetanse er at begge på en eller annen måte er knyttet til personens handlinger. For eksempel bli helsefagarbeiderens handlinger synlig når han /hun gjennomfører en «morgenstell» til en pasient på et sykehjem. Gjennom denne handlingen synliggjør helsefagarbeideren en eller annen form for kompetanse. Mens de kvalifikasjonene som helsefagarbeideren eventuelt har blitt tildelt gjennom sin utdanning, blir som kvalifikasjoner ikke synliggjort i hans eller hennes handlinger. Her sier Nygren (2008), at kvalifikasjonene finnes ikke og synliggjøres ikke i hennes konkrete handlinger, men at de konstrueres ut fra bestemte kriterier, og at de konstrueres av de som bedømmer hennes handlinger (Nygren, 2004).

3.2 Yrkeskompetanse

Formålet til fag- og yrkesopplæringen er å skape integrerte og selvstendige mennesker som skal delta og være aktive bidragsytere i samfunnet, samtidig er det viktig å utvikle kompetente fagfolk til arbeidslivet. I fag- og yrkesopplæringen blir kompetanse tolket som *yrkeskompetanse*.

Yrkeskompetanse er også sluttbetegnelsen innen videregående opplæring i yrkesfag som definerer det en fagarbeider må kunne for å utøve et yrke i samsvar med markedets krav og behov for fagarbeid. Innen helsearbeiderfaget har personen oppnådd yrkeskompetanse når hun eller han har bestått fag- og svenneprøven.

Yrkeskompetanse består av både faglig kompetanse og nøkkelkompetanse. Faglig kompetanse er knyttet til yrkesspesifikke håndverksmessige ferdigheter, teknikker, arbeidsmåter og materiell. Samtidig inkluderer dette også evne til å konkretisere, planlegge, begrunne, vurdere og lære av sitt arbeid.

Med nøkkelkompetanse menes kompetanse det er behov for i alle yrker, men som ikke er yrkesspesifikk. Det vil si at den ikke direkte inngår i de håndverksmessige, teknisk-faglige og metodiske kompetansebehovene som de enkelte yrkene stiller. Innholdet og omfanget av nøkkelkompetansen varierer, men evne til samarbeid, kommunikasjon og planlegging, er eksempler på viktig nøkkelkompetanse. Leser man i stillingsannonse i forhold til helsearbeiderfaget, legges det vekt på det å være; ansvarsbevisst, entusiastisk, fleksibel, godt

humør, lojal serviceorientert, strukturert, selvstendig og samarbeidsorientert eksempler på sentral nøkkelkompetanse. Det er flytende overganger mellom fagkompetanse og nøkkelkompetanse siden begge er integrert i yrkesutøvelsen (Nilsen & Haaland, 2008).

Freudinger (1996), deler nøkkelkompetanse i tre hovedkategorier som:

1. Sosial kompetanse som handler om å ha evne til å samarbeide, kunne kommunisere og ledelse.
2. Personlig kompetanse som handler om kreativitet, nøyaktighet og fleksibilitet.
3. Kognitiv kompetanse som blant annet evne til abstrakt tenkning, planlegging, språklige og digitale ferdigheter.

Vektleggingen av disse hovedkategoriene varierer fra yrke til yrke, og Freudinger (1996) hevder at ingen av disse kan neglisjeres. For eksempel er det i helse- og sosialfagene behovet for den sosiale og personlige kompetansen mest fremtreden, men samtidig er det også viktig med nøkkelkompetansen i yrkesutøvelsen som f. eks at man skal være serviceorientert og strukturert i arbeidet (Nilsen & Haaland, 2008).

I kompetanseplattformen til helsearbeiderfaget legges det spesielt vekt på personlig egnet og at de har den kompetansen som kreves. I helsearbeiderfaget skal man jobbe tett med brukere og pasienter, noe som krever spesielle egenskaper og talenter. Blant annet bruker man seg selv som det viktigste instrument i yrkesutøvelsen, og det er derfor ikke alle som passer til dette.

Utvikling av personlige egenskaper og sosial kompetanse blir i dag sett på som viktigere enn noen sinne. Denne kompetansen blir definert av WHO (Verdens helseorganisasjon) som: *«livskompetanse, og innbefatter evne til kommunikasjon, beslutningstaking, problemløsning, kritisk tenkning, selvhevdelse og det å stå imot gruppepress, kunne takle uro og stress, tilpasse seg nye miljøer og kjenne seg selv»* (Ekelund, 2007, s. 22).

Dette blir støttet opp av Skau (2011), som har forsket i helse- og sosialfagene, hvor hun blant annet mener at den kognitive og sosiale kompetansen er en del av den personlige kompetansen. Hun sier at personlig kompetanse er ingen monologisk enhet, sitat: *«den er snarere et kaleidoskop, en samling av nyanser og aspekter som brytes mot hverandre, går over i hverandre og utfyller hverandre»* (Skau, 2011, s. 72).

Hun mener også at det ikke finnes noe enhetlig og allmenngyldig begrepsapparat som favner denne formen for kompetanse. Samtidig stiller hun seg tvilende til hvordan det er mulig å

utvikle det, men samtidig sier hun det er allikevel er mulig å utvikle vår forståelse for denne kompetanseformens egenart, nyanser og betydning. Samtidig sier hun også at det er både mulig og nødvendig å utvikle vår evne til å sette ord på hvilke sider ved personlig kompetanse vi trenger for å utføre ulike typer arbeid.

For å konkretisere hva som er personlig kompetanse og hvordan den kommer i uttrykk i helse- og sosialfagene, har hun listet opp 67 forskjellige måter. Gjennom en analyse av dem, mener hun å kunne skille ut en grunnstruktur som består av følgende aspekter (fig.6):

- *Et kunnskapsaspekt:* personlig, erfaringsbasert viten, bearbeidet livserfaring
- *Et etisk aspekt:* verdier og holdninger
- *Et handlingsaspekt:* individuelle handlingsdisposisjoner og væremåter
- *Et ferdighetsaspekt:* personlige evner og ferdigheter
- *Et fysisk aspekt:* kroppslige egenskaper og kjennetegn
- *Et personlighetsaspekt:* relativt stabile personlighetstrekk og egenskaper



Fig.6 Oversikt over de seks aspektene som utgjør grunnstrukturen i den personlige kompetansen (Skau, 2011, s. 75)

Videre sier Skau (2011) at personlig kompetanse kan være vanskelig å definere, dokumentere, avgrense og måle. Samtidig er dette en form for kompetanse som tar tid å utvikle, slik at tid her er en positiv og nødvendig faktor (Skau, 2011).

Yrkeskompetansen kan være ulik fra person til person, selv om den er like mye verdt. Ofte er noen av kompetansen som kreves i et yrke nødvendig for alle fagarbeidere, mens andre deler av kompetansen kan variere fra bygd til by og mellom virksomhetene. Helsearbeiderfaget er et eksempel på dette, da en helsefagarbeider kan i læretiden velge å arbeide innenfor flere forskjellige og ulike helseforetak (Nilsen & Haaland, 2008).

Nilsen & Haaland (2008), sier at yrkeskompetansen omfatter evnen til å utføre fagarbeid i et yrke og til å løse sammensatte arbeidsoppgaver eller yrkesutøvelsen som helhet. Samtidig omfatter den forståelsen for utøvelsen av yrket, yrkets funksjon i samfunnet og dets kultur, tradisjon og utvikling. Videre sier de at yrkeskompetansen også er knyttet til enkelte arbeidsoppgaver (fig.6), men andre deler av yrkeskompetansen er knyttet til yrket som helhet.

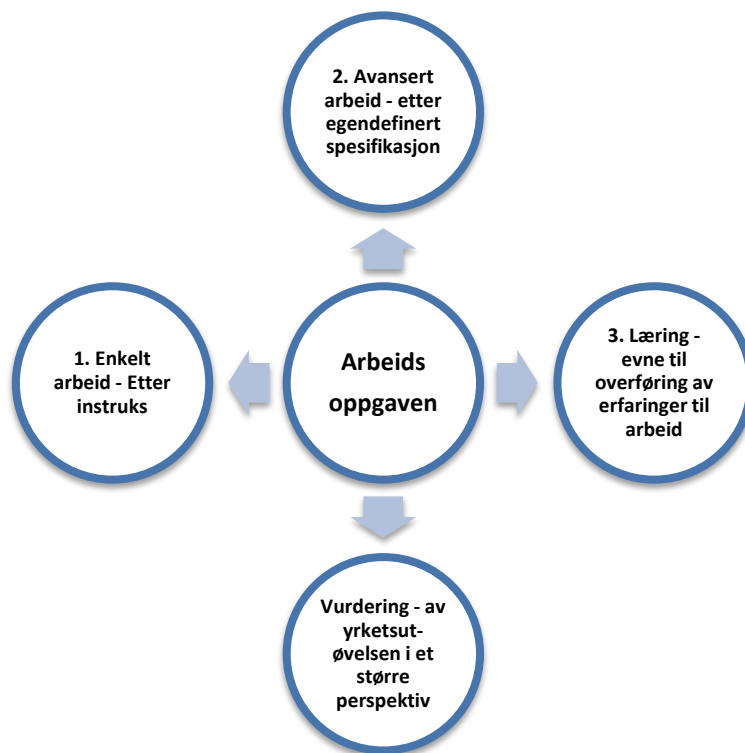


Fig. 6 Arbeidsoppgaver og kompetanse i et yrke (Nilsen & Haaland, 2008, s. 11).

Figuren over er et eksempel på hva som kan inngå i de fire kompetanseområdene i et yrke. Her sier Nilsen & Haaland (2008) at i de fleste yrker er det nødvendig med kompetanse innenfor alle de fire feltene. Innholdet i de fire områdene varierer fra yrke til yrke og innenfor et yrke. Samtidig vil det også variere avhengig av markedets behov for produkter og tjenester og ikke minst arbeidsplassens behov for kompetanse. Dette viser at nøkkelkompetanse er noe som inngår som naturlig del av kompetansen på alle områder (Nilsen & Haaland, 2008).

I sin bok sier også Hiim og Hippe (2001), at yrkeskompetanse består av en helhet av teoretiske kunnskaper, praktiske ferdigheter og yrkesetiske holdninger (Hiim & Hippe, 2001). Denne tredelingen har også store likhetstrekk med både Skau (2011) og Lai (2013) sine kompetansemodeller, slik at min definisjon av kompetanse i dette forskningsprosjektet avgrenses *yrkeskompetansen* til helsefagarbeideren til og omhandle *de kunnskaper, ferdigheter og holdninger* som helsefagarbeideren må ha for å kunne løse de gitte arbeidsoppgavene som yrkesutøvelsen krever.

3.3 Hvem har definert kompetansen i læreplanene i fag- og yrkesopplæringa?

I utarbeidelsen av læreplanene for fag- og yrkesopplæringen, har både arbeidsgivere, arbeidstakere og yrkesfaglærere bidratt. Ved oppstarten av læreplanarbeidet utarbeidet partene i arbeidslivet såkalte kompetanseplattformer innenfor hvert fag. Disse kompetanseplattformene inneholdt beskrivelser av typiske arbeidsoppgaver og krav til kompetanse som kreves i hvert lærefag. Disse kompetanseplattformene var utgangspunktet for arbeidet med læreplanene for fag på alle nivåer fra Vg1 til Vg3 bedrift. Med dette har partene i arbeidslivet bidratt til beskrivelser av forventet fagkompetanse på de ulike nivåene i opplæringen. Kompetanseplattformen er ikke et offentlig dokument, men ment som et arbeidsredskap i utarbeidelsen av læreplanen (Halland & Nore, 2010a).

3.3.1 Kompetanseplattformen til helsearbeiderfaget

Kompetanseplattformen for helsearbeiderfaget er delt i tre deler (vedlegg 4).

I første del heter det seg at: *«Helsefagarbeideren utfører praktisk pleie, omsorg og miljøarbeid for pasienter og brukere av helse- og sosialtjenesten. Helsefagarbeideren utøver sitt fag med utgangspunkt i pasientens/brukerens forutsetninger, med sikte på å bedre livskvaliteten og funksjonsnivået for den enkelte. Helsefagarbeideren arbeider i spesialisthelsetjenesten, i psykisk helsevern på alle nivåer og i institusjoner og varierte omsorgs- og behandlingstilbud i kommunal og privat sektor.*

I denne delen beskriver de aktuelle arbeidsstedene og de sentrale arbeids- og ansvarsområdene i det daglige arbeidet. Sentrale arbeids- og ansvarsområder for helsefagarbeideren er:

- Utøvelse av faglig og omsorgsfull helsehjelp, med brukeren i sentrum
- Arbeide med helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende pleie- og omsorgstiltak
- Planlegging, utføring og deltakelse i det totale behandlingsopplegget for pasienten/brukeren
- Å arbeide etter gjeldende hygieniske, ernæringsmessige og ergonomiske prinsipper
- Å håndtere medikamenter etter gjeldende lovverk
- Journalføring, dokumentasjon og rapportering

I tillegg til dette vektlegges personlig egenskaper sterkt:

- Du må kunne bry deg om, vise omsorg og respekt for og ta hensyn til andre mennesker.
 - Du bør kunne arbeide både selvstendig og i samarbeid med andre
- (Kompetanseplattformen i helsearbeiderfaget, 2006).

Andre del omhandler fagets utvikling og plassering i samfunnet. Her begrunnes det med at: *«Helse- og sosialtjenesten og samfunnet for øvrig er preget av forandring: En sammensatt pasient- og brukergruppe, rask omstillingstakt, sterke krav til effektivitet og prioritering og stadig mer kvalitetsbevisste pasienter, brukere og pårørende. Dette gjenspeiles i faget. Helsearbeiderfaget skal også representere den kontinuitet og stabilitet som samspill med andre mennesker og pleie- og omsorgsarbeid er preget av. Til sammen stiller disse forholdene store krav til helsefagarbeiderens utviklings- og endringskompetanse, og dette må sees i sammenheng med mulighetene for etter- og videreutdanning i et livslangt læringsperspektiv.*

Videre står det at helsefagarbeideren skal omfattes av EØS-avtalens direktiv om helsepersonell, av nordisk overenskomst om godkjenning av helsepersonell og av norske helsemyndigheters krav til autorisasjon.

I tredje del beskriver man likheter og ulikheter i forhold til andre fag: *«Helsearbeiderfaget har noen likheter med andre fag i utdanningsprogrammet for helse- og sosialfag, spesielt fag hvor det stilles krav om autorisasjon som helsepersonell. Det grunnleggende fellestrekket er møtet med mennesker med ulike behov. I tillegg kommer bruken av hygieniske prinsipper i arbeidsutførelsen og kravene til blant annet etisk refleksjon, evne til kommunikasjon og personlig egnethet».*

Videre står det: *«mens de øvrige fagene tar utgangspunkt i møtet med pasienter/brukere i avgrensede situasjoner, er den helhetlige pleie- og omsorgsfunksjonen som helsefagarbeiderne har, spesielt for denne personellgruppen.*

Avslutningsvis blir det sagt at helsearbeiderfaget også har fellestrekk med fag på høgskolenivå, spesielt sykepleie og vernepleie (Kompetanseplattformen i helsearbeiderfaget).

3.3.2 Kompetanse ut fra læreplanen i helsearbeiderfaget

Læreplanene er et viktig styringsdokument som sier noe om hva de nasjonale myndighetene mener det er viktig at den oppvoksende generasjon skal lære. Samtidig forteller læreplanen hvilke verdier og interesser som skal prioriteres, og hvilke kunnskaper som skal defineres som viktige. Læreplanen for de enkelte lærefagene er forskrifter til opplæringsloven som beskriver den kompetansen elevene, lærlingene eller lærekandidatene skal ha når opplæringen er avsluttet.

Med KL06 ble det utarbeidet en læreplan for opplæring i bedrift i hvert av lærefagene innenfor fag- og yrkesopplæringen. Kompetansemålene er utviklet i samarbeid med «bransjefolk» og gir en samlet beskrivelse av hva en nyutdannet fagarbeider skal kunne mestre i det enkelte fag. Læreplanene for Vg3 angir den fagkompetansen lærlingen skal mestre når han eller hun avlegger fag- eller svenneprøven. Læreplanene for Vg1 og Vg2 i skole, beskriver kompetansemålene for hvert av skoleårene, samtidig er det lagt opp til en progresjon i kompetansen fra Vg1 i skole frem til fag- og svenneprøven.

Utvikling av kompetanse står sentralt i læreplanene for fag på alle nivåer i opplæringen. Grunnleggende. Grunnleggende ferdigheter (kunne lese, regne, uttrykke seg muntlig og skriftlig og kunne bruke digitale verktøy) skal vektlegges i alle fag og på alle nivåer.

Kompetansemålene i læreplanene skal gi rom for lokal tilpasning av innhold og arbeidsmåter. Dette for at opplæringen skal kunne tilpasse den enkelte elev/lærling/lærekandidats forutsetninger. Videre er det ingen overlappinger i regelverket. Det som står i en bestemmelse, står ikke de andre. Derfor er det viktig å kjenne både læreplanverket og opplæringsloven med forskrift.

Et av prinsippene for de nye læreplanene er at de skal inneholde mål for fagkompetanse, det vil si beskrivelser av hva eleven eller lærlingen skal mestre, utføre eller løse etter endt opplæring. Planene skiller ikke mellom teori og praksis, men gjennom praktisk handling skal elevene og lærlingene vise at de kan bruke teori både til å løse oppgaver, til å forklare hva de gjør, og til å begrunne hvorfor de gjør som de gjør. Kompetansemålene skal også fungere som et redskap for å sikre nasjonal standard i fag- og yrkesopplæringen (Halland & Nore, 2010a).

Læreplanen for helsearbeiderfaget er gjennomgående for både Vg1, Vg2 og Vg3. I alle tre læreplaner er det tre hovedområder (programområder) som går igjen. Det er programfagene *helsefremmende arbeid, kommunikasjon og samhandling og yrkesutøvelsen*.

Helsefremmende arbeid handler om hva levevaner, fysisk aktivitet og kosthold betyr for å forebygge sykdom og fremme fysisk og psykisk helse. Videre handler det om pleie- og omsorg og aktiviteter som fremmer mestring, helse, trivsel og livskvalitet.

Kommunikasjon og samhandling handler om hvordan kommunikasjon med mennesker kan fremme helse og sosial utvikling. Grunnleggende verdier som empati, respekt og toleranse for den enkeltes selvfølelse og integritet er sentralt.

Yrkesutøvelsen handler om planlegging, gjennomføring, dokumentasjon og vurdering av eget arbeid. Relevant regelverk og yrkesetiske retningslinje, helsefagarbeiderens rolle og ansvar i samarbeid med andre yrkesgrupper står sentralt.

Disse tre hovedområdene skal utfylle hverandre og må ses i sammenheng. Kunnskaper fra programområdet kommunikasjon og samhandling og helsefremmende arbeid må for eksempel brukes i programfaget yrkesutøvelsen og omvendt (Læreplan for Helsearbeiderfaget Vg3/bedrift).

I første del av læreplanen for Vg3 Helsearbeiderfaget (vedlegg 5), beskrives formålet med faget. For eksempel står at; «helsefagarbeideren utfører omsorg, grunnleggende sykepleie og

miljøarbeid for pasienter og brukere av helse- og sosialtjenesten». Når det heter seg at helsefagarbeideren utfører «grunnleggende sykepleie», er det viktig å tenke på at helsefagarbeideren er en faggruppe som i mindre grad enn mange av de andre tradisjonelle fagene innen fagopplæringssystemet har et eget selvstendig fagområde. Dette på grunn av at deres fagområder er en del av og ligger innenfor det man kaller sykepleiernes jurisdiksjon (Deichman-Sørensen et al., 2011).

Videre står det at; «helsearbeiderfaget skal medvirke til å dekke behovet for kompetente helsefagarbeidere som kan møte pasienter, brukere og pårørende på en profesjonell måte, og bidra til at samfunnets behov for helse- og omsorgstjenester blir ivaretatt både i helse- og sosialtjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten».

I følge dette legger både læreplanen og de statlige helsemyndighetene vekt på at helsefagarbeideren skal ha en viktig plass i helseforetakene og i sykehusene.

Videre heter det at: «Helsefagarbeideren skal gjennom opplæringen bli i stand til å observere og bruke kunnskap om ulike sykdommer, skader og lidelser, og til å iverksette forebyggende eller behandlende tiltak innen eget ansvars- og kompetanseområde». 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. (Læreplan i helsearbeiderfaget Vg3 / opplæring i bedrift).

I del to beskrives strukturen i faget og en utdyping av de tre hovedområdene som utgjør programfagene helsefremmende arbeid, kommunikasjon og samhandling og yrkesutøvelsen. Dette har jeg beskrevet over, men i alle læreplanene er det også utarbeidet kompetansemål innenfor all tre programområdene. Kompetansemålene er formulert med et handlingsaspekt som sier noe om hvordan elevene skal anvende de kunnskaper og ferdigheter de har utviklet gjennom arbeidet med fagene.

I programfaget *helsefremmende arbeid* handler kompetansemålene om å kunne: tilberede måltider som ivaretar brukerens helse og trivsel, planlegge, gjennomføre og vurdere forebyggende og rehabiliterende pleie- og omsorgstiltak, pleie alvorlig syke og døende, planlegge og gjennomføre tiltak som fremmer trivsel og bidra til økt livskvalitet, planlegge og gjennomføre aktiviteter i dagliglivet tilpasset brukerens funksjonsnivå, veilede i bruk av aktuelle hjelpemidler, utføre førstehjelp og observere og rapportere om virkninger og bivirkninger av legemidler.

I programfaget *kommunikasjon og samhandling* skal man kunne: «skape troverdighet og positiv dialog med bruker, pasient og pårørende, kommunisere med brukere og pasienter med ulik kommunikasjonsevne, bruke ulike strategier for konflikthåndtering, håndtere aggressive og truende pasienter, veilede brukere, pasienter og pårørende i helsefaglige spørsmål, orientere brukere og pårørende om deres grunnleggende rettigheter innen helse- og sosialtjenesten og tilslutt utføre arbeidene på en måte som vekker tillit, samt arbeide i tråd med miljøterapeutiske målsettinger.

I programfaget *yrkesutøvelsen* er målet for opplæringen at lærlingen skal kunne: planlegge, gjennomføre, dokumentere og vurdere eget arbeid og foreslå forbedringstiltak, identifisere underernæring og feilernæring og foreslå tiltak for å forebygge og behandle disse, yte profesjonell helsehjelp i tråd med gjeldende regelverk, utføre arbeidet i tråd med yrkesetiske retningslinjer, drøfte etiske problemstillinger knyttet til yrkesutøvelsen, utføre arbeidet på en måte som ivaretar den enkelte brukers selvstendighet, følelse av likeverd og tilhørighet, følge gjeldende regelverk for bruk av tvang, delta i tverrfaglig samarbeid, ivareta brukermedvirkning, kartlegge brukerens funksjonsnivå og bistandsbehov, og gjennomføre tiltak i samhandling med brukeren, foreslå og sette i verk tiltak som fremmer mestring, helse, trivsel og stimulerer til et aktivt liv, utføre arbeidet i samsvar med gjeldende regelverk og arbeidsplassens planer og rutiner, og til slutt følge gjeldende regelverk og arbeidsplassens rutiner for medikamenthåndtering (utdrag fra Læreplan i helsearbeiderfaget Vg3/bedrift).

Mange av disse kompetansemålene er generelle og lite konkrete, men andre er mer konkret og spesifikke. For eksempel er pleie av alvorlig syke og døende, eller planlegge og gjennomføre tiltak som fremmer trivsel og bidra til økt livskvalitet, veldig generelle og lite konkrete. Mens det å håndtere truende og utagerende personer eller utføre førstehjelp mer konkret og spesifikt.

Med KL06 ble det vektlagt et lokalt ansvar for arbeid med læreplanene. Hensikten var at opplæringen skulle tilpasse bedre til den enkelte elevs og lærlings forutsetninger, interesser og ståsted. Dette medførte til at kompetansemålene i læreplanene skulle gi rom for lokal tilpassing av innholdet og arbeidsmåter for at opplæringen skal kunne tilpasses den enkelte elev/lærling/lærekandidats forutsetninger (Halland & Nore, 2010a).

3.3.3 Ulike målområder

Mange av disse målene er ferdighetsmål, noen er kunnskapsmål, mens andre er holdningsmål. For å kunne vise dette har jeg valgt følgende eksempel på hvordan kunnskaper, ferdigheter og holdninger kan inngå i et gitt kompetansemål:

Læringsmål i yrkesutøvelsen:

- *«Eleven/Lærlingen skal kunne utføre arbeidet på en måte som ivaretar den enkelte brukers selvstendighet, følelse av likeverd og tilhørighet»*
 - Eksempel på *kunnskapselementer* i kompetansen her kan være: kommunikasjon, brukermedvirkning, planlegge tiltak, kjenne til lover og regler i helsetjenestene,
 - Eksempel på *ferdighetslementer* i kompetansen her kan være: kommunikasjon, arbeide på en måte som vekker tillit, yte profesjonell helsehjelp i tråd med gjeldende regelverk
 - Eksempler på *holdningselementer* i kompetansen: vise respekt og respektere de yrkesetiske retningslinjene, arbeide på en måte som vekker tillit, skape troverdighet og positiv dialog med bruker, pasient og pårørende og delta i tverrfaglig samarbeid.

3.4 Måling og utvikling av kompetanse i fag- og yrkesopplæringen (2012-2016)

I Norge som i andre land har kompetansebaserte læreplaner og opplæringsmodeller endret fag- og yrkesopplæringen på flere områder. Spesielt gjelder dette undervisning, læringsforløp og forskning rundt vurdering og læring. Ulike vurderingsformer og bruken av disse har også blitt et viktig tema i fag- og yrkesopplæringen både i Norge og i utlandet. Et viktig initiativ er utvikling av nye verktøy for internasjonale sammenlikninger av elevers og lærlingers kompetanseutvikling, såkalte storskalaundersøkelser.

Tre tilnærminger har stått sentralt på dette feltet de siste årene. En var å identifisere kompetanser i fag- og yrkesopplæringen på grunnlag av jobbkrav og spesifikke arbeidsoppgaver. Den andre strategien ble representert ved et internasjonalt initiativ hvor Norge også deltok, og som skulle utvikle en såkalt PISA for fag- og yrkesopplæringen (PISA-VET). Denne tilnærmingen kombinerte måling av spesifikke yrkeskompetanser og generiske ferdigheter slik som sosial kompetanse i jobben. Forsøket feilet og ble stanset.

Prosjektet MECVET bygger på en tredje tilnærming til storskala måling og vurdering som skal ta utgangspunkt i helhetlig yrkeskompetanse. I forskningsprosjektet MECVET, har de som mål å utvikle et egnet kartleggingsverktøy for norsk opplæringspraksis og arbeidsliv. Det har både et praktisk og teoretisk siktemålmål. Det vil på den ene siden knytte seg til internasjonal forskning om vurdering for kvalitetsutvikling og læring. På den andre siden skal ulike aksjonslæringsmetoder tas i bruk for å teste, evaluere og utvikle et kartleggingsverktøy, en prototyp for norske sammenhenger.

MECVET- prosjektet gjennomføres som en longitudinell³ utprøving på Vg2 elever og lærlinger første og andre året i bedrift. Fagene som er med i dette prosjektet er industrimekanikerfaget, elektrikerfaget og helsearbeiderfaget. Tilsvarende undersøkelser foregår i Tyskland, Sveits, Spania, Polen, Kina og Sør-Afrika.

Hovedhensikten med prosjektet er å utvikle og prøve ut yrkesrelevante testoppgaver. Dette gjøres i samarbeid med fageksperter (prøvenemndsmedlemmer, faglig ledere i bedrift, lærere og yrkesutøvere (i dette tilfellet helsefagarbeidere). Testoppgavene bygger på KOMET-modellen som er utviklet i Tyskland (Universitetet i Bremen) og som tar utgangspunkt i kjerneoppgavene som utføres i de ulike yrkene (Forskingsrådet.no).

3.4.1 Kompetansenivåer og kriterier i KOMET

I forskningsprosjektet MECVET er kompetansebegrepet det samme som yrkeskompetanse. I dette prosjektet mener man at kompetansebegrepet består av tre hoveddimensjoner:

1. *Innholdsdimensjonen* som er forankret i forskningen til Dreyfus & Dreyfus (1986) og deres antakelser om at ferdigheter utvikles gjennom variert yrkespraksis. Her antar man at utviklingen antas å gå i stadier fra novise til ekspert (beskrives i kap.3.5.4)
2. *Handlingsdimensjonen* som viser til de tyske forskningstradisjonene hvor man fremhever betydningen av helhetlig handling (innhenting av informasjon, planlegging, utførelse, vurdering) og arbeidsprosesskunnskap dvs. å se arbeidsoppgaver i en større sammenheng.

³ Longitudinell metode, også kalt langsgående metode, er en tilnærming hvor man følger et individ eller en gruppe av individer over en lengre periode, ofte over flere år (Grønmo, 2009).

3. *Kravdimensjonen* som skal ivareta mangfoldet av evner og ferdigheter som yrkesutøvelsen stilles overfor.

Disse tre dimensjonene skal ligge til grunn for en inndeling i fire nivåer for yrkeskompetansens krav (fig. under).

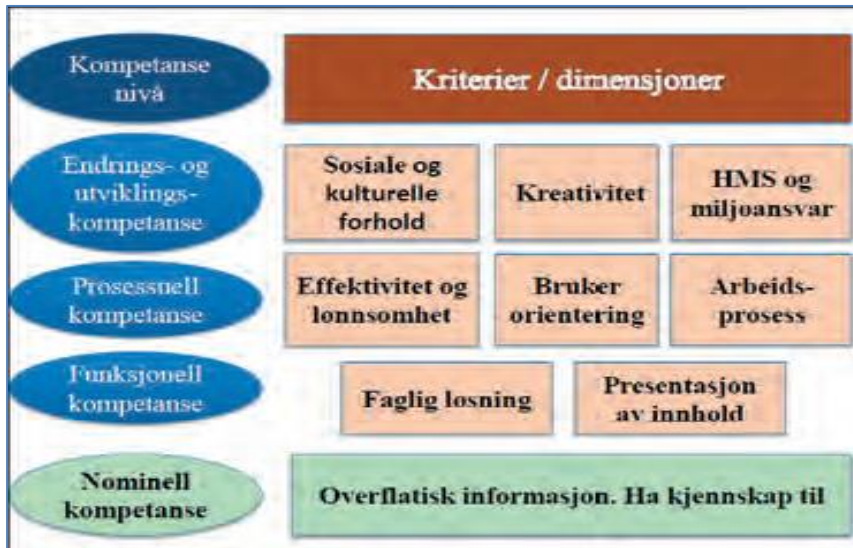


Fig. 5 Kompetansenivåer og kriterier i KOMET-modellen (Forskningsrådet 2015)

Nederst er nominell kompetanse, så funksjonell kompetanse, så kommer prosessuell kompetanse og endrings-/ utviklingskompetanse. Ved hvert av disse nivåene er det igjen definert forskjellige kriterieområder i forhold til yrkesutøvelsen, og da i kjerneoppgavene i yrket (fig. 6).

For helsearbeiderfaget blir KOMET-modellen testet ut på elever og lærlinger som en skriveoppgave. Til sammen er det laget fire forskjellige testoppgaver. Oppgavene består av en case som er hentet ut ifra sentrale yrkessituasjoner fra arbeidslivet. For eksempel kan tema være: «Hva er best for herr Bassler i hans livssituasjon? «Rehabilitering av ung rullestolbruker», «Hjemmeomsorg for Emma Hansen» eller en «En aktivitetsdag». I disse casene får de en grundig situasjonsbeskrivelse og oppgavetekst. Alle ordinære hjelpemidler er tillatt, inkludert dokumentasjonssystem, notatbøker, fagbøker og internett.

I vurderingen av oppgaveløsningene vektlegges følgende momenter: *presentasjon av innhold, faglig løsning, brukerorientering, effektivitet /lønnsomhet, arbeidsprosess, HMS og miljøansvar, familiære og sosio- kulturell kontekst og kreativitet*. Innenfor hvert av disse

kriteriene er det igjen fem kriterier som blir vurdert med; ikke oppfylt, dårlig oppfylt, nesten oppfylt og oppfylt (eksempel under i fig.6)

Fig.6 Eksempler på kompetanse og vurderingsform i KOMET-modellen

1. Funksjonell kompetanse / faglig løsning	Kriteriene er:			
	Ikke oppfylt	Dårlig oppfylt	Nesten oppfylt	Oppfylt
1) Er løsningen faglig (vel) begrunnet?				
2) Tar løsningen hensyn til gjeldende faglige standarder og kunnskapsstatus?				
3) Er det tatt hensyn til praktiske forhold rundt gjennomføringen?				
4) Knyttes ulike arbeidsoppgaver sammen på en meningsfull måte?				
5) imøtekommer løsningen pasientens /brukerens individuelle behov?				

2. Prosessuell kompetanse / brukerorientert

1) Er løsningen opptatt av langsiktige virkninger (unngå «svingdør-effekter»)?				
2) Tas det hensyn til sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak?				
3) Er løsningen opptatt av å fremme brukerens ønsker, autonomi og selvstendighet?				
4) Vurderes fremtidig overgang eller samarbeid med andre behandlingsformer eller behandlingssteder?				
5) Tas det hensyn til betydningen av brukerens sosiale omgivelser innenfor et langsiktig perspektiv?				

3. Endrings og utviklings kompetanse / familiær og sosiale- og kulturell kontekst

1) Blir brukerens /pasientens familiære forhold trukket inn i vurderingen?				
2) Er institusjonelle og økonomiske rammebetingelser for pasienten / brukeren trukket inn i vurderingen?				
3) Blir det tatt hensyn til brukerens / pasientens sosiale miljø?				
4) Tar løsningen hensyn til brukeren / pasientens kulturelle bakgrunn?				
5) Viser løsningen en evne til å sette seg inn i brukerens / pasientens situasjon?				

I dette eksemplet har jeg beskrevet kun tre av de åtte momentene som skal utgjøre en del av den helhetlige yrkeskompetansen til en helsefagarbeider. Gjennom dette kartleggingsverktøyet skal man kunne finne ut av hvor langt en elev eller lærling har kommet i sin utvikling av yrkeskompetansen. Selve scorene bli ført inn i et *spindelveddiagram* (fig.7) som igjen skal gi en indikator på hvor langt eleven og lærlingene har kommet i sin utvikling, samtidig viser også dette diagrammet til hvilken av momentene som er eleven eller lærlingenes svake og sterke sider i forhold til de enkelte momentene i vurderingskriteriene.

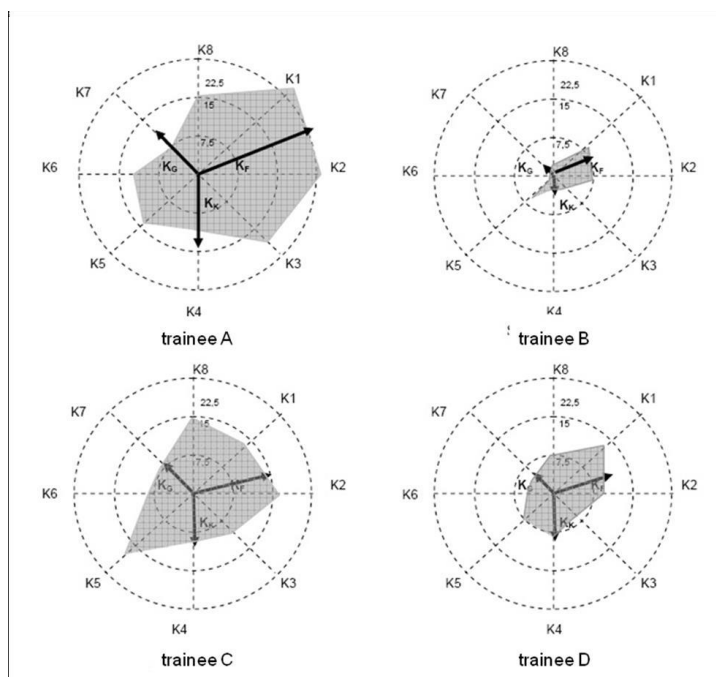


Fig.7 Resultatpresentasjoner i form av kompetanseprofiler ved hjelp av spindelved-skjema (etter forelesning av Førstelektor Hæge Nore. Onsdagsseminar 13.03.2013 ved Høgskolen i Oslo og Akershus, 2013).

Dette prosjektet er fortsatt under utprøving, slik at dette eksemplet er bare beskrevet slik at man kan få litt innsyn i hvordan KOMET-modellen er tiltenkt i bruk som et kartleggingssystem for kompetansemåling i fag- og yrkesopplæringen, både nasjonalt og internasjonalt.

3.4.2 Hvordan identifisere viktige kjerneoppgaver i KOMET-modellen

Forskningsdesignet til MECVET følger delvis de samme fasene for utvikling og utprøving av testoppgavene som forskerne ved Universitetet i Bremen bruker (fig.8).



Fig.8 Forskningsdesignet i MECVET (Forskningsrådet.no).

For å kunne utarbeide testoppgavene i helsearbeiderfaget ble det opprettet en «workshops», et såkalt «ekspertverksted». I helsearbeiderfaget besto workshopen av ti personer som hadde nær kjennskap og tilknytning til faget. Gruppen besto av både helsefagarbeidere, prøvenemndsmedlemmer og yrkesfaglærere. Fasene i dette arbeidet forgikk på følgende måte (fig.8):

- *Ekspert-arbeider verksteder* er systematiske diskusjoner av yrkesfageeksperter og forskere med tanke på å identifisere kjerneoppgaver og læringsmuligheter i yrket.
- *Konstruksjon av testoppgaver* til helsearbeiderfaget var til å begynne oversatt fra tyske forhold, men er i dag tilpasset norske forhold.

- *Spørreskjema om motivasjon, læringsmiljø og yrkesidentitet* er sterkt omarbeidet i forhold til den tyske versjonen. Disse kriteriene brukes for å utvikle testoppgaver, løsningsrom og skjema for vurderer (kriteriebasert vurdering).
- *Gjennomføring av hovedundersøkelsen* foregår longitudinelt over tre år i klasserom og i grupper ved opplæringskontorer.
- *Vurdering av besvarelser* er en fase som omfatter trening i bruk av KOMET-modellen og lydopptak av vurderernes diskusjon av besvarelser.
- *Analysearbeidet* bygger på beskrivende statistikk og kvalitativ analyse av besvarelser og diskusjoner (forskningrådet.no).

3.5 Den yrkesfaglige læringstradisjonen

Å stå i lære hos en mester har i århundrer vært den vanlige måten unge er blitt innført i de ferdigheter, kunnskaper og verdier som knyttet seg til et håndverk og et yrke (Kvale, Nielsen, Bureid & Jensen, 1999). I håndverksfagene var det vanlig at lærlingene og svennene fulgte mesteren i hans arbeid, og lærte faget sitt på denne måten. I dag viser deg seg at den tradisjonelle mesterlæremodellen fremdeles står sterkt i fag- og yrkesopplæringen (Høst, 2008).

Nilsen og Kvale (1999), definerer mesterlære som: «*Læring gjennom deltagelse i praksisfellesskap med gjensidige forpliktelser for mester og lærling i en spesifikk sosial struktur over et lengre tidsrom*» (Kvale et al., 1999, s. 138).

Læring i mesterlære foregår gjennom handlingen – den lærende observerer og imiterer det arbeidet som mesteren eller andre fagarbeider utfører. Opplæringen blir evaluert gjennom praksis ved at lærlingen får prøve ut sine ferdigheter og mottar deretter tilbakemelding. En tradisjonell mesterlære avsluttes med fagbrev. Selve opplæringen evalueres gjennom praksis ved å kontinuerlig prøve ut ferdigheter og motta tilbakemeldinger.

I mesterlære gjør eleven / lærlingen noe sammen med en ekspert på en slik måte at eleven / lærlingen etter hvert og gradvis mestrer mer og mer kompliserte arbeidsoppgaver, og tilslutt trenger ikke eleven / lærlingen ekspertens hjelp (Kvale et al., 1999).

Det er ikke bare utvikling av spesifikke yrkesrelaterte ferdigheter som er læringens mål. Sosialisering er også en viktig del av opplæringen og fellesskapets atferdsmønstre, regler, verdier og holdninger blir da sentrale (Andersen, 2003). I mesterlære finner læringen sted i et

praksisfellesskap. Her lærer lærlingen ved at aktivitetene er synlige og ved at han/hun har fått tilgang til å arbeide i viktige praksissituasjoner. Samtidig fornyes og fremmes læring ved at det er flere generasjoner til stede, og ved at den lærende kan bevege seg på tvers av praksisfellesskap. Her sier Kvale (1999) at: «*Den lærende trer inn i et komplekst strukturert sosialt fellesskap, hvor de ulike deltagerne fungerer som ressurser i læreprosessen. Mester, svenner (fagarbeidere) og lærlinger er sammen om å få en produksjon til å fungere*» (Kvale et al., 1999, s. 200).

Med dette så mener Kvale (1999) at, ved å oppholde seg på «gulvet» i bedriften og utfører rutineoppgaver, vokser den nyankomne inn i fagets kultur, lærer dets sjargong og lytter til de mange historiene om blant annet de tidligere læringene i bedriften.

Opplæringen i mester-lærings-modellen har ofte hatt preg av at svennen så på mesterens utførelse, for så å bli satt til å utføre enkle oppgaver. Mesteren instruerte, ga råd, demonstrerte og vurderte svennenes utførelser. Deretter bestemte en seg for hva svennen kunne utføre på egen hånd. Demonstrasjon, øving, utprøving og korreksjon var stikkordene for læreprosessen (Hiim, Hippe & Keeping, 1998).

3.5.1 Læring og identitet

Å lære i praksis er også en vei mot medlemskap i et fellesskap mot utvikling av en faglig identitet. Her sier Kvale (1999) at tilegnelsen av kunnskaper og ferdigheter inngår i denne identitetsdannelsen, og kan ikke forstås som atskilt fra dette. Læringen her er et langtidsprosjekt, der å mestre faget er rettet mot å bli en bestemt person. Sitat:

«de mange ritualene og seremoniene i især den gamle håndverkslæren dannet rammer rundt utviklingen av en faglig identitet og tjente som «rites de passage» for lettere å få utøverne til å identifisere seg med fagets normer og verdier» (Kvale et al., 1999, s. 203).

Etienne Wenger (2003) er kjent for begrepet «*praksisfellesskap*», og har i sin sosiale teori om læring, lagt vekt på at vi er sosiale mennesker og at det sosiale liv har stor betydning for læring. Han mener at kunnskap er avhengig av kompetanse innen et anerkjent prosjekt for eksempel å reparere maskiner, å synge rent, utføre prosedyrer korrekt osv, og at kunnskap handler om å delta og bruke kunnskap i prosjekter og deltakelse i sosiale fellesskap, og at mening er læringens fullbårne produkt - vår evne til å oppleve å erfare livet og verden som meningsfull. Deltakelse refereres til en prosess, som består i av å være aktiv deltaker i sosiale

felleskaps praksiser, og hvor vi konstruerer identiteter i relasjoner til disse fellesskapene. Å være i en gjeng på lekeplassen eller i et arbeidsteam er for eksempel både en slags handling og en måte å høre til på. En sånn deltagelse er ikke bare hva vi gjør, men også hvem vi er og hvordan vi fortolker det vi gjør.

Wenger mener derfor at det i en sosial teori om læring, må integrere de komponentene som er nødvendig for å karakterisere sosial deltagelse som en prosess som dreier seg om læring og kunnskaper. Disse komponentene innbefatter som vist i figur under:

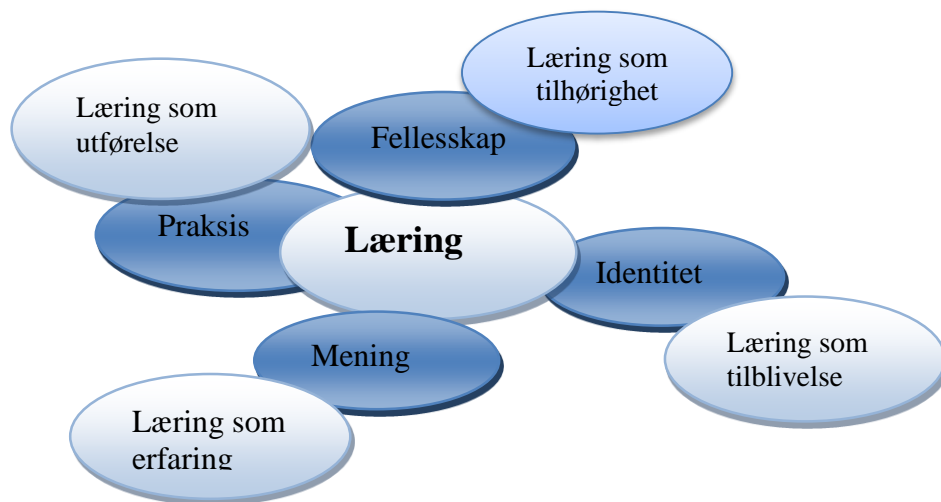


Fig. 9 Komponenter i en sosial teori om læring (Lave et al., 2003, s. 131).

Mening: uttrykk for v r (skiftende) evne til – individuell og kollektivt – opplevelse – hvordan vi opplever verden som meningsfull.

Praksis: uttrykk for de felles historiske og sosiale ressurser, rammer og perspektiver, som kan støtte et gjensidig engasjement i handling.

Felleskap: uttrykk for de sosiale konfigurasjoner hvor våre handlinger, defineres som verdt å utføre, og v r deltagelse kan gjenkjennes som kompetanse.

Identitet: uttrykk for hvordan læring endrer hvem vi er, og skaper personlige tilblivelseshistorier i forbindelse med v re fellesskaper (Lave et al., 2003).

Wenger (2003) mener at disse elementene hører sammen og at de forbinder hverandre gjensidig definerende. Man kan i virkeligheten skifte enhver av de fire komponentene på figuren ut med læring, og putte den i midten som primær fokus, og allikevel vil denne figuren

ha en mening. Han bruker begrepet ”praksisfellesskap” som en inngang til en bredere begrepsramme fordi det utgjør et konstituerende element, samtidig som begrepets analytiske kraft ligger i det at det integrerer komponentene i figuren, og fordi det henviser til en velkjent erfaring. Praksisfellesskap finnes overalt, og vi er med på forskjellige praksisfellesskap som familien, arbeidsplassen, skolen osv. (Lave et al., 2003).

3.5.2 Yrkesdidaktiske arbeidsmåter

Yrkesopplæringen har litt andre tradisjoner enn den formaliserte skoleutdanningen. Svernene har gjennom tidene fått opplæring av en mester. Mesteren var den som skulle bringe håndverket og yrkeskunnskapen videre til neste generasjon, samtidig som han sto for arbeidet og var en garanti for at kunnskapen ble holdt i hevd på en forsvarlig måte. Tradisjonelt hadde læringene veldig respekt for mesterens fagkunnskap og yrkeserfaring (Hiim et al., 1998).

Mye av kjernen i den yrkesfaglige læringstradisjonen handler om nærheten mellom arbeid og læring. Det samme gjelder i dag, hvor yrkesdidaktikken fått en sentral plass i norsk yrkesfaglærerutdanning og ved at det er blitt et sentralt forskningsfelt.

Yrkesdidaktikk blir av Hiim og Hippe (2001) definert som:

«praktisk- teoretisk planlegging gjennomføring, vurdering og kritisk analyse av yrkesspesifikke undervisnings- og læringssituasjoner og kritisk analyse og bruk av yrkesfunksjoner /yrkesoppgaver som grunnlag for læring » (Hiim & Hippe, 2001, s. 19).

Yrkesdidaktikken skal ivareta yrkesperspektivet og sikre at det er relevans i yrkesopplæringen. Den skal også sikre et helhetlig samfunnsperspektiv fordi yrkets kultur og etikk handler også om yrkets relasjoner til arbeidsfellesskapet og samfunnet (Nilsen & Haaland, 2008).

De yrkesdidaktiske prinsippene som ligger til grunn læringsarbeidet i fag- og yrkesopplæringen er blant annet at opplæringen skal ta utgangspunkt arbeidsoppgavene i yrket. Det vil si at elevenes / lærlingenes arbeid med refleksjon over praktisk arbeid er en viktig oppgave. Gjennom praksis skal elevene / lærlingene kunne utvikle forståelse for hva en skal gjøre, kunne begrunne sine egne handlinger og analysere konsekvensene.

Utgangspunktet skal være relevante problemer som eleven / lærlingen skal kunne håndtere selv ved hjelp av veiledning.

Videre handler det om erfaringslæring. Det vil si at elevene / lærlingene skal være bevisst tidligere erfaringer for så å gjøre nye erfaringer. Her må de beskrive og analysere handlinger, opplevelser og resultater, samtidig skal de utvikle kunnskaper og innsikt med utgangspunkt i disse handlingene for deretter utvikle en teori for egen praksisteori. Samtidig skal de planlegge og prøve ut ny praksis for derved å øke sitt handlingsregister i praktiske situasjoner (Nilsen & Haaland, 2008).

Denne prosessen kan illustreres ved Kolbs sirkel for erfaringslæring (fig.9):



Figur 9: Kolbs erfaringslæringssirkel (Nilsen & Haaland, 2008, s. 86)

Erfaring i seg selv er ingen garanti for å lære. De må bearbeides på en systematisk måte gjennom refleksjon over handling. Erfaringslæringen her blir forstått som en systematisk måte å fremme læring på: «Ved å reflektere over og analysere de erfaringene vi gjør, utvikler vi ny kunnskap og øker vår kompetanse. I vekselvirkningen mellom inntrykk og refleksjoner foregår det en tolkning og bearbeiding av inntrykkene» (Nilsen & Haaland, 2008, s. 86).

Erfaringslæring betyr at vi må bearbeide våre erfaringer ut i fra handlingene våre for å lære. Refleksjon i handling er preget av at yrkesutøveren handler, tenker og snakker med situasjonen underveis i handlingen. Refleksjon over handlingen gjøres etter at handlingen er

utført. Vi utvikler ny kunnskap og øker vår kompetanse gjennom å reflektere over og analysere de erfaringene vi gjør.

Schön (1983) understreker forskjellen mellom å kunne *hvordan og vite at*. Med dette så mener han at en dyktig yrkesutøver kan mer enn hun kan si med ord, og at yrkeskunnskapen består av et kompleks samspill mellom ferdigheter som er relatert til sanseforhold – øyne, ører, berøring, bevegelser - og begreper og forståelse. Videre har han lansert begrepene *handlingskunnskap* (knowing in action) og *handlingsrefleksjon* (*reflection in action*) for å kunne analysere hva yrkesutøveren egentlig gjorde i sitt arbeid.

Her sier han at den: « *Profesjonelle yrkesutøver reflekterer midt i handlingens hete uten avbrudd, tenkingen deres omskaper det de gjør mens de holder på med det*» (Lauvås, Handal & Ytreland, 2000, s. 101).

Profesjonell yrkesutøvelse er ifølge Schön karakterisert av at tanke og handling opptrer som en helhet, uten at dette betyr at man kan sette ord på alle sider ved yrkeshandlingen. Teknisk yrkesutøvelse bærer preg av å være rutinemessig – alt går etter en oppskrift. For helsefagarbeideren kan dette være enkelte prosedyrer som for eksempel å ta et blodtrykk, blæreskyll, skifte et sår eller måle et blodsukker (Hiim & Hippe, 2001).

Refleksjon i handling innebærer at en tenker mens en gjør noe og eventuelt korrigerer seg underveis. Refleksjon *over* handling betyr at man tenker mer bevisst over handlingen etterpå (Hiim & Hippe, 2001).

3.5.3 Hva er yrkeskunnskap?

Yrkeskunnskapen blir beskrevet som all relevant kunnskap som brukes i yrkesutøvelsen, og er noe annet og mer enn bare anvendelse av teori og oppskrift baserte prosedyrer.

Yrkeskunnskap består av en helhetlig kunnskap sammensatt av handling, forståelse, språk og følelser som har sitt utspring i selve yrkesutøvelsen. (Hiim & Hippe, 2001).

En stor del av helsefagarbeiderens yrkeskunnskap består av å gi omsorg til andre mennesker. I dette ligger det fagkunnskaper, ferdigheter og holdninger. Mye av denne yrkeskunnskapen er ikke- verbal, og handler derfor om å prøve ferdigheter og håndlag. Begrepene *påstands-*, *fortrolighets-*, *ferdighetskunnskap* og *taus kunnskap* blir presentert som de ulike dimensjonene i begrepet og beskrives kort som:

Påstandskunnskap er upersonlig og objektiv, og den baserer seg på fakta som er etterprøvbare og som fremstår som generelle sannheter og saksforhold. Elevenes lærebøker inneholder påstandskunnskap, som for eksempel kunnskap om ulike sykdommer, mikroorganismer og næringsstoffer.

Fortrolighetskunnskap skiller seg fra den boklige kunnskapen ved at den er personlig. Mye av denne kunnskapen har ingen eksakt språklig uttrykksform. Handler om kunnskap som utvikles ut fra egne erfaringer. Når elevene gjør egne erfaringer, skjer læringen mer direkte – kunnskapen er tilpasset den enkelte og huskes bedre.

Ferdighetskunnskap omhandler blant annet arbeidsteknikker og utførelse av praktiske oppgaver. Læring av ferdigheter fører gradvis til mer presise bevegelser i utførelsen av oppgaver. Etter hvert blir disse ferdighetene automatisert, slik at kan bruke dem uten å tenke over det vi gjør og hvordan vi gjør det. Prosedyrer som sårskift, blodtrykksmåling, blæreskyl eller blodsukker måling er eksempler på fastlagte fremgangsmåter som sier hva som skal gjøres, og hvilken rekkefølge. Dette er en viktig del av helsefagarbeiderens yrkeskunnskap.

Taus kunnskap omfatter det vi kan uten helt å kunne forklare det. Taus kunnskap er en form for skjult førbevisst kunnskap som vi tilegner oss gjennom å gjøre ting. Den setter seg i kroppen og er bare delvis avhengig av det bevisste intellektet. Eksempler på dette kan være helsefagarbeiderens varhet for pasientens smerte eller en spesiell lukt fra et betent sår eller fra en urinveisinfeksjon (Støten, 2008).

Videre kan et helhetlig kunnskapsbegrep beskrives gjennom flere viktige perspektiver som; etisk bevissthet, følelsesmessige vurderinger og rasjonell kunnskap. Etisk bevissthet er blant annet grunnleggende i helsefagarbeiderens utøvelse av pleie og omsorg. Løgstrup (1956) sier:

«Den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en opplagthed, man får til å visne, eller som man vækker, en led man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpeltheden står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej» (Støten, 2008, s. 59)

Etikk er også et spørsmål om holdninger og verdier i praksis. Følelsesmessig engasjement og vurderinger gjør yrkesutøvelsen varsom, nær og ekte.

Rasjonell kunnskap hjelper oss å forholde oss til andre mennesker. Det innebærer både å forstå og bli forstått. Evne til å lytte, fornemme følelser, registrere inntrykk og svare på signaler er elementer i mellommenneskelig kommunikasjon. Dette er en viktig kunnskap for

helsefagarbeideren som både må utvikle en varhet for andre menneskers uttrykksformer, og bruke seg selv i møtet med andre mennesker (Støten, 2008).

3.5.4 Ulike syn på utvikling av yrkeskunnskap

Helhetlig kunnskap er bare mulig å utvikle gjennom omfattende erfaring med komplekse, mangetydige praktiske situasjoner innenfor den aktuelle yrkesutøvelsen.

I MECVET forskningen, er innholdsdimensjonen i yrkeskompetansen forankret i forskningen til brødrene Dreyfus (1988, 1999).

Dreyfus brødrenes prosjekt handlet om å utvikle skalaer fra *kompetent* yrkesutøver til *ekspertutøvelse*. I følge de består den kompetente yrkesutøvelsen i å følge «læreboka», instruksene og prosedyrene. Det vil si å gjennomføre arbeidet så nøyaktig slik det er foreskrevet. Ekspertutøvelsen består i å mestre «læreboka» så bra at man frigjør seg fra den detaljerte og rigide beskrivelsen og tilpasser metoder og teknikker intimt til den situasjonen som foreligger. Og eksperten har ikke glemt hvordan arbeidet skal utføres. På dette stadiet bruker hun eller han den nøyaktige prosedyren når det er best, men tilpasser den subtilt til enhver ny situasjon ut fra et kvalifisert og yrkesmessig skjønn. Og på den måten utvikler man dermed fagkunnskapen videre (Lauvås et al., 2000).

Dreyfus og Dreyfus (1988,1999) kom fram til fem stadier i ferdighetstilegnelsen:

- Stadium en: *Novise*

Nybegynneren lærer seg noen grunnleggende regler og handler ut fra konkrete oppgaver.

- Stadium to: *Viderekommen begynner*

Erfaring gir tilgang til eksempler og meningsfulle sider ved situasjonen som brukes i tillegg til reglene.

- Stadium tre: *Kompetent utøvelse*

Etter hvert som eksemplene og nyansene blir for overveldende, utvikles ferdighet i å velge ut noen sider som er mer vesentlige enn andre og legger vekt på dem. Engasjementet øker og utøveren føler ansvar for egen utøvelse.

- Stadium fire: *Dyktighet*

Regler og prinsipper erstattes med situasjonelle sonderinger, intuitiv atferd erstatter overveide reaksjoner. Man ser hva som må gjøres, uten kalkulerende overveielser om alternative muligheter.

- Stadium fem: *Ekspertise*

Man ikke bare vet hva som må gjøres i en gitt situasjon, men også hvordan det må gjøres. Eksperten skjeler umiddelbart mellom de situasjonene som krever en form for handling og dem som krever en annen (Lauvås et al., 2000) .

Et viktig punkt hos Dreyfus-brødrene er at deres antakelser om hvilke læringsprosesser som fører en oppover til høyere stadier. Samtidig står erfaring som svært sentralt, men sitat Dreyfus (1988): *«Som vi undersøker i detalj hvordan en novise gradvis blir til en ekspert forutsatt at de nødvendige medfødte forutsetninger og anledning til å skaffe seg tilstrekkelig er til stede»* (Lauvås et al., 2000, s. 107).

Dreyfus og Deryfus (1986, 2004) fremhever at deres forståelse av yrkeskunnskap er inspirert av tolkninger av Wittgenstein og Heidegger, som legger vekt på at erfaring og læring skjer gjennom å delta i praksissammenhenger, kulturer, situasjoner og eksempler, gjennom prøving og feiling og gjennom en sirkulær fortolkning av fenomenene. Samtidig hevder de at reelle, situasjonspregede og flertydige eksempler er nødvendig for å utvikle yrkeskunnskapen på et viss nivå (Hiim, 2013).

Andre stiller spørsmål ved denne oppfatningen og trekker frem fordelene ved å begynne med helhetlige, praktiske oppgaver og så henlede oppmerksomheten på eventuelle regler etter hvert og ut ifra elevens kunnskapsbehov. Her hevdes det at profesjonell yrkeskunnskap ikke består i å kunne «anvende teori» men kjennetegnes ved intuisjon og problemløsning som baserer seg på en helhetlig praktisk erfaring. Dette betyr ikke at elevene ikke skal lære teori og prosedyrer, men at dette ikke uten videre kan læres løsrevet fra involvert praksis.(Lauvås et al., 2000).

Forholdet mellom teori og yrkespraksis kan være problematisk. Aadland (2011), beskriver behovet for teori slik:

«Uten en teoretisk refleksjon og overveielse av et bredere spektrum av handlingsmuligheter vil man som praktiker likne mer og mer på den glade amatør. Amatøren har gjerne en god vilje og sterkt engasjement, men mangler kritisk distanse, bredt handlingsrepertoar og overblikk over den handlingskontekst han eller hun står i. en praksis uten teoretisk gjennomtenking og kritisk evaluering vil stagnere – den vil bli ute av stand til å fornye seg, utvikle seg og modnes» (Aadland, 2011, s. 58).

Teori og praksis anses for å representere to ulike måter for innsikt. Teorien er abstrakt, generell og objektiv kunnskap som man kan sjonglere med. Teoretiske oppgaver kan også

løses om igjen og forbedre hvis man ikke lykkes den første gangen. Mens praksis er konkret, nær og subjektiv. Her er den enkelte situasjon spesiell, den vil aldri gjenta seg i samme form, og samtidig kan du ikke bare forsøke om igjen hvis noe går galt (Støten, 2008).

Kolbs (1984) tankemodell om læring og utvikling (fig.9) viser hvordan læring består i vekslingen mellom å være deltaker i praksis og å teoretisere og begrepsfeste utenfor praksis, mellom å observere og reflektere på distanse og å eksperimentere aktivt.

Wittgensteins (2003) holistiske⁴ oppfatning av språk, peker på nødvendigheten av å lære gjennom eksempler og på situasjoner som den sentrale meningsenheten. Her peker han på nødvendigheten av å erfare den daglige virksomheten, sav å delta i de daglige «spillene» som begrepet har grunnlag i for eksempel «yrkesspillene» som helsefagarbeider. Å lære et begrep kan sammenliknes med å lære reglene i et spill. Her lærer man reglene og spillemønstret gjennom deltakelse og utøvelse. For eksempel er ordet eller begrepet «omsorg» forbundet med en form for bedømmelse i ulike situasjoner. En praktisk bedømmelse, en regelmessig handling og utøvelse i yrket som helsefagarbeider er da nødvendigvis grunnleggende for å kunne bedømme i form av verbale påstander om et saksforhold (Hiim, 2013).

For eksempel elever som vil bli helsefagarbeidere, må få anledning til å bedømme «omsorg» for pasienter i mange ulike situasjoner. Her sier Wittgenstein (2003) at læring vil si å utvikle fortrolighet med begreper, å handle i meningsfylte kontekster og å bruke relevante ord og begreper som helsefagarbeider.

Praktisk kunnskap handler ikke bare om å anvende teoretiske definisjoner, begreper eller påstander i praktiske situasjoner, og praktisk kunnskap kan ikke utvikles gjennom å tilpasse generelle regler til spesifikke tilfeller (Hiim, 2013).

Å lære gjennom eksempler handler ikke bare om å imitere en modell, men å oppdage meningsfylte likheter og ulikheter som er relevante for ens egen oppgaveutførelse.

Helsefagarbeideren som skal lære om omsorg, må møte pasienter og brukere med ulike omsorgsbehov i mange ulike situasjoner. Dette er nødvendig for å kunne forstå forholdet mellom de ulike omsorgsoppgavene og aspektene for å utvikle kloke måter å handle på. Hiim (2013) sier at: «Praktisk profesjonell kunnskap utvikles når de samme ordene brukes om visse hensikter, handlinger og situasjoner, og vi blir klar over at det dreier seg om samme begrep» (Hiim, 2013, s. 52).

⁴ Holistiske:

For Wittgenstein (2003) er involvering, følsomhet og intuisjon like viktig som teoretisk og intellektuell fornuft i å utvikle erfaring og kunnskap på. Her sier han at kunnskapen er i kroppen, i måter å se og bevege seg på og i arbeidskulturen. Sett fra hans utgangspunkt er erfaringslæring grunnleggende i å utvikle yrkeskunnskap. Erfaring handler om å delta i meningsfylt praksis, om å handle, forstå og føle konkrete situasjoner og eksempler.

Dreyfus (1991) fremhever i en tolkning av Heidegger at hverdagsaktivitet og praktisk arbeid ikke er regulert av teoretiske regler i tradisjonell betydning, ved at det ikke er noen abstrakt teori «bak» våre daglige handlinger. Å kunne forstå pleie er å kunne utføre gode pleie, dreier seg ikke bare om å kunne teorier om sykdommer. Profesjonell handling eller «knowhow» som gjør handlingen mulig, er mer fundamentalt enn et skille mellom handling og tanke. Samtidig handler ikke profesjonell praksis alltid om bevisste intensjoner og planlegging, men om et intuitivt å gjøre det situasjonen krever. I profesjonell praktisk utøvelse fremstår kunnskap som en helhetlig praktisk-teoretisk kompetanse (Hiim, 2013).

3.5.4.1 Ulike nivåer i yrkeskompetansen

Yrkeskompetansen kan deles inn i ulike nivåer. Eksempel på dette finner vi i Lauvås og Handals (1992) modell av praktisk yrkest teori (fig.9).

Praktisk yrkest teori (PYT) er den enkeltes forestillinger om praksis og den samlede beredskapen for praktisk virksomhet. PYT er en tanke- og et handlingsmessig beredskap bygd opp fra egen erfaring, innblikk i andres erfaringer, teoretisk kunnskap og viktige verdier. Mye av PYT er innforstått og representerer vår fortrolighetskunnskap, og blir illustrert på følgende måte:

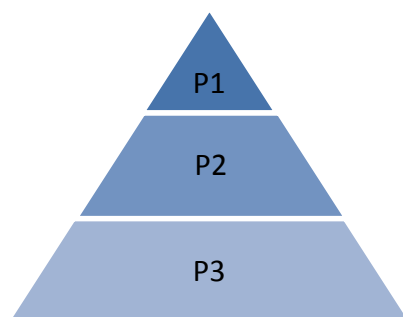


Fig. 9 Praktisk yrkest teori (Støten, 2008, s. 60)

På P1- nivået i figuren representerer selve handlingen, mens P2- nivået dreier seg om hva vi tenker er hensiktsmessig handling ut fra praktiske og teoretiske begrunnelser. Her bruker vi egne erfaringer, kunnskap om andres erfaringer og teoretisk innsikt. P3-nivået inneholder en etisk rettferdiggjørelse på grunnlag av verdier – hva som er rett og galt. På dette nivået er det ikke allmenne vurderinger vi foretar, men vurderinger av hva vi selv (subjektivt sett), ønsker å gjøre for å realisere positive verdier eller avveininger av hva vi kan forsvare ovenfor oss selv og andre i helt konkrete situasjoner (Støten, 2008).

3.5.5 Yrkeskunnskap i omsorgsykker

Et hovedmål i utdanningen til helsearbeiderfaget er å utvikle et faglig skjønn, en handlingskompetanse som har klagebunn i både hode, hender og hjerte. I boken til Støten (2008) så skisserer hun en figur som viser yrkeskunnskapens ulike dimensjoner (fig.10):

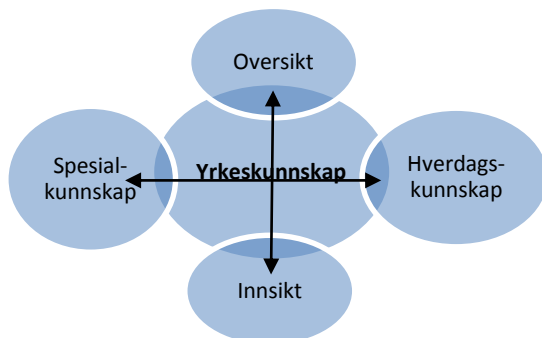


Fig.10:Yrkeskunnskap (Støten, 2008, s. 67).

I denne figuren går en akse fra hverdagskunnskap med praktisk fornuft, sunn folkevett og allmenn «klokskap» i den ene enden til fakta – og spesialkunnskap innenfor yrkesutøvelsen i den andre enden. Hverdagskunnskap er et godt grunnlag for å møte mennesker. Dette begrunnes med at helsefagarbeideren i hovedsak skal hjelpe mennesker, og det kreves ofte praktisk sans, evne til å se muligheter og løsninger i hverdagen som er knyttet til personlig hygiene, måltider og toalett besøk. I den andre enden står fakta- og spesialkunnskap som hun mener er viktig, fordi dette er den kunnskapen som sette helsefagarbeideren i stand til å

vurdere, gjøre gode observasjoner og pleietiltak, og søke hjelp når det er nødvendig osv. skal helsefagarbeideren delta i det forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering slik læreplanen og kompetanseplattformen beskriver, forutsettes en god del fakta- og spesialkunnskap. Spesialkunnskapen er nødvendig for blant annet å kunne utføre blodtrykksmåling, observere normalverdier og avvik og forebygge komplikasjoner ved immobilitet osv.

Den andre aksene spenner seg over et vidt område med oversiktkunnskap på den ene siden og innsiktkunnskap på den andre siden. Her mener Støten at det er viktig at helsefagarbeideren har innsikt nok til å kunne yte plei- og omsorg til den enkelte pasient eller bruker i den enkelte situasjon, og at hun er tilstede hos nettopp denne pasienten sin med hele sin oppmerksomhet. Dette er en forutsetning for det kliniske blikk. Samtidig er det også viktig at helsefagarbeideren har oversikt over helheten pasienten inngår i, de andre pasientene, andre oppgaver i avdelingen og i arbeidsfellesskapet osv. (Støten, 2008).

Inkludert i disse dimensjonene av kunnskap er også helsefagarbeiderens ferdigheter, hennes menneskekunnskap, evne til innlevelse, fantasi /kreativitet i og etisk ansvar. Hele tiden foregår det fokusskifter, mer eller mindre bevisst, mellom de ulike typene kunnskap. Det er denne evnen til stadig skiftninger av fokus, mellom dette i ulike situasjoner som gir helsefagarbeideren de nødvendige handlingsberedskapen i yrket (ibid).

Her sier Støten (2008) at omsorg er et fundament i helsefagarbeiderens yrkeskunnskap, og at: «God omsorg er en helhet av hånd, hode og hjerte og inngår som en del av hverdagskunnskapen. For helsefagarbeideren er omsorg selve basisen for yrkesutøvelsen og gjennomsyrrer alle praktiske oppgaver overfor pasienter, brukere og pårørende» (Støten, 2008, s. 69).

Å kunne utøve et omsorgsyrke handler imidlertid om langt mer enn å ha teoretiske kunnskaper. Det handler også om praktiske ferdigheter, teoretisk forståelse, etisk bevissthet og følelsesmessige vurderinger i en uløselig sammenheng.

4 METODE

I dette kapitlet presenterer jeg valg av vitenskapelig tilnærming og forskningsmetode, samt en kort beskrivelse av bakgrunnen for valgene og teorien bak valg av metode. Det gjøres rede for hvordan intervjuguiden ble utviklet og hvordan valg av informanter foregikk i underkapittel 4.3 og 4.4. I tillegg beskrives metodologiske og etiske perspektiver som er knyttet til metodevalg og gjennomføring i underkapittel 4.5. Videre i underkapittel 4.6, gir jeg en beskrivelse av hvordan analysearbeidet har foregått. Etterpå forklarer jeg hvordan jeg har søkt å ivareta reliabiliteten og validiteten i intervjuene og i analysearbeidet i underkapittel 4.7.

4.1 Valg av metode og forskningstilnærming

Innenfor samfunnsvitenskapen skiller en mellom kvantitativt orientert og kvalitativt orienterte metoder. I de kvantitative metodene tar en sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter, som igjen gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner som for eksempel finne gjennomsnitt og presenter av en større mengde. Mens i en kvalitativ metode, tar en sikte på å fange opp meninger eller opplevelser som ikke er direkte målbare (Dalland, 2007, s. 82)

Å forske kvalitativt innebærer å forstå deltagerens perspektiv, hvor forskeren retter blikket mot menneskenes hverdagshandlinger i sin naturlige kontekst. I denne metoden handler det om å få en dypere forståelse i hvordan menneskene forholder seg til sin livssituasjon, eller livsverden, ved å få dem til å fortelle om sine opplevelser. Johannessen m/fl (2011 s.32) sier at den kvalitative metoden er særlig hensiktsmessig hvis vi skal undersøke fenomener som vi ikke kjenner særlig godt, og som det forskes lite på, og når vi undersøker fenomener vi ønsker å få forstå mer grundig. I den kvalitative metoden skal forskeren utforske menneskelige problemer i en virkelig setting, hvor forskeren skal være åpen for hva deltagerne sier og gjør, for deretter å løfte deres deltagerens perspektiv frem (Postholm, 2010).

I denne metoden bruker man ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av datamateriale fra samtale, intervju, observasjon eller skriftlig tekst.

I min studie er det informantenes opplevelser, erfaringer og tolkninger som er det sentrale, samt at problemstillingen også retter seg mot fortellinger om helsearbeiderfaget og om hvordan informantene opplever faget.

Jeg kunne valgt en kvantitativ metode som å sende rundt spørreskjemaer til de som arbeidet som helsefagarbeidere, men det som ville gjøre disse dataene manglende for min undersøkelse, er at jeg ikke hadde hatt muligheten til å spørre utdypende spørsmål. Jeg trengte data som kunne beskrives som en personlig og faglig fortelling av hvordan en helsefagarbeider opplever sin egen yrkeskompetanse. Ved å velge kvalitativt intervju som forskningsmetode, ville jeg også kunne samle fortellinger, som kunne bidra til en dypere forståelse av hvordan den enkelte helsefagarbeider opplever sin egen yrkeskompetanse og yrkespraksis. Dette valget har jeg også gjort på bakgrunn av forskningsprosjektet KOMET. I transkriberingen og analysen av videopptakene fra et av deres workshop, bestemte jeg meg for å bruke det kvalitative forskningsintervjuet for å kunne gå i dybden i deres livsverden.

4.1.1 Fenomenologi og hermeneutikk

Den kvalitative tilnærmingen jeg har valgt plasserer seg både innenfor *fenomenologiske* og *hermeneutiske* vitenskapstradisjon. I følge S. Kvale & Brinkmann (2009), dreier en fenomenologisk metode seg om å beskrive det gitte så presist og fullstendig som mulig – å beskrive snarere enn å forklare og analysere. Dette blir støttet opp av både Grønmo (2009) (2010) og Postholm (2010), som trekker fram at fenomenologisk analyse er særlig opptatt av å analysere handlinger og opplevelser i folks hverdagsliv, om å finne meningen eller essensen i en opplevd erfaring. Forskeren må derfor i tillegg være opptatt av aktørens sine erfaringer, opplevelser og oppfatninger i en mer generell forstand (Postholm, 2010).

Hermeneutikk er humanistisk orientert og den forsøker å forstå grunnbetingelsene for menneskelig eksistens gjennom menneskenes handlinger, livsytringer og språk (Dalland, 2007). I hermeneutiske studier legger forskeren større vekt på sin fortolkning av aktørens og deres synspunkter. Innsikt i aktørens intensjoner er et viktig grunnlag for å forstå handlingens. En slik innsikt blir ifølge Grønmo (2009): « *utviklet i et samspill mellom aktørens selvforståelse og forskerens tolkning av denne selvforståelsen* » (Grønmo, 2009, s. 373).

I denne tilnærmingen skal forskeren prøve å oppdage og legge frem meningsperspektivet til folkene som blir studert, ved å studere talen eller språket til den som snakker eller skriver. Språket muntlig eller skriftlig blir oppfattet som tekst. I analysen av denne teksten sier Postholm (2010) at det skjer en prosess hvor meningene blir skapt, og som blir kalt for den hermeneutiske spiral eller sirkel.

Som en hermeneutisk innstilt forsker, sier Dalland (2007, s 56), at vi nærmer oss det vi skal utforske med vår egen førforståelse. En går aldri nøytral inn i et nytt møte, verken med mennesker eller en tekst. Vårt møte vil alltid bære preg av vår egen førforståelse som er et resultat av egne erfaringer, kunnskaper og kontekst. Ved å høre, se eller lese noe vil vi danne oss en mening som gjør at vi stiller noen undrende spørsmål, gjennom spørsmålsstillingene vil vi se nye sammenhenger og komme frem til ny forforståelse, som viser noe om delene og helheten. Denne pendlingen mellom de ulike fortolkningsgrunnlag og forståelsesmåter utgjør en slags sirkelbevegelse og omtales som den hermeneutiske sirkel.

Spiralen indikerer noe som aldri egentlig tar slutt, men som stadig utvides. Tekst, tolkning, forståelse, ny tolkning og ny forståelse, alt dette er deler i en helhet som stadig vokser og utvikles og er uttrykk for det genuint menneskelige, sier Dalland (Dalland, 2007, s. 56).

4.2 Kvalitative forskningsintervjuer

Intervjuforskning innenfor historien og samfunnsvitenskapen viser at det å samtale, er en eldgammel måte å tilegne seg kunnskap på. Eksempler på dette er blant annet; Sokrates som brukte dialoger for å tilegne seg filosofisk kunnskap, Tukydid's intervjuet deltakere i Peloponnes – krigere for å skrive deres krigshistorie. Selve begrepet intervju, ble først tatt i bruk i det 17. århundre (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009).

Innenfor pedagogikkfaget og helsefagene har det kvalitative intervjuet vært en vanlig forskningsmetode i tiår. Innenfor det psykologiske området har det kvalitative intervjuet vært mye brukt som metode for å kunne produsere vitenskap. I dag gjør kvalitative forskningsmetoder seg sterkt gjeldene i mange disipliner, f.eks. i pedagogikk, psykologi, sosiologi, medievitenskap, samfunnsgeografi, markedsføring, økonomi og sykepleievitenskap.

Kvale (2009), beskriver det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale med en struktur og et formål. Det finnes også flere typer forskningsintervju etter grad av struktur. Et forskningsintervju med lite struktur, ville kunne gi meg stor bredde og dybde i dataene. Utfordringen har ville ha vært å sammenligne disse fra de forskjellige intervjuene. Et intervju med høy grad av struktur ville gi meg fordelene av å kunne sammenligne svarene fra de ulike informantene. Derimot ville dette ha gi meg mindre rom for å kunne gå i dybden eller i

bredden av intervjuene. For at jeg som forsker skulle få best mulig utbytte av intervju spørsmålene, valgte jeg å benytte meg av et semistrukturert intervju. Det semistrukturert intervjuet har en intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål, temaer og rekkefølge kan variere. Formålet er å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet (Kvale et al., 2009).

Et forskningsintervju har til hensikt å produsere kunnskap. I vitenskapsteorien brukes begrepet kunnskap ut i fra forskjellige epistemologiske perspektiver (teori om kunnskap). Kvale (2009), presenterer to forskjellige metaforer⁵, gruvearbeideren og den reisende. Historien beskriver de forskjellige kunnskapssyn en intervjuer kan ha.

Gruvearbeidermetaforen ser intervjuobjektet som den som sitter med indre kunnskap. Det blir gruvearbeideren sin oppgave å grave frem gullkorn, enten det er objektiv data eller subjektive meninger fra intervjupersonens erfaringer. Denne tilnærmingen har en tendens til å betrakte intervjuet som et datainnsamlingssted som er atskilt fra senere analyse.

Den andre metaforen er den reisende. Intervjueren her vandrer gjennom landskapet og deltar i samtale med folk han treffer på veien. Han stiller spørsmål og oppfordrer folk til å fortelle sine egne historier. I denne tilnærmingen går intervju og analyse over i hverandre (Kvale et al., 2009).

Som forsker ønsker jeg at metaforen til den reisende skulle prege min forskerrolle. Som den reisende har jeg forkunnskap om landskapet jeg forsket i. Utfordringen ble å være meg bevisst den begrensede kunnskapen jeg har og vise åpenhet i forskningsprosessen, men som Kvale sier;

«Reisen kan føre til mer enn ny kunnskap – det kan også skje en forandring med den reisende. Reisen kan spore til ettertanke og refleksjon, og dermed vise intervjueren vei til ny selvinnsikt, så vel som å avsløre verdier og tradisjoner som er tatt for gitt i den reisendes hjemland» (Kvale et al., 2009, s. 67).

⁵ Med metafor sikter de til at man forstår en ting ved å henvise til en annen, og derved belyse mulige nye perspektiver (Kvale et al., 2009).

Gjennom intervjuene vil jeg også endre noe av min forståelse av helsearbeiderfaget, slik at jeg er veldig nysgjerrig etter å få kunnskaper om hva som kjennetegner og utgjør yrkeskompetansen til en helsefagarbeider, slik den blir opplevd av mine informanter.

4.3 Intervjuguide

For å operasjonalisere problemstillingen har jeg utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2) som er designet etter problemstillingen. I intervjuguiden har jeg utarbeidet overordnede spørsmål, for å sikre at jeg holdt fokus på det jeg vil undersøke. Intervjuet ble lagt opp som et semistrukturert intervju, som er baserte seg de overordnede spørsmålene i intervjuguiden. Måten og hvordan man stiller spørsmål på ville kunne påvirke de svarene jeg fikk. Jeg var derfor bevisst å ikke stille spørsmål som kunne oppfattes som kontrollspørsmål. Dette fordi informantene ville sikkert svart på en annen måte, enn når jeg tok en mer ydmyk rolle. Jeg valgte det siste for at informantene skulle kunne hjelpe til forstå deres livsverden og ikke være i et avhør. Formålet med intervjuet var også å innblikk i informantens livsverden og forstå dette fra hennes side. Dette medførte at intervjuguiden måtte være åpen for å kunne forandres underveis, slik at jeg kunne få fram informantenes egne tanker og opplevelser.

I utarbeidelsen av intervjuguiden tok jeg utgangspunkt i problemstillingen. I denne perioden leste jeg relevant litteratur for å få et økt teoretisk grunnlag. Ved siden av dette fikk jeg også relevant informasjon gjennom forskningsprosjektet MECVET, som bidro til de overordnede spørsmålene i intervjuguiden. For å komme dypere i dataene stilte jeg oppklarende ekstras spørsmål, som blant annet omhandlet: når og hvor de arbeider, om de har et eget spesialområde eller en videreutdanning. Videre handlet det arbeidsstedet og hvilken pasient eller brukergruppe de arbeidet med. Samtidig ønsket jeg også vite om de mente det var samsvar mellom arbeidsoppgavene og yrkets omtale. Og tilslutt ønsket jeg å vite hva som var det mest givende med faget.

Dette var halvstrukturerte intervjuer fordi de har temaer som dekkes gjennom spørsmålene i intervjuguiden, samtidig som det var åpent for forandringer slik at jeg kunne følge opp spørsmålene. Siden jeg ønsket at datamaterialet skulle være så rikt og fyldig som mulig, måtte spørsmålene også stilles på en slik måte at informantene åpnet seg og fortalte om sine opplevelser med egne ord.

At alle informantene fikk likelydende overordnede spørsmål, ville også gjøre det lettere for meg å sammenfatte funnene jeg fant i etterkant.

4.4 Antall og utvelgelse av informanter

I utvelgelse av informanter har selvfølgelig problemstillingen vært det styrende, men har allikevel gjort et strategisk utvalg. Hvem som er tatt med er ikke tilfeldig valgt, da jeg har valgt personer som jeg visste hadde viktig informasjon å fortelle om akkurat det fenomenet jeg var ute etter (Dalland, 2007).

Utvalget gjenspeiler en tilnærmet maksimal bredde omkring det fenomenet som skal undersøkes. Dette ble gjort for at jeg skal kunne få en klarhet i hvordan de ulike helsefagarbeiderne opplever fenomenet. Fenomenet som undersøkes er yrkeskompetansen til helsefagarbeideren.

Antallet informanter ble vurdert ut fra at det er et tilstrekkelig antall, for å få svar på det jeg undersøker. Stort antall informanter er ikke alltid best (Kvale et al., 2009).

For få informanter, kan gjøre det umulig å sammenligne mellom grupper, lage statistiske beregninger og å generalisere. For mange informanter fører til at man drukner i data og ikke kan analysere dem alle. Mitt mål var ikke å generalisere resultatene til en større populasjon, jeg trengte derfor ikke et stort antall informanter. Antallet informanter måtte også være håndterbart innenfor mine tidsrammer.

I utvelgelsen av informantene har jeg vært bevisst på å få tak informanter som kom i fra ulike arbeidsfelt og arbeidsområder hvor en helsefagarbeider jobber (fig.6).

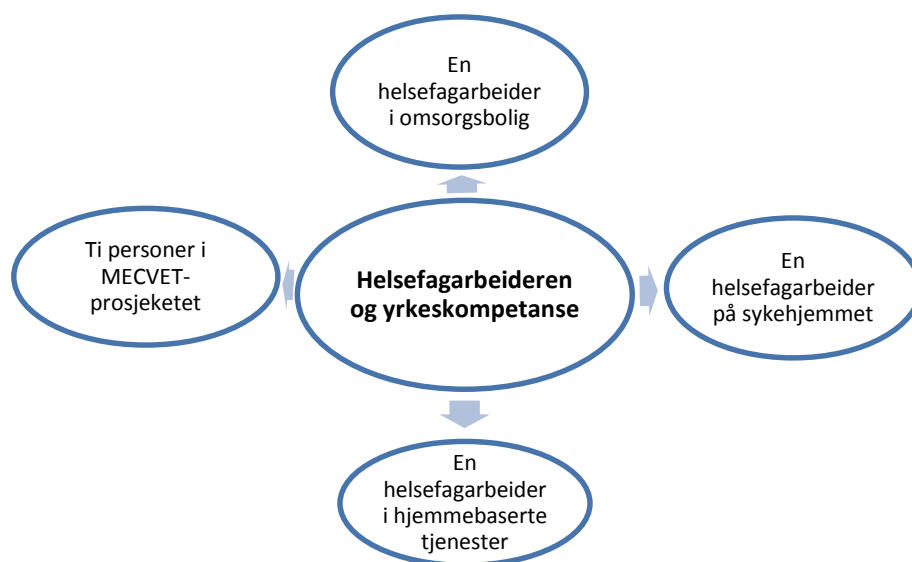


Fig. 6 Informantene i denne studien.

I figuren over illustrerer hva utvalget består av. Til sammen består utvalget av 13 informanter. Ti av disse kommer ifra forskningsprosjektet MECVET. Alle informantene i dette prosjektet kommer ifra forskjellige fylker og arbeidsområder. Alle har de også en svært relevant faglig bakgrunn og erfaringer fra helsearbeiderfaget.

Dataene fra dette prosjektet vil jeg presentere som et kollektivt funn. Det vil si at jeg presenterer hva denne gruppen kom fram til i deres beskrivelser av helsefagarbeiderens yrkeskompetanse. I beskrivelsen av funnene fra denne gruppen, vil de heretter omtales som: «*helsefagarbeideren i KOMET*».

De andre tre informantene som jeg har utarbeidet intervjuguiden til, kommer ifra forskjellige arbeidsfelt og kommuner. En informant arbeider i en omsorgsbolig for barn- og unge, den andre arbeider på et sykehjem i en langtidsavdeling og den tredje arbeider i hjemmebaserte tjenester. Alle er de utdannet helsefagarbeidere. For å komme i kontakt med disse informantene har jeg benyttet eget nettverk. For å informere om prosjektet, sendte jeg i forkant av intervjuene et informasjonsskriv (vedlegg 1). I dette skrivet beskriver jeg formålet og hensikten med intervjuet, samt anonymiseringen og om hvordan dataene skulle behandles.

Intervjuene ble gjort i løpet av oktober og desember 2013. Selve gjennomføringen av intervjuene ble gjort i rolige omgivelser som informantene selv hadde valgt. I alle intervjuene har jeg startet med litt småprat før jeg gikk gjennom det formelle rundt intervjuet, som informantens rettigheter, at de kunne trekke seg, hvordan deres anonymitet skulle ivaretas. Hvert intervju varte ifra en til en og halv time. Under disse intervjuene brukte jeg båndopptaker ved siden av at jeg noterte. Avslutningsvis gikk vi igjennom intervjuet ved at jeg oppsummerte det viktigste jeg hadde fått ut av intervjuet, for at informanten deretter hadde mulighet til å komme med rettelser eller presiseringer til min forståelse.

4.5 Transkribering

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

Som Kvale (2009) skriver så starter analyseprosessen allerede før intervjuene gjennomføres. Jeg transkriberte egne intervjuer to ganger ved å lytte til lydfilene. I den første

transkriberingen skrev jeg ned ordrett det som ble uttalt. I den andre transkriberingen kuttet jeg ut rene verbaluttrykk slik at meningsinnholdet i utsagnene kom klarere frem. Rekkefølgen på de transkriberte utsagnene var den samme som i intervjuet, her har jeg ikke gjort noen sortering. Underveis i dette arbeidet kategoriserte jeg intervjudata i forhold til de overordnede spørsmålene i intervjuguiden, slik at tolkingen av data skjedde samtidig i denne prosessen.

Informasjonen I transkriberingen av videoopptakene av Kometgruppene, har jeg skrevet ut det som jeg mente hva relevant i forhold til problemstillingen. Disse videoopptakene varte til sammen 9 timer, det var mye «løs prat» og annen informasjon som jeg ikke trengte. Samtidig stiller forskeren her litt annerledes spørsmålsformulering enn hva jeg hadde i mine intervjuer.

4.6 Analysen

I analysen har det hermeneutiske prinsippet dannet bakgrunnen av datamateriale. I dette prinsippet pendler forskeren mellom helheten og deler, for på denne måten å få en så fullstendig forståelse som mulig, slik at ens forforståelse blir et verktøy i tolkningsarbeidet (Dalland, 2007).

I kvalitative studier glir ofte analyse og fortolkning vanligvis over i hverandre, men jeg har allikevel gjort en tverrsnittbasert og kategorisert inndeling av data (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). I denne metoden har jeg satt merkelapper på viktige setninger og sitater som har gjort det mulig å identifisere og finne de enkelte temaene. Denne prosessen kalles også for kategoribasert inndeling, fordi «merke lappene» danner en form for kategorisering. Etter dette ble datamaterialet omstrukturert med utgangspunkt i intervjuguiden. I denne fasen ble det teoretiske sjekket opp imot det empiriske, slik at hvert intervju ble skrevet om og tematisert.

Med denne fremgangsmåten fikk jeg en bedre forståelse for datamaterialet, samtidig som dette også var en måte å sikre at jeg belyste dataene fra den enkeltes perspektiv.

Når kodingen og kategoriseringen var gjort, måtte jeg kontinuerlig pendle mellom det kategoriserte materialet og de originale transkripsjonene for å sikre at de enkelte funnene sto i sammenheng med det helhetlige bilde av datamaterialet.

4.7 Etiske vurderinger knyttet til valgene under planleggingen

De etiske sidene ved undersøkelsen min var noe som jeg måtte tenke på. Det kunne komme sensitive opplysninger som krever samtykke og konfidensialitet av informantene. Alle forsknings- og studentoppgaver som innebærer personopplysninger skal meldes til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS).

NSD fant prosjektet mitt konsesjonspliktig. På bakgrunn av dette måtte jeg tenke grundig igjennom undersøkelsen min og sette opp noen kriterier. Jeg ville bruke båndopptak til intervjuene og min personlige pc til datainnsamlingen og som skulle slettes når jeg var ferdig med å transkribere og analysere intervjuene. På grunn av at min båndopptaker ikke kunne ta flere intervju samtidig, har jeg måttet transkribere og analysere et intervju, før jeg kunne gjennomføre et nytt, dvs. at jeg også har måttet slette disse samtalene så fort som mulig for å komme i gang med neste intervju. Informantene har blitt registret med bokstaver for å anonymisere de, slik at det ikke er mulig å spore disse opplysningen tilbake til den enkelte informant.

Ved utarbeidelsen av intervjuguiden var det nødvendig å vurdere om spørsmålene jeg skulle bruke kunne berøre noen etiske dilemmaer. Samtidig måtte jeg også være bevisst på hvordan informanten ble fremstilt når intervjuet skulle transkriberes. Dette i forhold til gjengivelse av det informantene fortalte, slik at min egen mening om fenomenet ikke skulle kom fram i tolkningen. Videre var det også viktig å vurdere hvor kritisk jeg skulle være når jeg skulle gjøre mine analyser og tolkninger av intervjuene, kan det jeg skriver være til skade for noen av partene?

4.8 Validitet og reliabilitet

Validitet blir definert som sannhet, riktighet og styrke, i dette prosjektet om en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (Kvale et al., 2009). Etterprøvbarhet eller reliabilitet har med forskerens troverdighet å gjøre. Reliabilitet behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om resultatet i forskningen kan reproduseres av andre forskere på andre tidspunkt (Kvale et al., 2009)

Forskningen skal være etterprøvbar, det vil si at andre skal kunne sjekke ut det som er gjort. Det vil imidlertid ikke fullt ut være etterprøvbart, blant annet fordi det å gjøre noe nytt vil

finne sted i en annen sosial setting. Det vil si konteksten som forskningen er gjennomført i, vanskelig kan gjenskap. Dette skal sikre sammenheng mellom problemstillingen, teori og datainnhenting. Med utgangspunkt i begrepene i problemstillingen arbeidet jeg med data fra tidligere forskning og litteratur for å bidra til å styrke validiteten i undersøkelsen. På grunnlag av operasjonaliseringen og intervju spørsmålene i intervjuguiden, er etter min vurdering validiteten tilfredsstillende da det er i samsvar med og forankret i relevant teori.

4.9 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg beskrevet hvorfor jeg har valgt kvalitative intervjuer som metodevalg. I valg av primærkilder har jeg vært nøye med valget. Mine sekundærkilder kommer i fra forskningsprosjektet KOMET. Så å si alle informantene som bidrar til denne undersøkelsen har oppfylt mine krav om helsearbeiderfagutdanningen. Gjennomføringen av intervjuene blir forklart. Det samme blir transkriberingen og analysen fra både de tre kvalitative intervjuene og fra videoopptakene fra KOMET – gruppene. I analysearbeidet har jeg brukt det hermeneutiske prinsippet, og jeg har vært meg bevisst på min forforståelse og personlige engasjement i forskerrollen for å sikre validitet og reliabilitet.

Til slutt beskriver jeg noen etiske utfordringer, samt at det konkluderes med at konfidensialiteten er ivaretatt og at samtykke er innhentet.

Min forkunnskap om dette feltet kan ha gitt meg noe fortolkningsmakt i bearbeidingen av datamateriale, men dette har jeg bevist håndtert gjennom å være kritisk til dataene, mine egne antagelser og i analysearbeidet.

5 PRESENTASJON OG ANALYSE AV FUNN

I dette kapitlet presenteres og analyseres funnene fra intervjuene som jeg har gjennomført. I dette prosjektet har jeg valgt å bruke Lai (2013) sin definisjon av kompetanse som er: de kunnskaper, ferdigheter, holdninger og som individet må ha for å kunne løse oppgavene hun/han skal utføre. Som tidligere beskrevet mener jeg holdninger er viktig og et sentralt kompetansekomponeent i omsorgsyrkene. Det samme er evne til omsorg og empati, respekt for menneskeverdet, evne til kommunikasjon og en etisk bevissthet sentrale og viktige kompetansekomponeenter i omsorgsyrkene.

Jeg velger å starte med en kort presentasjon av informantene, for deretter presentere funnene. Jeg har valgt å presentere utsagn fra informantene sett i forhold til de ulike temaene i intervjuguiden. Drøfting av viktig funn vil bli gjort i kapittel 6.

5.1 Beskrivelse av informantene

I dette kapittelet presenteres alle informantene. Det vil bli gjort rede for informantenes yrkeserfaring, deres arbeidspraksis og hvilke pasient/brukergruppe de arbeider med. Kapitlet tar ikke for seg generelle funn, men gir en presentasjon av hver informant som skal bidra til å skape innsikt i deres forskjellige arbeidsfelt og område. Samtlige informanter kommer i fra forskjellige fylker og kommuner.

5.1.1 En helsefagarbeider i en omsorgsbolig for utviklingshemmede

Denne informanten vil i dette forskningsprosjektet bli referert til som informant **A**. Hun ble ferdig utdannet helsefagarbeider i 2011. Informanten arbeider turnus dag og kveld i to forskjellige boliger for barn- og unge. Den ene er en døgnbemannet avlastningsbolig for funksjonshemmede barn- og unge i alderen 3 – 18 år. I denne boligen bor det 15 – 16 barn- og unge som har nedsatt funksjonsevne og funksjonsnivåer. Disse kan være der i 50 prosent avlastning, noen hver fjerde helg, eller bare enkelte dager eller uker.

Noen av barna kan være selvhjulpne og klare mye selv, og samtidig ha et fullverdig språk, mens andre kan ha store funksjonshemninger og trenger derfor hjelp til det meste. På dette arbeidstedet arbeider de en til en bruker. I den andre boligen arbeider hun fast hver fjerde helg med å følge opp to autistiske gutter på 19 år som bor fast i en omsorgsbolig.

I sitt daglige arbeid var det mest vanlig å arbeide en til en bruker. Det vil si at hun som regel hadde ansvaret for å følge opp en bruker i sine daglige gjøremål.

Å arbeide med funksjonshemmede barn- og unge har hele tiden vært hennes mål siden videregående skole. Interessen for dette fikk hun etter å ha hatt utplassering (Vg2) i en barnehage hvor det var 18 funksjonshemmede barn. Informanten forteller at dette valget ble forsterket i læretiden etter at hun hadde hatt en periode på et sykehjem, sitat:

«En av grunnene til å jeg valgte å arbeide med barn istedenfor eldre, er fordi det er så trist når noen går bort og det er litt vanskelig å takle. Du blir jo liksom glad i dem når du jobber så tett på de. På sykehjemmet opplevde jeg at en bruker døde, og det var vanskelig å takle. Jeg takler ikke den delen av jobben, og tenkte at det å jobbe med barn så var sjansen mindre for at de døde eller ble borte» (Informant A).

I læretiden valgte hun å arbeide i en bydel hvor hun fikk lov til å oppleve flere forskjellige og ulike praksisperioder innenfor de ulike omsorgsområdene som; dagsenter for utviklingshemmede, sykehjem, i omsorgsbolig for utviklingshemmede, hjemmesykepleien og i en skole. Ved siden av dette hadde hun fått hospitert i ambulanse og på helsestasjonen for barn- og unge. I hjemmetjenesten jobbet hun med både fysiske- og psykiske syke hjemmeboende.

På skolen i Vg2 var hun utplassert i en spesialbarnehage hvor det var 18 funksjonshemmede barn. Gjennom denne praksisperioden bestemte hun seg for å «snu» utdanningen sin til å jobbe med funksjonshemmede barn- og unge. Sitat:

«Jeg har tydet det sånn at det helsearbeiderfaget er en så «vid» utdanning i og med at jeg kunne snu den dit jeg ville, og at alle trenger ikke å bruke helsefagarbeiderutdanningen likt. Jeg har snudd den veldig til det å jobbe med psykisk utviklingshemmede, jeg har snudd det til å jobbe med barn, jeg har måttet tilegne meg den kunnskapen jeg trenger for å gjøre det jeg liker» (Informant A).

En vanlig arbeidsvakt starter med en muntlig rapport fra de som har hatt vakta før henne. Informanten forteller at denne rapporten er viktig og avgjørende i forhold til hvilken bruker hun skal ha og hvilke arbeidsoppgaver hun skal utføre. Når denne informantene skulle svare på hva det første hun tenkte på i forhold til helsefagarbeiderens arbeidsoppgaver ble følgende sagt, sitat;

«Å, det er kjempe vanskelig å svare på det spørsmålet. Det er vanskelig å definere fordi du har den brede kunnskapen, og samtidig kan du også jobbe alt fra; sykehjem, dagsenter, barselavdelinger, i skolen, barnehagen, boliger for fysisk og psykisk utviklingshemmede, avlastningsboliger – altså når du kan jobbe så mange steder med en utdanning, så er det jo

ikke rart at folk sliter på en måte å si hva er dette for noe egentlig - folk spør meg ofte - Hva slags utdanning har du egentlig som gjør at du kan jobbe så mange forskjellige steder?

(Informant A).

Når informanten skulle fikk spørsmål om hun kunne beskrive hva helsefagarbeiderens arbeidsoppgaver besto av, uttaltelte hun følgende, sitat:

«Å, det er vanskelig å si. Vi er på en måte sånn at vi kan brukes til alt, som poteten, vi kan brukes til mye. Alt fra omsorg til det å bare være der. Vi er på en måte rett bak brukeren – skyggen, igjen den usynlige hånden som bare skal tilrettelegge for brukerne for at de skal kunne møte samfunnets utfordringer da – tenker jeg. Altså vi gjør alt ifra, stell og lage mat, til å gi medisiner til å re seng. Vår kompetanse er liksom dekke menneskets grunnleggende behov» (Informant A).

Det mest givende ved arbeidet var blant annet, sitat:

«Det er jo den tilbakemeldingen fra pasientene du får når du hjelper dem. Jeg husker spesielt en pasient, han var den mest grinete pasienten, du følte at du aldri fikk noe tilbake, og du kunne være inne hos pasienten i to og en halv time i et morgenstell med frokost. Og dette tok så lang tid – du følte at du ble helt tappet for energi, fordi du hele tiden fikk tilbakemeldinger på det du gjorde. F.eks. ikke legg klokka der, den skal ligge sånn og sånn, og så skal den og den ligge der, og den skal stå der og der – hvis ring ble flyttet eller byttet på eller at tingene hans lå helt riktig, så var det helt krise (tvangshandlinger). Det var en gang så fikk jeg tilbakemelding, hvor han sa: Du er flink N.N, og da svevde jeg på det, og det var på en måte, den der du føler, at det skal kanskje ikke så mye til da, for at du bare svever på jobb da, hvis jeg kan si det sånn» (Informant A).

Andre ting kunne være å se at den funksjonshemmede, og da spesielt barna som etter mye trening klarte å mestre nye ferdigheter. I det daglige arbeidet var ADL-treningen en sentrale arbeidsoppgaven, ved siden av å følge opp den enkeltes legemiddelbehov, observere, kartlegge, rapportere og dokumentere. Samtidig var det å utarbeide individuelle ukeplaner og tiltaksplaner i samarbeid med vernepleiere og andre samarbeidspartnere som var tilknyttet brukeren. Samtidig var pårørende en viktig samarbeidspartner i dette opplegget. I sitt daglige arbeid var det ikke ofte hun opplevde etiske dilemmaer.

5.1.2 En helsefagarbeider i hjemmesykepleien

Denne informanten vil i dette forskningsprosjektet bli presentert som informant **B**. Hun ble utdannet helsefagarbeider i 2011, og arbeider i en mellomstor kommune i den kommunale hjemmetjenesten. Fortiden arbeider hun 67 prosent på natt, ved siden av ekstravakter på dag og kveldstid på samme arbeidssted. Informanten utdannet seg i voksen alder, etter å ha arbeidet innenfor storhusholdning. Informanten forteller at hun valgte å utdanne seg til helsefagarbeider etter å ha fått kjennskap til helsevesenet gjennom en kreftsyk far som fikk hjelp og bistand fra sykehuset og den kommunale hjemmetjenesten.

En arbeidsvakt starter alltid med en muntlig rapport, hvor de også får utdelt hver sin arbeidsliste med navn og arbeidsoppgaver på det som skal utføres. På denne arbeidslista kan det stå 10-14 navn. Noen trenger bare tilsyn, mens andre trenger hjelp og bistand til personlig hygien, lage mat og ta medisiner, sitat:

«Ja, nå jobber jo jeg natt og ute da og her inne i på omsorgsboligene, hvor vi har tilsyn og folk ringer på hvis de trenger hjelp til dobesøk eller at de har falt ut av senga eller falt et annet sted i huset, eller at de trenger hjelp av noen slag – da ringer det (i alarmen). Og så har vi mye stell og pleieoppgaver og dusjinger på morgningen, mat og ernæring, medisiner, måle blodsukker og sette insulin, veie de, måle blodtrykk hvis det. Vi er jo en støttespiller for sykepleierne som vi går med på natt da» (Informant B).

Informant B mente hun var en støttespiller for sykepleieren hun jobbet sammen med på natt, da det kun var hun og en sykepleier pr nattvakt. Her fortalte hun at faste arbeidsoppgaver som skulle utføres i løpet av en vakt var på forhånd fordelt på to lister. Ellers fordelte de arbeidsoppgavene så likt som mulig, sitat:

«Sånn når jeg jobber natt, så deler vi arbeidsoppgavene. Det er ikke bare sånn at jeg tar alt stell, og sykepleierne gjør alt det andre, vi deler, og vi bytter på» (Informant B).

Ofte opplevde informanten at hun arbeidet med ufaglærte eller en annen helsefagarbeider som ikke var fast ansatt, sitat:

«Det hender ofte at det bare er meg og en hjelpepleier eller en assistent, og da har alltid en sykepleier bakvakt – en vi kan ringe til hvis det skjer noe. Og da er det jeg som regel har ansvaret fordi ofte jobber jeg da med ekstravakter som ikke er faste og ofte kan de være ufaglærte» (Informant B).

Skjer det spesielle situasjoner må de kontakte en sykepleier som har bakvakt, det vil si at de må ringe hjem til en sykepleier som har hovedansvaret for akkurat den vekten. På en nattvakt har de ansvaret for både hjemmeboende som er tilknyttet trygghetsalarmer og for beboer i omsorgsleilighetene. Til sammen kan dette omhandle 160 trygghetsalarmer. Ofte må de bistå enkelte brukere i omsorgsboligene for funksjonshemmede på grunn av personellmangel. Arbeidsoppgavene her kan blant annet være hjelpe å snu og endre sengeleiet hos multifunksjonshemmede brukere, eller måle blod sukker og sette insulin.

Tjenestemottakerne av de hjemmebaserte tjenestene er i alle aldre, fra unge til gamle til alvorlig syke og døende. Alle kunne de ha forskjellige hjelpebehov. Noen trengte bare å få levert medisiner, hjelp til å sette på støttestrømper eller bare tilsyn, mens andre kunne ha behov for hjelp til et morgenstell, dusj eller å få mat før de ble hentet for å være på et dagsenter. Videre mente informanten at det å pleie alvorlig syke og døende mennesker var også en sentral arbeidsoppgave. I dette arbeidet samarbeidet de ofte tett med pårørende, og for de som ikke hadde pårørende var det ofte at helsefagarbeideren ble sittende fastvakt. Det vil si at det alltid var en sammen med brukeren.

Informanten forteller at det er viktig å planlegge arbeidet godt. Det er mange man skal hjelpe i løpet av en vakt, pluss at det ofte kan være store avstander mellom tjenestemottakerne, slik at man må regne med kjøretid. Ofte opplevde hun tidspress som igjen førte til etiske dilemmaer, sitat:

«I hjemmesykepleien hvor du banker på en dør som kanskje ikke har vært åpen siden sist du var der, som kan ha vært kvelden før eller en uke siden, og kanskje bruker bare har en avtale om levering av multidose, eller bare tilsyn en gang om dagen, og da vet du aldri hva som venter deg bak den døra, det kan være alt, så du må på en måte være ganske åpen og fleksibel» (Informant B).

Når hun skal beskrive hva som særpreger en helsefagarbeider sier hun følgende, sitat:

«Helsefagarbeideren er den som skal ha forståelse og kan vise empati og vise at en har lyst til å gjøre det en gjør. For har du ikke lyst til å gjøre den jobben du gjør så klarer du heller ikke å gjøre en god jobb. Men det å ta vare på å gi best mulig helsehjelp til de som trenger det – det må jo være det det handler om – å gi den nære omsorgen, det å ta vare på menneskeverdet. Menneskeverdet» (Informant B).

Å arbeide i hjemmetjenesten er populært. Dette fordi det var så mange og ulike arbeidsoppgaver, samtidig som ingen vakt var lik den forrige, sitat:

«Jeg liker det å komme hjem til de som trenger hjelp, og jeg syntes det er en hyggelig jobb og det gir meg noe – å se at jeg kan glede de når de får den hjelpen de trenger, og at de får et hyggelig besøk. Og det er ikke alle som trenger nødvendigvis så mye hjelp heller, men at de syntes det er kjempekoselig at du er der, at du bare kommer der og kan sitte å prate og snakke litt. Mange blir jo bare bedre av det, det ser man jo. Den psykiske biten er like viktig som den fysiske synes nå jeg. Er veldig glad i yrket mitt» (Informant B).

5.1.3 En helsefagarbeider på et sykehjem

Informant C, ble utdannet helsefagarbeider i 2010. Informanten arbeider turnus dag, kveld og natt på en langtidsavdeling på et sykehjem. På denne avdelingen bor det 30 pasienter som har store hjelpebehov, og som trenger hjelp til det meste av dagliglivets oppgaver. Mange av disse er sengeliggende og veldig syke. Informanten her forteller om en hektisk hverdag med mange og tunge stell- og pleieoppgaver, sitat:

«Vi har kjempe tungt belegg, nesten bare tunge pasienter og de klarer ingenting selv, hverken spise eller vaske seg, så det blir jo hjelp til det daglige da, og så er det mye sårstell» (Informant C).

På grunn av arbeidsbyrden på dag og kveldsvakter arbeidet hun mye på natt. Når hun skulle beskrive sine mest sentrale arbeidsoppgaver var det kun stell- og pleieoppgaver, sårstell, gi medisiner og hjelpe pasientene med mat og drikke. En arbeidsvakt starter som regel med en muntlig rapport fra de som hadde hatt vekten før. Deretter gikk de ut i stellet. Her kunne de ha ansvaret for opptil fire –fem pasienter hver som de skulle «stelle» før frokost. Etter frokost handlet det om å fortsette med stell på de som ikke hadde fått vasket og stelt seg før frokost. Som regel skulle det være en muntlig midtrapport midt på dagen, men på grunn av tidspress ble denne ofte utelatt.

Alle som arbeidet deltid på denne avdelingen hadde fem timers vakter, noe som medførte til at det var få ansatte igjen vakt når neste skift kom på vakt. Ofte måtte hun gå inn å lese i den elektroniske journalen til den enkelte pasient for å kunne sette seg inn i hva som hadde skjedd på vakta før. Å lese og sette seg inn i den enkelte pasient sin pleieplan før de startet et morgenstell hadde de ikke tid til, sitat:

«Vi ikke har muntlig rapport så nå må alle gå inn å lese pleieplanene før de starter opp med stell. Men hvem har tid til det da, når noen begynner kl.08:30, og når frokosten er kl. 09:15, og du har kanskje fem stell. Det er jo ikke tid til det, men de fleste som jobber der er jo kjent med pasientene» (Informant C).

Å dokumentere elektronisk var en arbeidsoppgave som det derfor stilte store krav til, og som hun mente de brukte mye tid på. Hver eneste arbeidsoppgave skulle dokumenteres innenfor de ulike pleietiltakene, sitat:

«Hvi må dokumenter på hver eneste pasient, og det må være en utfyllende rapport, hvor vi skriver vasker der og der, pluss smurt her og der. Skiftet bleier da og da, var våt ikke våt, + avføring. Pas. Har hvilt om hvor lenge, snudd, og alt det der. Det er sånne regler, særlig på korttids da. Der dokumentere vi fra vi starter til du går nesten. Vi får jo ikke lov til å skrive uten anmerkning, de er strenge på det. Og hvis du ikke dokumenterer det så tror jo folk at du ikke har gjort noe» (Informant C).

Videre mente informanten mente at helsefagarbeideren var gode praktisk pleie og på å observere og se pasientenes behov, sitat:

«Vi syntes vi er gode på stell, å se pasienten og observere pasienten. Det er jo kun vi som gjør det» (Informant C).

På denne avdelingen var det ikke vanlig at sykepleierne var med å utførte et morgen eller kveldsstell. Dette begrunnet hun med at de hadde det administrative ansvaret, de jobbet nesten aldri på kveld eller på natt. På grunn av tidspress og underbemanning samt mange sengeliggende pasienter, sitat:

«Det er mange som ikke blir sett på grunn av liten tid. Vi har ikke tid, og den sosiale biten, blir siste prioritert da. Det har vi aldri tid til, og det er veldig trist, det var ikke sånn jeg hadde forestilt meg å være helsefagarbeider» (Informant C).

Informanten kunne fortelle at hun ofte opplevde etiske dilemmaer. Dette i forhold til pasienter som lå alene på rommene sine hele dagen, det var lite sosial underholdning og andre aktiviteter. I matserveringen opplevde hun ofte å måtte gi mat og drikke til to pasienter samtidig, noe som hun opplevde som uforsvarlig da enkelte av pasientene kunne ha svelgeparese. Som ansatt og helsefagarbeider opplevde hun at de ansatte ikke ble hørt, sitat:

«Det som jeg syntes er litt fælt nå er at vi blir jo ikke hørt, du har ingen medvirkning på arbeidsplassen din, det er bare sånn og sånn skal det være liksom (Informant C).

Samtidig mente informanten at pasientenes brukermedvirkning heller ikke ble ivaretatt. På kveldsvaktene var det som regel en helsefagarbeider som hadde ansvaret for å håndtere og gi medikamenter fra dosetter. På forkant var disse dosettene blitt dosert og kontrollert av to sykepleiere, slik at hennes oppgave var å se at det var riktig medikament og antall tabletter. For å gi og håndtere legemidler fantes det egne regler og prosedyrer for. På dagtid var dette en sykepleieroppgave.

Videre mente informanten at det arbeidet mange ufaglærte på denne avdelingen. Ved sykdom og i vikariater ble det som regel benyttet ufaglærte. Med dette så mente hun også at det var lite fagkompetanse på avdelingen, og tilbud om kurs eller videreutdanninger var et ikke tema på den avdelingen.

Det mest givende med arbeidet var, sitat:

«Det at jeg f.eks. kunne tatt med meg en pasient ut på tur, bare gå litt rundt og prate, eller bare gjort noe sånt, da hadde jeg virkelig fått følt at jeg hadde utført en «stjerne» jobb liksom. Det er veldig lite rom for å bare kunne ta med seg en pasient ut på tur. Vi gjør jo noen ting, men det å kunne fått lov til å bare kunne glede en eller annen da, være litt impulsiv, at de fikk gjort noe annet da. Istedenfor å bare sitte der inne på stua hele dagen. Det hadde vært hyggelig det» (Informant C).

I sin beskrivelse i hva som kjennetegner en profesjonell helsefagarbeider, svarte hun følgende, sitat:

«En god helsefagarbeider, er en som virkelig har tid til pasienten og kan se helheten i pasienten, og dekke alle de behovene en pasient trenger i løpet av en dag. At man har tid og viser det. Viser respekt for pasienten. Alle kan kanskje være gode, mens er du dyktig så ser du mye mer – at du har det kliniske blikket. Alle kan gjøre en god jobb, men er du dyktig så kan du og ser du mye mer. At du er alltid blid og viser at du er glad i jobben din» (Informant C).

Informanten kunne fortelle at hun egentlig hadde tenkt å avlyse dette intervjuet på grunn av at hun ikke visste hva hun skulle si eller svare når det gjaldt hennes kompetanse, samtidig som hun var veldig frustrert på sin egen arbeidsgiver.

Allikevel har denne informanten klart å gi meg en god innsikt i hennes hverdagslige arbeidsoppgaver og i forhold til å være en helsefagarbeider på en langtidsavdeling på et sykehjem. På avslutningen av intervjuet sa hun følgende, sitat:

«Å dette var egentlig godt å få snakket om. Vi gjør jo egentlig ganske mange oppgaver, og jeg er jo egentlig glad i jobben min da» (Informant C).

5.1.4 En helsefagarbeider i MEVCET – prosjektet

Formålet til workshopen til helsearbeiderfaget var å finne ut av hva som var de mest sentrale arbeidsoppgavene til en helsefagarbeider. Til sammen var det ti informanter i dette prosjektet, som var fordelt i to grupper. Hver gruppe hadde sin egen forsker som stilte spørsmålene. Jeg har ikke vært tilstede på denne workshopen, slik at funnen fra disse informantene har jeg tilpasset temaene i min intervjuguiden.

I dette prosjektet har jeg valgt å kalle gruppen en for **informant D** og gruppe to for **informant E**. Funnene som kommer ifra disse gruppene vil bli beskrevet som om de var en informant, samt vil jeg også bruke enkelte utsagn som ble sagt fra den enkelte i gruppene.

Informantene i gruppen en, (heretter omtalt som **informant D**), besto av tre helsefagarbeidere og to hjelpepleiere med lang fartstid i yrket (20 – 30 år). Samtlige kom ifra forskjellige kommuner og fylker. Samtidig representerte de forskjellige arbeidsområder som blant annet fra sykehus, sykehjem, rehabiliteringsavdeling, omsorgsbolig for funksjonshemmede og hjemmesykepleien. Samtlige hadde forskjellige tillitsverv som; prøvenemder i fagopplæringen, faglig råd, klagenemd, dommere i helsearbeiderfaget (yrkesmesterskap), tillits- og hovedtillitsvalgt i fagforbundet, rekrutteringspatruljen i helsearbeiderfaget og som instruktører for elever og lærlinger i helsearbeiderfaget.

Informantene her var alle enige om det var mange og ulike arbeidsoppgaver som var sentrale, men det første de sa var, sitat:

«Som helsefagarbeider jobber du ikke bare med stell og pleie, men det er et unikt yrke med mange spennende arbeidsoppgaver og steder å arbeide. Du kan jo jobbe på sykehus, sykehjem, innenfor rehabilitering, dagsenter, boliger for psykisk utviklingshemmede og i skolen» (Informant D).

To av informantene i denne gruppen mente at helsearbeiderfaget var annerledes enn hjelpepleierfaget, og at arbeidsoppgaver som kun sykepleierne utførte før, var nå en helsefagarbeiders arbeidsoppgave. Dette gjaldt spesielt arbeidsoppgaver som legemiddelhåndtering og sårstell. Samtidig mente de også at helsefagarbeideren var flinkere til å tenke helhetlig omsorg og pleie til den enkelte bruker eller pasient.

Informantene i gruppe to, besto av helsefagarbeider og tre hjelpleiere. Alle kom ifra forskjellige arbeidssteder som sykehus, sykehjem (skjermet avdeling), hjemmesykepleien og på et dagsenter for funksjonshemmede. Samtlige hadde tillitsverv ved siden av den daglige arbeidet som prøvenemder, faglig råd, tillitsvalgt, instruktør og veileder for elever og lærlinger og i rekrutteringspatroljen i helsearbeiderfaget. Alle informantene mente også her at som helsefagarbeider hadde man så mange jobbmuligheter og forskjellige arbeidsoppgaver, alt etter hvor man arbeidet, sitat:

«Det er så utrolig mange og varierte arbeidsoppgaver. Du kan jo jobbe så mange forskjellige steder» (Informant E).

Tre av disse informantene arbeidet på et sykehus, hvor de hadde blant annet hadde veiledningsansvaret for lærlinger i helsearbeiderfaget som hadde sin læretid på sykehuset. På dette sykehuset jobbet de helsefagarbeidere både på kirurgisk avdeling, i mottakelsen, på intensiv og på somatisk avdeling. Andre viktige arbeidssteder var i omsorgsboliger for funksjonshemmede, på sykehjem (kort- og langtidsavdelinger), dagsenter for eldre eller funksjonshemmede, innenfor rehabilitering for fysisk- eller psykisk syke og i skolen for tilrettelagt undervisning.

Dette viser at helsefagarbeideren har mange jobbmuligheter, og at de finnes både i helse- og sosialtjenesten i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Som helsefagarbeider arbeider man som regel i todelt turnus dag og kveld samt helger. Oftest er det faste nattstillinger, men dette kan også variere fra arbeidssted til arbeidssted. En del av informantene mente det kunne være vanskelig å få fast 100 prosent stilling som helsefagarbeider. Flere mente at helsefagarbeideren måtte arbeide mer ubekvemme vakter enn sykepleiere. Dette gjaldt kvelder, natt, helg og helligdager.

Tre av informantene her mente også det samme som de to andre informantene at det hadde blitt innført fler og nye arbeidsoppgaver med helsearbeiderfaget. Oppgaver som matlagning, kosthold og ernæringsarbeid og legemiddelhåndtering.

5.2 Helsefagarbeiderens arbeidsoppgaver

I hva det første helsefagarbeideren tenker på når de skal beskrive helsefagarbeiderens arbeidsoppgaver. Dette var også det første tema i intervjuguiden. Videre presenterer jeg funn som er knyttet til de andre temaene i intervjuguiden. Med dette håper jeg å få svar på problemstillingen: *Hva kjennetegner yrkeskompetansen til helsefagarbeideren i Norge?*».

Jeg velger å starte med hva det første helsefagarbeideren tenkte når hun skulle beskrive helsefagarbeiderens arbeidsoppgaver. Dette var også det første temaet som ble diskutert i KOMET-gruppene og i min intervjuguiden. Gjennom dette refleksjonsspørsmålet ville jeg også få kunnskaper om hvilke arbeidsoppgaver som var det mest sentrale i yrkesutøvelsen. Som tidligere beskrevet brukte alle informantene lang tid på dette svaret, men noe av det første de sa var:

«Dekke brukerens behov, alle de grunnleggende behovene. Passe på at de får i seg mat og søvn og fysisk aktivitet og det de ellers trenger. Trening da av alt som skal trenes på i løpet av dagen» (Informant A).

«Mye stell- og pleieoppgaver, som dusjing, mat og ernæring, medisiner, måle blodtrykk og blodsukker, sette insulin, veie de. Vi må jo være en støttespiller for sykepleieren som vi går med på natt» (Informant B).

«Stell, ja det er det første jeg tenker på – bare stell - det daglige. De klarer jo ingenting selv, så det blir jo hjelp med den personlige hygiene, måltider og sårstell. Det er mye sårstell, mest liggesår og trykksår da» (Informant C).

«Helhetlig omsorg – se hele menneske, observere og rapportere og medikament håndtering» (Informant D).

«Å det er jo så mye; medikamentbehandling, observere, og rapportere, dokumentere, vite om alle sykdommer, førstehjelp, kommunisere og takle forskjellige mennesketyper. Du skal arbeide forebyggende og kunne tilrettelegge ADL, jobbe tverrfaglig og ikke minst kjenne til lovverket (Informant E).

Svarene her viser at det er mye stell- og pleieoppgaver i det daglige arbeidet men samtidig er det også mange andre arbeidsoppgaver. Med begrepene **stell og pleie**, mente alle informantene at dette egentlig var det samme som å gi eller utøve grunnleggende sykepleie som å; hjelpe eller assistere pasienter og brukere med den personlige hygien, for eksempel med et morgenstell som kunne bestå av hjelp til dusj, intimvask, kroppsvask, hårstell, barbering, tannpuss, skift av bleier, påkledning, re senger med eller uten pasient. I dette arbeidet la alle informantene vekt på at det var viktig og vaske uten å blottlegge og påføre den andre noen smittestoffer. For dette arbeidet fantes det egne prinsipper og prosedyrer som var viktige å følge.

Når man utførte hjelp til den personlige hygien var det også viktig og bruke sansene, samt observere pasienten eller brukeren generelle allmenntilstand, huden (farge, kald, klam, varm, hudfolder, sårhet osv.), hodebunn, føtter, puls, munnhulen, svelg, åndedrett respirasjonen, urin og avføring. Samtidig var det viktig å bruke lukte sansen i forhold til spesielle lukter som kunne tyde på sykdom. Spesielt gjaldt dette lukt av urinen, av sår og kroppslukt o.l.

Andre sentrale arbeidsoppgaver under et stell kunne være; måling av blodtrykk eller blodsukker, sette insulinsprøyte, kateterstell (urinkater), skiftning av stomipose, sårstell, og stell av føtter og negler. For dette arbeidet fantes det også egne prinsipper og prosedyrer. Under dette arbeidet var det viktig å ha og ikke minst vise en **menneskeforståelse** og en **kulturforståelse**. Spesielt når man skulle hjelpe pasienter eller brukere med den intime hygiene. Dette i forhold til mann – kvinne, religion, krigsofre, tidligere traumer, osv. Samtidig handlet det om «se hele» mennesket og tenke helhetlig omsorg. Dette var også viktig i stell- og pleie av alvorlig syke og døende pasienter.

Med **helhetlig omsorg** handlet det om å se hele mennesket, både de fysiske, psykiske, sosiale, åndelig og kulturelle behov. Vise respekt og toleranse for den enkelte pasient- og brukers kultur, tradisjon, livssyn og sosial status er viktig i dette arbeidet. Samtidig var det viktig å hele tiden la pasientene/brukerne bruke sine egne ressurser – huske på brukervedvirkningen, samt tenke helhet i arbeidet og være «ryddig».

I arbeide med stell- og pleieoppgaver handlet det også mye om å trene opp funksjoner som en person hadde mistet eller ikke greid å opprettholde, samt forebygge immobilitet og trykksår. Eller det kunne handle om å trene opp funksjoner en person ikke hadde hatt tidligere.

I omsorgsboligene handlet det mye om å tilrettelegging for dagliglivets oppgaver, såkalt **ADL-trening** (Activities of Daily Living), som omhandlet de aktivitetene vi må gjøre regelmessig for å kunne greie oss i hverdagen, som det å vaske og stelle seg, velge riktige klær i forhold til temperatur, planlegge og gjøre innkjøp, lage mat og spise, rydde og vaske, ta bussen osv. Sitat;

«Det som er så spennende å jobbe med de som har en funksjonshemning, stor eller liten, så er det min jobb som helsefagarbeider å være den personen som går bak han/henne, for at han/hun skal kunne takle de utfordringene resten av verden gir han. Altså at jeg skal på en måte hjelpe han/henne til f.eks. å takle en skolehverdag eller at han skal kunne spise mat selv eller andre ting. Og da skal jeg på en måte være den usynlige hånda som går bak han for å legge til rette. Det syntes jeg er spennende da han skal kunne klare å takle forskjellige ting i livet. Det er jo det som er spennende med den jobben» (informant A).

Som helsefagarbeider i omsorgsbolig, i hjemmesykepleien eller på et sykehjem, kunne man ofte være en **primærkontakt** for pasientene. Hvem som var primærkontakt ble bestemt av avdelingssykepleier. Som regel hadde disse personene en eller annen form for videreutdanning, eller de hadde en lang ansiennitet på arbeidssstedet. For dette arbeidet fantes det egne regler og prosedyrer. Hovedsakelig handlet det om å følge tett opp den enkelte pasient eller bruker over tid, samarbeide med pårørende, påse at bruker har det han eller hun trengte av både hjelpemidler og utstyr, mat, klær, og at behandlinger og andre tiltak ble utført, sitat:

«Når du jobber som primær eller sekundær kontakt, har du på en måte det ansvaret at du skal skriver dags- og ukeplaner, leser / passer på en måte – vi registrer jo uønsket atferd, og ut ifra kurvene skal jeg jo på en måte kunne se hvordan det kan jobbes med, og da må jeg samarbeide tett med en vernepleier som har kunnskapen i forhold til det å sette i gang nye tiltak og så blir vi opplært til å utføre de tiltakene, for de må jo gjøres likt hele tiden».

(Informant A)

Som **primærkontakt** i hjemmesykepleien kunne man ofte ha ansvaret for 8 – 9 brukere. Enkelte av disse kunne være uten noen nære pårørende, slik at her måtte de huske på alt fra

timer hos legen, behandlinger, bestille utstyr som hjelpemidler, bleier, handle mat og klær. Som regel hadde disse personene egen verge som tok seg av det økonomiske og andre rettigheter, sitat:

«Er vi primærkontakt, må vi jo følge de opp i det meste. De skal jo følges opp i å bli vurdert i hjelpebehovene de har, og da må du jo kunne være innom disse ofte for å kunne gjøre det» (Informant B)

For å holde tette kontakt med pårørende brukte man en liten notisbok som alltid lå /hang inne på rommet (på sykehjem) eller i hjemmet til personene. I denne boken skrev man opp beskjeder eller andre ting som personen eventuelt manglet eller hadde gjort noe spesielt. Alle informantene mente det var viktig å samarbeide og ha jevnlig kontakt med pårørende, spesielt i omsorgsboligene, sitat:

«Jeg samarbeider og jobber mye med foreldrene, da de sitter inne med mye kunnskaper og de kjenner jo barnet best» (informant A).

I hjemmesykepleien hendte det ofte at de også har måttet ta seg av pårørende, sitat;

«Jeg har jo vært i hjem der pasienten har vært veldig syk og dødd mens vi var der, og da kommer ofte pårørende, eller om de har vært der og passer på sine. Det er jo i hjemmet deres så det blir jo litt spesielt, og da blir det jo ikke bare omsorg for pasienten men også for de pårørende akkurat der og da (Informant B).

Alle informantene mente at det å **kommunisere og samarbeide med både pårørende og andre** yrkesgrupper var en naturlig del i det daglige arbeidet. Når man skulle utarbeide dag, -ukeplaner, pleie,- og tiltaksplaner, eller aktivitetsplan, ble dette ofte gjort i samarbeid med resten av personalgruppa, eller andre yrkesgrupper som; sykepleier, vernepleier, ergoterapeuter, fysioterapeuter, lærere eller pårørende. I forhold til dette var det også lover og forskrifter som styrte mye av dette arbeidet, blant annet pasientrettighetsloven og lov om brukervedvirkning.

Alle informantene la vekt på det å kommunisere både verbalt og nonverbalt både med pårørende og andre samarbeidspartnere i behandlingsopplegget til pasientene og brukerne var en viktig og sentral arbeidsoppgave, sitat:

«Du skal jo kunne kommunisere med ulike pasienter, vi jobber jo mye tverrfaglig» (Informant D).

Spesielt i hjemmesykepleien i de store byene kunne man møte på mange minoritetsfamilier som ikke snakket norsk, sitat:

«Det var mye minoritetsfamilier, altså utenlandske familier. Det var veldig få besøk jeg hadde hos den «gamle» norske bestefar eller bestemoren, og det gir deg også mange utfordringer, når du på en måte kommer hjem da til en gammel dame som ikke snakker norsk, så møter du på veldig mange utfordringer» (Informant A).

Videre mente alle informantene at det å bistå og hjelpe brukere og pasienter med å spise mat, **varme eller lage mat** var en sentral arbeidsoppgave. I forhold til å varme og lage mat mente informantene D og E at dette var en ny arbeidsoppgave som hadde kommet den senere tid, sitat:

«Det har blitt en mer stressende hverdag nå enn før. Nå har det blitt så mange tilleggsoppgaver og særlig på sykehjem. Oppgaver som blant annet kjøkkentjeneste som matlaging hvor du må forberede alle måltidene, du må smøre mat, du må varme mat og du skal mate. Så må vi også vaske og brette klær. All den tiden brukte vi på pasientene før» (Informant D).

«I dag er det mye fokus på livsstilssykdommer og behandlinger i forhold til dette, og da handler jo om blant annet kostholdet vårt: Før så var man mer opptatt av sykdommen, men nå er det helheten. Vi har lært mye om de forskjellige livsstilssykdommene på skolen» Informant E)

Alle informanter mente **at matlaging ofte kunne føre til tidspress og etiske dilemmaer.**

Spesielt gjaldt dette i hjemmesykepleien hvor man skulle rekke over flere pasienter over en viss klokkeid. Følgende sitater ble sagt;

«Du kommer inn til en pasient eller bruker, og da skal du jo i løpet av dagen ha gjort det og det, følge planen, men så veit du jo aldri hva du møter. F.eks. møtte jeg på en bruker som hadde masse knust glass. Jeg måtte vaske hele leiligheten fordi han hadde da gått rundt og blødd mye, slik at det var blod overalt og jeg måtte stelle sår –altså, hvor dypt er det? skal jeg tilkalle ambulans, eller må han sys? Glemte nesten å lage frokosten da» (Informant A).

«Du skal kunne klare å være så og så fort ferdig med det, og gjøre ditten og datten, du skal løpe fra den ene til den andre, men det er ikke alltid så enkelt for man har med mennesker og gjøre. Man kan ikke alltid stille det etter klokka, og jeg tenker at man bare må ta den tiden det

tar å jobbe med mennesker. De er gamle og det går ikke så fort som det gikk når man er yngre, så det må jo bli etter deres premisser, og det er mye» (Informant B).

«Kommer du hjem til noen og skal smøre eller varme mat og du ser at oppvasken flyter og sånne ting, så skal vi egentlig ikke gjøre noe, for de fleste har hjemmehjelp eller pårørende som skal rydde. Men ser det helt ille ut så må man jo gjøre noe, prøve å hjelpe til» (Informant D).

I de hjemmebaserte tjenestene og på sykehjemmene handlet det ofte om å varme ferdigmat eller smøre brødskiver. Informant B, mente spesielt at det var mye matinger der hun arbeidet. Med dette så mente hun at de fleste pasientene på hennes avdeling var så syke og trengte hjelp til både å drikke og spise. For å få i de at måtte de ofte mose maten, gi de grøt og bruke fortykningsmidler i drikken på grunn av svelgeproblemer. Frokosten besto som regel av brødskiver eller grøt og drikke.

Frokost og kveldsmat ble laget av personalet, det samme ble grøten, mens middagen kom opp i vakumposer som personalet varmet opp på avdelingen. Ofte matet de to pasienter samtidig på grunn av tidspress. Dette opplevde de mest på kvelden på grunn av mindre bemanning. I omsorgsboligene var det en naturlig arbeidsoppgave og lage eller bistå brukeren med å lage frokost, lunsj, middag og kveldsmat, alt etter hvilket alder og funksjonsnivå, sitat:

«Det er mye mat – vi lager og handler, vi gjør alt. Lager handelslister og setter opp ukemenyer. Mange av brukerne kan ikke spise eller lage maten selv, noen skal ha spesialkost og har allergier, noen må ha most mat, eller får sondeernæring eller maten gjennom en peqknapp på magen» (Informant D).

Som helsefagarbeider hendte det ofte at man måtte veilede og motivere brukere med **kostholdsendring**, sitat:

«Da var jeg primærkontakt for en jente med Downs syndrom som led av overvekt og høyt blodsukker, måtte jeg hjelpe henne med å lage en kostholdsplan fordi hun ønsket å gå ned i vekt. Hun var jo ganske flink, så da var vi på nettet og fant mange oppskrifter sammen. Det var jo liksom min jobb da og hjelpe og veilede henne med å endre kostholdet, det å finne ut av det, være med å handle inn mat. Og da blir det jo på en måte det som er oppgaven» (Informant A).

«I dag er kostholdet blitt en viktig del av det helsefremmende arbeidet. Det er mange personer som trenger spesialkost og som har forskjellige allergier. Dette hadde vi mye om på skolen også» (Informant D).

Å **håndtere og gi legemidler** var også en arbeidsoppgave som var det første informantene nevnte. De fleste brukerne i helse- og omsorgssektoren bruker medikamenter som en del av behandlingen av sykdommer. For mange er det livsnødvendig med enkelte medisiner som de ikke klarte å håndtere selv. Noen av informantene mente at denne arbeidsoppgaven var noe som ble innført med helsearbeiderfaget, sitat:

«Dette er en arbeidsoppgave som har blitt innført med helsearbeiderfaget. Før var dette noe som kun sykepleierne utførte, men nå har dette blitt en dagligdags arbeidsoppgave» (Informant D).

Informant A mente at det var spesielt mye oppfølging av medisiner og at dette ofte kunne styre hennes arbeidsdag, sitat:

«Noen skal bare ha medisiner en gang i døgnet, mens andre kan ha opptil fem ganger i døgnet. Det er mye lunge- og pusteproblemer, så det blir mye innhalasjonsmedisiner som pep masker osv. En del av barna kan også ofte ha epileptiske fall, noe man må ta hensyn til når vi planlegger turer og aktiviteter» (Informant A).

I omsorgsboligene og på sykehjemmene ble det benyttet medisindosett. Dosetten er en eske med flere rom som er merket med alle dagene i uke samt fire klokkeslett per dag. På baksiden av dosetten sto navnet til bruker, navnet på legemidlene, styrke og dosering. Disse medisindosettene var i forkant blitt gjort i stand og dosert av en sykepleier eller vernepleier. I de hjemmebaserte tjenestene brukes det multidose som betyr at alle tabletter og kapsler er pakket i poser i sammenhengende remser til hver enkelt pasient. Her er hver pose merket med pasientnavn, fødselsdato og tidspunkt for inntak. Videre er posene merket med innhold av tabletter eller kapsler (navn og styrke).

Disse multidosene ble som regel oppbevart hjemme hos den enkelte bruker. Disse multidosene ble pakket maskinelt hos produsenten og transportert til apotekene som hadde leveringsavtaler med kommunen. Tabletter og kapsler som penicillin, sulfapreparater og cytostatika ble ikke pakket i disse multidosene.

For håndtering av legemidler finnes det egne lover og forskrifter som regulerer hvem som har fullmakt til dette.

For å kunne gi og administrere medikamenter må både hjelpepleiere og helsefagarbeidere ha gjennomgått og bestått et «medisinkurs». Dette er et kurs som alle nyansatte blir så å si pålagt til gå på av arbeidsgiver. Kurset består av både en teoretisk del og en praktisk del som må oppgraderes en gang i året. Den teoretiske delen gis av en farmasøyt, har en til to dagers varighet, og som avsluttes med en skriftlig prøve, mens den praktiske opplæring foregår på den enkelte arbeidsplass og blir gitt av en sykepleier. For å holde seg oppdatert ble det avholdt jevnlig kurs – ca. en gang i året som de måtte gå på. Som lærling i helsearbeiderfaget fikk man ofte tilbud om medisinkurs, men dette varierte fra arbeidsted til arbeidsted eller fra kommune til kommune. Som lærling måtte man også gå på et nytt medisinkurs for hvert gang man bytter arbeidssted.

På sykehusene blir helsefagarbeiderne *sertifisert* til å utføre såkalte sykepleieroppgaver. Ellers var det en kun sykepleierne som ga medisiner, men ved spesielle avdelinger som hjerte og lungeavdelinger ble hjelpepleierne og helsefagarbeiderne opplært og sertifisert til å gi enkelte livsnødvendige medisiner som for eksempel ved hjerte og lungeproblemer. Dette var et grunnleggende krav for å kunne jobbe på den enkelte avdeling. Her får helsefagarbeideren opplæring fra en sykepleier på den enkelte avdeling.

Alle informantene mente at det var viktig å vite og kjenne til de enkelte tablettene som lå i dosettene eller i multidosene, sitat:

«Du må se i kardex, at barnet skal ha fire tabletter f.eks. kl. 20:00, og da skal du telle at det ligger fire tabletter der. Du dobbelt sjekker om dette antallet stemmer, men du har ikke ansvaret for å se forskjeller på tabletter – dette har blitt kontrollert to ganger før av vernepleier og sykepleier, slik at jeg kun skal sjekke antallet tabletter før jeg gir de. Så medisindelingen blir på en måte min oppgave, og det er viktig å gi de i riktig form da – noen tabletter skal knuses, noen røres ut i vann, eller om det skal gis rektalt eller i en peq»
(Informant A).

«Det er sykepleiere som doserer og kontrollerer, og da er det ofte en som doserer og en sjekker dosettene etterpå, men vi allikevel må vi jo følge med. Vi teller tablettene slik at antallet stemmer, men ofte ligger det nye og ukjente tabletter der» (Informant B).

«Vi bruker multidoser, men ofte har vi med ekstra dosetter. Spesielt gjelder dette blodfortynnende og kanskje ekstra smertestillende, men vi deler ut multidoser, vi gir tabletter fra dosetter, måler blodsukker og setter deretter insulinsprøyter eller det kan være Heparin sprøyter. Mange personer sliter med pusteproblemer så vi blander og gjør i stand innhalasjonsmedisiner og sånne ting» (Informant C).

For å kunne sjekke at man ga riktig tablett til rett person, var det vanlig at hver enkelt avdeling hadde en mappe som besto av placebotabletter, hvor man kunne dobbelt sjekke de enkelte tablettene om man var usikre på. Hvis det var feil tabletter, for lite eller for mange ble det registrert som avvik. Da skulle man fylle ut et skjema og si ifra til ansvarlige sykepleier på arbeidsstedet. For dette arbeidet fantes det lover, regler og prosedyrer for, sitat:

«Det skal være et kvalitetssikring for håndtering av legemidler og regler for hvordan man registrere avvik. I dag har det juridiske blitt veldig viktig i forhold til regelverket» (informant E).

Å observere, rapportere og dokumentere var en arbeidsoppgave som alle informantene har snakket en del om. Spesielt mente alle at det og **observere og kartlegge** pasientene og brukere konstant var en del av hovedfokuset i det daglige arbeidet. Følgende sitater viser hva som ble sagt:

«Du må kunne se symptomer på de fleste sykdommer, f.eks. hvis du jobber i eldreomsorgen som jeg gjorde i læretiden, så var det at vi hele tiden observerte, den generelle allmenntilstanden, symptomer på enkelte sykdommer, bivirkninger av medisiner, eller så var det kognitive symptomene etter medisiner, og så var det det kognitive fra dag til dag» (Informant A).

«Vi må jo rapportere og dokumentere etter hver vakt. Og så har vi IPLOS, hvor vi må registrere brukerens hjelpebehov, og da må jeg jo observere helheten, den generelle allmenntilstanden, sykdomsforløpet, om de har det bra og alle disse tingene» (Informant B).

«Observerer jo hele tiden, åssen allmenntilstanden er og alle de tingene der. Og nå holder vi på med et prosjekt som heter LMG hvor legen driver og seponerer mange tabletter i forhold til sovemedisiner da det skal ikke være så mye sånne synonym medisiner. Alle som får 7,5 mg. Imovane (sovemedisin) trappe ned til 5 mg. (Imovane), så det er veldig mange som er våkne fortiden, og så er det mange som har startet med blodtrykksmedisiner. I dette arbeidet må vi

observere, kartlegge og registrere hele tiden om pasienten er svimmel eller blodtrykkfall osv.»
(Informant C).

«Vi har jo alltid observert pasientene, særlig de som er sengeliggende og når vi utfører plei- og stell. Spesielt er det viktig å kunne observere hudforandringer for å kunne klare å forbygge f.eks. trykksår. Særlig er dette viktig hvis pasientene f.eks. har diabetes og er sengeliggende»
(Informant D).

«Å observere og rapportere videre for så å sette inn tiltak er en viktig del av jobben som helsefagarbeider. Du skal kunne forebygge komplikasjoner ved immobilitet for eksempel, du må også observere forskjeller fra dag til dag» (Informant E).

Alle informantene mente det lå mye automatikk i å observere pasientene og brukerne under stell- og pleieoppgaver. I dette arbeidet var det viktig å bruke alle sansene våre som det å lukte, lytte, føle og se for å få med seg helheten rundt personen. Spesielt mente alle at det var viktig å observere den generelle allmenntilstanden, sykdomsforløpet og etter inntak av medikamenter. I hjemmesykepleien var det viktig å observere brukerens hjelpebehov i forhold til å sette inn nye tiltak eller for å avslutte tiltak. Samtidig mente alle informantene at det å forebygge immobilitet, trykk/liggesår og kontrakturer hos den enkelte pasient, og spesielt for de pasientene som var sengeliggende.

Alle informantene mente at det å **rapportere og dokumentere** var en veldig sentral og viktig arbeidsoppgave som det også stilte strenge krav til. I følge Helsepersonelloven, skal det være opprettet en journal for hver bruker. All skriftlig informasjon om brukeren og det tilbudet han får skal inngå som deler av journalen.

For å rapportere og dokumentere tilbudet til den enkelte bruker, ble det som regel brukt et elektronisk system (EPJ). I dette datasystemet lå all informasjon om den enkelte bruker, hvor mål og tiltak var definert i en egen individuell pleie, eller tiltaksplan. Nå man skulle dokumentere gikk man inn på hvert enkelt tiltak og noterte hva man hadde observert eller gjort; sitat:

«Hvi må dokumenter på hver eneste pasient, og det må være en utfyllende rapport, hvor vi skriver vasker der og der, pluss smurt her og der. Skiftet bleier da og da, var våt ikke våt, eller hatt avføring. Har pasienten hvilt? og hvor lenge, snudd, og alt det der. Det er sånne

regler, særlig på korttids da. Der dokumentere vi fra vi starter til du går nesten. Vi får jo ikke lov til å skrive uten anmerkning, de er strenge på det» (Informant C).

Rapportering kunne foregå både muntlig og skriftlig, alt etter hvilken situasjon det var. Når mange skulle vite det samme samtidig ble det benyttet muntlig rapport. Selve rapporteringen gjøres elektronisk eller på papir, før vekten var slutt, ved inn og utskrivinger av brukere, eller når en bruker ble overflyttet til en annen avdeling og etter spesielle observasjoner som tidligere nevnt. En skriftlig rapport kunne også være å kvittere for utført oppdrag. Hvis det var definert spesielle tiltak som for eksempel dryppe øyer eller måle drikke og diurese (urin) ble det ofte benyttet en liste hvor man krysset av og underskrev for utført arbeid. Det trengte ikke bestandig å være noe spesielt å rapportere om, og da ble det for eksempel skrevet at det ikke var noe avvik fra det forventede. Dette gjaldt spesielt i hjemmetjenesten og på sykehjemmet. EPJ kunne være forskjellige fra fylke til fylke, samt at det fantes egne påloggingssystem som styrte hvem som hadde tilgang til de forskjellige dokumentene i pasientjournalen. For korrekt rapportskrivning stiltes det spesielle krav til i forhold til innhold og form, samt at rapporten måtte bygge på objektive og grundige observasjoner.

Alle informantene mente at den muntlige rapporten var viktig få med seg og at den var et viktig samlingsted hvor personalet blant annet kunne utveksle erfaringer og lære av hverandre. Som regel var det muntlig rapport ved vaktskiftet fra de som avsluttet sin arbeidsdag eller natt, til de som begynner. Alle mente at det var rapporten fikk ved vaktskifte som styrte deres arbeidsoppgaver, sitat:

*«Det første jeg gjør er å få rapport fra de som har arbeidet vakta før meg – og det er jo veldig viktig for hvordan dagen eller vakta skal bli, med tanke på om personen har hatt det bra, sovet bra, spist eller om han har vært sur og grinete og hatt mye utagering, har veldig mye å si når du jobber en til en som jeg gjør. Du legger jo opp dagen etter barnets form og det er jo det som styrer arbeidsdagen min. altså jeg kan tenke meg mye at han er i fin form og da kan vi gå på tur eller vi kan gå dit eller dit, men så kommer vi så langt at han har tatt på seg yttertøyet og så kan det plutselig komme et epileptisk anfall og da må jeg snu om alt»
(Informant A).*

«Du vet jo aldri helt hvem du skal jobbe med før du kommer på vakt, hvilke brukere du skal ha. Samtidig er det jo rapporten vi får når vi starter som sier noe om hvilke arbeidsoppgaver jeg har den dagen» (Informant B).

Som regel var den muntlig rapporten et sammendrag av det som var blitt dokumentert skriftlig. Tiden som ble brukt kunne variere, men oftest var det satt av mellom 15 og 30 min til dette. Noen av informantene mente at den muntlige rapporten ofte ble lite prioritert på grunn av vakter som blir kortet ned til fem timers vakter. Dette gjaldt spesielt for de som arbeidet deltid, stat:

«Når vi ikke har muntlig rapport så må alle gå inn å lese pleieplanene før de starter opp med stell. Men hvem har tid til det da, når noen begynner kl.08:30, og når frokosten er kl. 09:15, og du har kanskje fem stell. Det er jo ikke tid til det, men de fleste som jobber der er jo kjent med pasientene» (Informant C).

Når informanten skulle svare på om det var noen arbeidsoppgaver som de mente var den viktigste, mest sentrale i yrkesutøvelsen og som de var gode på, ble følgende uttalt, sitat:

«Vi er gode på å være nær pasienten, og det å være tilstede på en måte, vi er ikke bare den som på en måte skal løpe inn å bare sette en sprøyte eller gi en medisin. Vi er der hele tiden liksom, jeg sier ikke at sykepleierne ikke gjør noe, men de har mere det administrative ansvaret. Ja de skal på sykepleiermøter og de skal hit og dit og da blir det jo sånn at vi pleierne går til brukerne. Vi er liksom mer ute i miljøet da» (Informant A).

«Vi er jo veldig gode på å se hele mennesket da. Jeg tenker på forandringer som skjer, se helheten, ja. Vi er jo mere sammen med pasientene enn sykepleierne. Sykepleierne har jo mere det administrative og de tar blodprøver og gjør sånne ting, men vi har mer stell og den biten» (Informant B).

«Vi er jo gode på stell, å se pasienten og observere pasienten. Det er jo kun vi som gjør det» (Informant C).

«Tror vi er flinkere med grunnleggende sykepleie enn sykepleierne. De er mer blitt mere «mini leger». Det er jo vi som steller og hjelper pasientene med morgenstell, barberer og passer på at de ser anstendige ut. Vi passer på at det er ryddig og pent rundt personen og at de har det de trenger» (Informant D).

Her mente alle informantene at det var de som var den som var nærmest pasienten eller brukeren på grunn av alle stell- og pleieoppgavene. Samtidig mente alle at sykepleierne hadde

det administrative og ikke hadde så god tid til pasientene som helsefagarbeideren hadde. Noen av informantene mente at det var glidende overganger mellom såkalte sykepleieroppgaver og helsefagarbeiderens arbeidsoppgaver. Noen av informantene mente også at arbeidsoppgavene deres varierte veldig alt etter hvor man arbeidet, eller hvilken kommune eller fylke man arbeidet i. Samtidig mente alle informantene at det som regel fagansvarlig sykepleier på jobb bestemte deres arbeidsoppgaver, sitat:

«Vi er jo som poteten, frem og tilbake. I det ene øyeblikket skal vi stelle sår, gi tabletter, insulin osv. så i neste skal vi ikke gjøre det. Er det ikke nok sykepleier så må vi ta det, og vi blir brukt til å gjøre ting sykepleierne ikke gidder eller ikke har såkalt tid til å gjøre selv»

(Informant C)

Alle informantene legger vekt på at det er viktig å **planlegge arbeidet godt**, men samtidig være fleksibel i arbeidet. Spesielt i hjemmesykepleien, hvor man var innom mange brukere i løpet av en vakt, sitat:

«Du lager deg en plan over det du skal gjøre, men så veit du jo aldri hva som møter deg bak døra. F.eks. kom jeg til en bruker som hadde klart å knuse en del glass- du vet disse glassene som går i tusen biter. Jeg måtte vaske hele leiligheten fordi han hadde da gått rundt og blødd mye, slik at det var blod overalt og jeg måtte stelle sår –altså, hvor dypt er det? skal jeg tilkalle ambulanse, eller må han sys?» (Informant A).

«Du har jo en arbeidsliste du skal komme igjennom så du er nødt til å planlegge godt, og så må du huske på at du bruker så å så lang tid på å kjøre fra den ene til den andre. Ledelsen og sykepleierne forventer jo at du skal kunne klare å være så og så fort ferdig med det, og gjøre ditten og datten, og du skal løpe fra den ene til den andre, men det er ikke alltid så enkelt for man har med mennesker og gjøre, og man kan ikke alltid stille det etter klokka, Jeg tenker at man bare må ta den tiden det tar å jobbe med mennesker og de er gamle og det går ikke så fort som det gikk når man er yngre, så det må jo bli etter deres premisser, og det er mye» (Informant B).

«I hjemmesykepleien kommer du borti mange forskjellige episoder og mange ulike brukere med forskjellige behov, så her må du planlegge arbeidet godt. Alt tar tid, og tid har vi alt for lite av» (Informant D).

Nesten alle informantene kunne fortelle at de ofte og nesten daglig opplevde etiske dilemmaer i en eller annen form. For det meste handlet det om lite bemanning og alt for mange arbeidsoppgaver i forhold til klokketiden. Dette gjaldt mest i hjemmesykepleien og på sykehjem. Følgende ble sagt, sitat:

«I hjemmesykepleien er dette tidsløpet da, hvor du virkelig har fått en stoppeklokke med disse mobildatamaskinene som du må trykke av og på når du går ut av hjemmene eller leiligheten. Dette er veldig stressende og det er nærmest sånn at du får spørsmål når du kommer inn om hvorfor har du brukt så lang tid der eller der. Og hvorfor har du hatt en halvtime mellom den brukeren og den brukere. Dette blir sjekket av leder eller andre kolleger, og det er stressende for da er det sånn at du har jo plass til en pasient mellom de andre» (Informant A).

«Det er mange etiske dilemmaer, da du vet at ok jeg har egentlig bare så og så mange minutter, og hiver av deg jakka og gjør de oppgavene du må gjøre. Det er stressende men man må jo bare prøve å delegere tiden sin så godt man kan, og kanskje hvis man er hos de samme pasientene se/tenke at i går fikk fru Hansen 20 min og i dag så har jeg ikke mere enn ti minutter. At det kanskje er en annen som trenger litt mer tid, sånn at jeg bytter litt på tiden hos den enkelte. Man skal jo føle at man har gjort en god jobb, og hvis jeg går hjem med en dårlig følelse av at jeg har gjort en dårlig jobb, så er jeg ikke fornøyd (Informant B).

«Tidspresset er tappende, hvor du må løpe fra den ene til den andre. Jeg satt en gang å mata en pasient, samtidig som jeg måtte stadig løpe over gangen og se til pasienten der, sånn at han ikke satte noe i halsen fordi han hadde svelgeparese. Det er jo ingen ro da, ikke for meg eller for de to pasientene, og dette er veldig tappende vil jeg si, når jeg så å si går hjem med dårlig samvittighet pga. tidspresset (Informant C).

«Nesten daglig kan vi komme opp i etiske dilemmaer. Ofte på grunn av dårlig tid og mange arbeidsoppgaver som skal gjøres. På sykehjemmene arbeider man ofte underbemannet og med mange ufaglærte på jobb. I hjemmesykepleien har du jo hele tiden den klokka å jobbe etter, noe ofte kan føre til frustrasjon» (Informant D).

«I hjemmesykepleien må du hele tiden ta vurderinger og sette grenser sette grenser. Det er mange ensomme mennesker, og de vil jo så gjerne at du har den der ekstra tiden til å sette

deg ned for å ta en prat. Og så har du jo ofte pårørende som også sliter på grunn av den syke som også gjerne vil prate» (informant E).

Som sitatene viser opplever helsefagarbeideren mange og ulike dilemmaer. Spesielt på grunn av tidspress og underbemanning. I hjemmesykepleien må en stadig ta avgjørelser og prøve og sette grenser og prøve og delegere tiden så godt man kunne. På sykehjemmene var det spesielt på kveldsvakter og ved matsituasjonene de opplevde etiske dilemmaer på grunn av underbemanning. Her var det ofte veldig mange å «mate», noe som medførte at de måtte ga mat til flere pasienter samtidig.

5.1 Helsefagarbeiderens kunnskaper

Den første komponenten i kompetansebegrepet var kunnskaper, som handler om en persons data eller informasjonsbase og viser til det en person «vet», eller det man «tror at man vet». Teoretisk kunnskap beskrives ofte som påstandskunnskap, kunnskap som er upersonlig og objektiv, men samtidig handler det også om kunnskaper som er relevant for utøvelsen av faget (Skau, 2011). Dette betyr at som ferdig utdannet helsefagarbeider skal du kunne begrunne sin praksis og ha en forståelse for hva man skal gjøre og ikke gjøre i de enkelte situasjonene. En «novise» som er fersk i faget, har også behov for å støtte seg til regler som ikke kontekstbundne for å kunne utføre handlingene (Kvale et al., 1999).

Når informantene fikk spørsmålet om de kunne beskrive hvilke kunnskaper som var relevant og viktig å kunne i yrkesutøvelsen, ble følgende sagt, sitat:

«En helsefagarbeider skal kunne dekke de grunnleggende behovene til både brukere og pasienter. Fordi det er så bredt, kan du tenke – hva er det du møter? Jo pasienter som skal ha hjelp til å kle på seg, den skal kunne få stelt seg, kunne få gå på toalettet, foreta valg selv. Altså det personen trenger hjelp til der og da, og skal pasienten kunne få i seg næring via peq sonde, eller normalkost. Hva med dietter – dette i forhold til allergier eller andre ting som religioner eller forskjellige kulturer. Å, det med aktiviteter, man må liksom på en måte kunne tilrettelegge for at de skal ha en god livskvalitet, du vet aldri helt hva du kommer til når du jobber med mennesker. Du skal liksom ha kunnskaper om så mye» (Informant A).

«Egentlig må du ha kunnskaper om så mye, for du må kunne se og observere symptomer, du må kunne vite om de forskjellige sykdommene og du må kunne livreddende førstehjelp»

(Informant B)

«Du jo kunne gi grunnleggende sykepleie og da må du jo vite hva du skal gjøre. Du skal jo kjenne faget ditt, kjenne til pasienten, sykdommen og sykdomsforløpet. Du skal kunne forebygge sengeleiets komplikasjoner, og du skal kunne noe om kosthold. Så skal du jo vise dette i praksis da» (Informant C).

«I hjemmesykepleien og i omsorgsboliger er det viktig å ha kunnskaper om mat og ernæring da det er mange ulke kosthold du må forholde seg til. Du skal kunne se og observere pasienten fra dag til dag, og vite noe om sykdommene og sykdomsforløpet. Du skal kunne vite hvordan du kan tilrettelegge aktiviteter som er tilpasset den enkelte» (Informant D).

«Egentlig er det mye du skal kunne noe om. Du skal kunne kommunisere med ulike brukere. Du må kunne observere og kartlegge og rapportere, og du skal vite hvordan man forebygger livsstilssykdommer og om helsetjenestene som brukerne har krav på. Og skal også du kunne vite noe om medikamenter og HMS» (Informant E).

En del av informantene mente at de kunne mye om helsefremmende arbeidet i forhold til å forebygge livsstilssykdommer, og at de hadde lært mye om dette pluss ernæring og kosthold på skolen, sitat:

«Jeg husker spesielt en oppgave på andre året, vi skulle lage mat og da skulle du ta for deg en type allergi og så skulle du lage mat til f.eks. en som hadde gluten eller cøliaki, nøtter eller melk eller o.l. og så måtte vi finne ut av(skrive) hva som var viktig å tenke på da? Har du f.eks. stomi da, så må du jo vite hva som er viktig i forhold til kosthold» (Informant A).

Alle informantene la vekt på at kunnskaper om mat og ernæring var viktig. Å ha kunnskaper om spesialkost og matallergier var viktig. Videre mente alle informantene at kunnskaper om grunnleggende sykeleie, - og sykepleietiltak, kunne noe om sykdommer og sykdomsforløpet og behandlingen var viktige kunnskaper. Videre mente alle informantene at det var viktig å kunne vite hvordan man skulle kunne «dekke» brukeren og pasientens grunnleggende behov, kroppens oppbygning og funksjon, kunne kjenne til sengeleiets komplikasjoner ved å forebygge kontrakturer og trykksår. For å kunne kartlegge hvilket behov en bruker har måtte

ha var det viktig å kunne observere og bruke alle sansene våre; se, høre, føle og lukte for å fange inn helheten. Videre var det viktig å kunne rapportere og dokumentere, vite hva man skulle skrive og hva som var viktig å rapportere.

Videre var det viktig å kunne kommunisere med ulike brukere i alle aldre, andre samarbeidspartnere og ikke minst med pårørende, samt motivere og engasjere slik at brukeren opplevde mestringsfølelse. Andre viktige kunnskaper som informantene kom inn på var lover og regler. Her mente alle at det var viktig å kjenne til lovverket i forhold til pasienten og brukerens rettigheter – brukermedvirkning og taushetsplikten. Samtidig var det viktig å kunne livreddende førstehjelp, forebygge fall og hjemmeulykker, kjenne til HMS reglene og de forskjellige prosedyrene for dette arbeidet.

Videre mente alle informantene at som helsefagarbeider bør man ha en forståelse for mennesker, helse, samfunn og sykdom. Men samtidig mente nesten alle informantene at det var mye av dette du lærte i praksis og i læretiden.

5.2 Yrkesspesifikke ferdigheter

Den andre komponenten i kompetansebegrepet var ferdigheter. Jeg har valgt å kalle det yrkesspesifikk ferdigheter som omhandler helsefagarbeiderens praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som hører til utøvelsen yrket. Når informantene fikk spørsmålet om hvilke ferdigheter de anså som de mest sentral i yrkesutøvelsen så mente alle at det var mange forskjellige prosedyrer og rutiner for de fleste arbeidsoppgavene. Alle informantene mente at det kunne være vanskelig å skille mellom ferdigheter og den personlige kompetansen i og med at an brukte seg selv som det viktigste verktøyet. Andre mente at det også kom an på hva man hadde fått opplæring i og at man måtte være litt teknisk, sitat:

«Du skal liksom vite hvordan kan en med svelgeparese kunne svelge ikke sant – jo da må vi først bruke en stavmikser for deretter å presse det gjennom en sil, eller så klarer de ikke å svelge maten. Du må jo være litt teknisk da, du må jo skjønne disse matposene eller sondeernæringen og denne maskinene og innstillingene. Og så har du rollertolk maskinen. Vi må være tekniske for du har jo også blodtrykk og blodsuktermåling og sette insulin hvis du har pasienter med diabetes» (Informant A).

«I hjemmesykepleien må du også være litt teknisk. Du skal varme eller lage mat og bruke apparater. Det kan være at du skal hjelpe til med pustemaskiner eller det kan være forskjellige blodsukkerapperater» (Informant B).

«Dine ferdigheter er jo det du kan, altså det du har opplæring i, så du kan jo få opplæring i sårstell og på en måte ta flere kurs så du på en måte blir mere kompetent da. Det er jo det det handler om hele tiden at vi må følge med utviklingen» (Informant C)

«Du trenger å ha det håndlaget da. Du skal jo kunne ta på mennesker og du skal jo kunne utføre prosedyrene slik de er beskrevet og da er det viktig at du er nøye med å gjøre det riktig» (Informant D).

«Det finnes mange prosedyrer og når du utfører de så er du nødt til gjøre det i riktig rekkefølge. Du arbeider med mennesker så er det igjen at man må kunne ta på de på riktig måte» (Informant E).

Alle informantene mente at man måtte være litt teknisk. Det fantes mange prosedyrer i utførelsen av forskjellige arbeidsoppgavene. Dette gjaldt spesielt i forhold til forebygging og smittespredning, «helvask» av pasient, utførelse av intimvask, dusj, barbering, munnstell, bleieskift, helskift av seng med eller uten pasient, måltid og tilrettelegging, sondeernæring, stell av døde, klyster, måling av blodtrykk, urinprøver, stell av permanent kateter, skifte stomi, stell av sår og skylleromarbeid.

Videre mente alle informantene at det var viktig å bruke riktige løfteteknikker i forhold til forflytninger av pasient fra seng til stol eller fra stol til toalett osv. For dette arbeidet fantes det forskjellige heiser eller pasientløftere som de måtte kunne håndtere. Som ny fikk man alltid opplæring i hvordan man skulle bruke de enkelte hjelpemidlene. For å kunne dokumentere og rapportere videre mente alle informantene at det var viktig å kunne skrive og kommunisere det norske språk, men også kunne bruke ulike kommunikasjonsteknikker. Samtidig mente flere av informantene at utførelsen av prosedyrene og selve håndlaget med pasientene var noe de lærte i praksis og i læretiden. Med dette så mente de at det var der pasienten var, i senga at man lærte å bruke den teorien de hadde hatt på skolen.

5.1 Hvilken holdninger bør en helsefagarbeider ha?

Både Lai (2013) og Skaug (2011), mener at holdninger er en del av personens potensial, og er en av de viktigste komponenten i kompetansebegrepet, og som kan være helt avgjørende om en person er kompetent eller ikke.

Personlig kompetanse er spesielt viktig i alle omsorgsykker hvor man skal samhandle med andre mennesker, noe som både kompetanseplattformen og læreplanen til helsearbeiderfaget legger vekt på. Dette var også et tema som var det første som ble nevnt i innledningsvis av alle informantene. For å kunne arbeide som helsefagarbeider kom de med følgende utsagn, sitat:

«Ikke alle passer til dette yrket. Jeg har vært borti mange som kanskje ikke passer helt til yrket pga. dårlig kommunikasjon eller oppførsel. Det er ikke alt du sier til pasienten, og du må på en måte klare å stoppe opp i forhold til syner og lukter. Altså du må prøve å sette en sperre og tenke at nå er du på jobb, og du kan ikke stå å brette deg ved et sårstell f.eks. du skal være en profesjonell og på en måte vise klart at her er du på jobb og her er du som en helsefagarbeider og ikke som M. privat liksom» (Informant A).

«Personlig egnethet er viktig i denne jobben, og det er ikke alle som har den evnen til å se andre tror jeg, og ikke har de evnen til empatien heller, og det du trenger man å ha i denne yrket. Det er ikke alle som har den roen og tålmodigheten og som passer. Det er også viktig med sosial kompetanse og det er ikke alle som er like sosiale heller, og det må man jo være» (Informant B)

«Du må kunne ha gode holdninger, kunne ta på mennesker og ha de gode hendene, og det er ikke alle som har det. Du må jo kunne kommunisere med ulike pasienter da» (Informant C)

«Ikke alle passer til dette yrket, men det viktigste er at man må kunne ta på mennesker og ha håndlaget. Du må ha evne til å vise empati, ha gode holdninger og ikke minst må du kunne kommunisere» (Informant D).

«Personlig egnethet er viktig. Du skal kunne gi omsorg til mennesker og vise empati. Du skal kunne ta på de med gode hender og ta vare på andre mennesker, og du må ha et helhetlig menneskesyn» (Informant E).

Selv om både teoretiske og yrkesspesifikke ferdigheter er viktig i yrkesutøvelsen, mente alle informantene at det var viktig at helsefagarbeideren var egnet til å arbeide med mennesker som hadde pleie- og omsorgsbehov. Alle informantene la vekt på at man må kunne ta og ta vare på mennesker, ha de «gode» hendene eller ha håndlaget. Videre var det viktig å ha gode holdninger, ha evnen til å vise empati, ha et helhetlig menneskesyn og kunne kommunisere med ulike brukere og pasientene. Informant A mente det var viktig å være profesjonell, kunne oppføre seg ordentlig, ikke ha noen sperrer i forhold til diverse lukter eller syn.

De fleste informantene mente at det var ikke alle som passet til dette yrket selv om man hadde teoretiske kunnskaper. Her mente de at en person kan velge om han / hun anser sine teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter som viktig, og at dette gjenspeilte seg i personens væremåte i forhold til pasientene, kolleger og til arbeidsoppgavene. For å arbeide som en helsefagarbeider la alle informantene vekt på at personen måtte være egnet, samtidig som art personen måtte ha sosial kompetanse, vise respekt for menneskeverdet, sitat:

«Når du arbeider i omsorgsyene, er det en forutsetning at du kan vise respekt og kunne samarbeide med andre» (Informant D).

5.2 Oppsummering

Når informantene skulle beskrive hva som var de mest sentrale arbeidsoppgavene de utførte i det daglige arbeidet ble det remsert opp mange og ulike arbeidsoppgaver. Alle informantene la vekt på å gi å helhetlig omsorg, men at det var mye stell- og pleieoppgaver. Med stell og pleie mente alle informantene at det handlet om å bistå eller hjelpe personer med vask, dusj, intimhygiene, stell av negler og føtter, hårstell. For dette arbeidet var det viktig å ha en menneskeforståelse og kulturforståelse, samt at det fantes egne regler og prosedyrer for stell- og pleie. Med helhetlig omsorg handlet det om å se hele mennesket, både de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behovene.

Alle informantene mente de var gode på stell- og pleieoppgavene, og at det var de som var nærmest pasienten og som kunne observere pasienten og brukeren best. Når man stelte og pleide en pasient handlet det også om å utføre sårstell, skifte stomiposer, kateterstell, måle puls, blodtrykk og blodsukker og sette insulinsprøyter eller blodfortynnende sprøyter (Heparin).

I omsorgsboligene for psykisk utviklingshemmede handler det mye om ADL-trening i det daglige arbeidet. Som helsefagarbeider er man som regel primær eller sekundærkontakt for pasienter eller brukere. I dette arbeidet handlet det om å følge opp pasientene over tid. Ofte

kunne man være primærkontakt for opptil 8-9 pasienter. For dette arbeidet fantes det også egne regler og prosedyrer for. Samtidig mente alle informantene at det var viktig å forebygge kontrakturer og immobilitet, derfor var det viktig å observere og rapportere videre og sette inn tiltak i samarbeid med pårørende eller andre yrkesgrupper.

Å kommunisere og samarbeide tverrfaglig med andre yrkesgrupper er naturlig når man skulle utarbeide individuelle dag-, ukeplaner, pleie-tiltaksplaner eller aktivitetsplaner. Spesielt samarbeidet man tett med både sykepleier, vernepleier eller andre som var med i det tverrfaglige arbeidet.

Alle informantene mente at det å varme eller lage mat var en sentral arbeidsoppgave, og som ofte kunne føre til tidspress og etiske dilemmaer. På grunn av liten bemanning hendte det ofte at man måtte løpe mellom pasienten for å gi de mat, eller at man ga mat til to pasienter samtidig. I hjemmesykepleien og i omsorgsboligene må man smøre, lage eller varme mat til den enkelte bruker. Som helsefagarbeider hendte det også at man måtte bistå og veilede brukere å endre kostholdet. Dette gjaldt mest for de informantene som arbeidet i omsorgsboliger for psykisk utviklingshemmede.

Videre mente alle informantene at det var mye legemiddelhåndtering. For å håndtere og gi medikamenter måtte man gjennomgå et medisinkurs som man ble pålagt til å gå på. Kurset besto av en teoretisk del og en praktisk del. For håndtering av legemidler fantes det egne lover og regler som regulerte dette arbeidet.

På sykehusene blir helsefagarbeideren sertifisert og opplært av en sykepleier til å utføre såkalte «sykepleier oppgaver». Her fikk den enkelte helsefagarbeider intern opplæring, alt etter hvilken avdeling de arbeidet på. Nesten alle informantene mente at arbeidsgiverne var flinke til å tilby de ansatte kurs. Kun informant C mente at hun aldri fikk tilbud om intern opplæring eller kurs, og at det var lite faglighet på den avdelingen på grunn av underbemanning og med mange ufaglærte på jobb.

Med økt fokus på håndtering av legemidler hadde også arbeidsoppgaver som det å *observere* pasientenes endringer og tilstander, rapportere og dokumentere (både skriftlig og muntlig) blitt viktige arbeidsoppgaver.

Det å observere endringer i forhold til sykdomstilstander, etter inntak av forskjellige medisiner og ikke minst pasientene og brukernes allmenntilstand (både de fysiske, psykiske, sosial og åndelige behovene) var en dagligdag og naturlig del av det daglige arbeidet.

Alle informantene la vekt på at det å rapportere og dokumentere var en viktig del av jobben, og som det stiltes det strenge krav til. Som regel dokumenterte man elektronisk, men det

hendte også at man dokumentere skriftlig. For dette arbeidet fantes det også egne regler og prosedyrer for.

Arbeidsvaktene starter som regel med en muntlig rapport fra de som hadde vekten før de. På denne rapporten fikk de vite hvilken pasient eller bruker man skulle ha ansvaret, noe som da styrte hvilke arbeidsoppgaver de skulle utføre. Alle informantene la vekt på at den muntlige rapporten var viktig samlingsted hvor personalet kunne utveksle og lære av hverandre.

Videre mente alle informantene at det var viktig å planlegge, være «ryddig» og fleksibel i det daglige arbeidet. Daglig opplevde alle informanten etiske dilemmaer. I hjemmesykepleien var det ofte tidspress som var årsaken, mens på sykehjemmene var det pga. underbemanning i forhold til antall pasienter man skulle hjelpe.

Som helsefagarbeider mente alle informantene at det var spesielt viktig å kunne begrunne sine handlinger faglig. Å ha teoretiske **kunnskaper** om sykdommer, forebygging, hjelp og pleie var sentralt, men også hvordan fremme helse og tilrettelegge for den enkelte i de dagligdagse oppgavene (ADL-trening). I det helsefremmende arbeidet handlet det om å ha kunnskaper om kroppens oppbygging og funksjon, sykdommer, sykdomsforløp og behandling. Videre var kunnskaper om å gi og håndtere legemidler viktig. Her skulle man kunne vite om de forskjellige prosedyrene og reglene for dette ansvaret, samt kunne observere eventuelle bivirkninger etter inntak av medikamenter.

Videre var det viktig med kunnskaper om hygiene, mikroorganismer og smittespredning. Spesielt nevnte alle informantene at kunnskaper om mat og ernæring i forhold til forskjellige matallergier og spesialkost var sentralt kunnskaper. Å vite hvordan man skulle lage eller tilberede de forskjellige måltidene, samt bistå eller hjelpe personer med å spise var også viktige kunnskaper. Andre viktige kunnskaper var å kunne forebygge livsstilssykdommer, isolasjon og psykiske lidelser. Samtidig var det også viktig å kunne forebygge sengeleiets komplikasjoner som kontrakturer og trykksår hos de pasientene som var sengeliggende. Å ha kunnskaper om hva og hvordan man observerte var sentralt i alle handlinger. Det samme var det å kunne rapportere og dokumentere videre.

Videre var det viktig å kunne kommunisere med ulike brukere i alle aldre og med ulike hjelpebehov, med andre samarbeidspartnere og ikke minst med pårørende. Samtidig var det viktig å kunne vite hvordan man skulle motivere og engasjere den enkelte pasient eller bruker. I dette arbeidet var det viktig å kjenne til pasientenes rettigheter og da spesielt brukermedvirkningen. Her la alle informanten vekt på at det var viktig å vite hvordan man skulle arbeide i forhold til at pasientene skulle oppleve en mestringsfølelse samt

medbestemmelse. Andre viktige kunnskaper som informantene kom inn på var lover og regler. Her mente alle at det var viktig å kjenne til lovverket i forhold til pasienten og brukerens rettigheter – brukermedvirkning og taushetsplikten. Samtidig var det viktig å kunne livreddende førstehjelp, forebygge fall og hjemmeulykker, kjenne til HMS reglene og de forskjellige prosedyrene for dette arbeidet.

Som helsefagarbeider mente alle informantene at det også var viktig å et helhetlig menneskesyn, og da kunnskaper om hvordan man skal kunne hjelpe og «dekke» personens fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige behov.

Som helsefagarbeider må man være litt teknisk i sine **yrkesspesifikke ferdigheter**. Spesielt gjaldt dette i håndtering av flere og ulike tekniske hjelpemidler som var tilpasset den enkelte pasient eller bruker. Dette kunne være spesialsenger, rullestoler, kjøkkenutstyr i forhold til å gi eller lage mat (sondeernæringen), måle drikke eller diurese (urin), i medikamenthåndteringen ved å blande og sette sammen forskjellige pusteapparater, måle blodtrykk, måle og sette insulin eller andre subkutane sprøyter. Telle puls og måle feber, skifte stomiposer og fjerne urinkateter var også sentralt. For dette arbeidet fikk man som regel opplæring i å gjøre. Samtidig fantes egne regler og prosedyrer som styrte dette arbeidet. Videre var det å re en seng riktig med eller uten pasient, en viktig ferdighet, samt forflytning av pasienter med ulike funksjonshemninger fra seng til stol osv. For dette arbeidet fantes det egne arbeidsteknikker og prinsipper som var viktige å kunne bruke. Å utføre og bruke de riktige hjelpemidlene og arbeidsteknikkene var også sentralt i forhold til helse, miljø og sikkerhet (HMS).

Den tredje og siste komponenten i kompetansebegrepet var holdninger. Her mente alle informantene at det å være egnet, ha sosial kompetanse og kunne ta på «noen», ha håndlaget var en viktig forutsetning for å kunne arbeide som helsefagarbeider. De fleste informantene mente at det var ikke alle som passet til å arbeide som helsefagarbeider. Dette på grunn av mangel på evne til å se den andres hjelpebehov, eller kunne vise respekt og empati for den enkelte, eller for kolleger og pårørende. I yrkesutøvelsen mente alle at det var viktig å kunne kommunisere og samarbeide tett med både kolleger, andre yrkesgrupper og ikke minst pårørende på en profesjonell måte. Å være et medmenneske og vise omsorg, ha et helhetlig menneskesyn og vise gode holdninger er sentralt, samt vise respekt for den enkeltes kultur og væremåte og for selve menneskeverdet er viktige holdninger som alle informantene la spesielt vekt på.

6 DISKUSJON AV FUNN

I dette kapitlet vil jeg drøfte de funn som belyser problemstillingen *Hva kjennetegner yrkeskompetansen til helsefagarbeideren i Norge?* Funnene som er presentert ovenfor mener jeg gir gode beskrivelser på hva som er helsefagarbeiderens kjerneoppgaver i yrkesutøvelsen. Viktige funn vil bli drøftet opp imot teoretiske og samfunnsmessige perspektiver. I dette prosjektet har jeg basert meg på både Lai (2013) og Skau (2011) sine modeller for profesjonell yrkeskompetanse som består av teoretiske kunnskaper, yrkesspesifikke ferdigheter og holdninger. Drøftingen vil bli lagt opp etter denne tredelingen.

I underkapittel 6.1 vil jeg starte med å drøfte helsefagarbeiderens roller og identitet. Videre vil jeg i underkapitlene drøfte sentrale arbeidsoppgaver i yrkesutøvelsen, viktige kunnskaper, ferdigheter og holdninger.

6.1 Helsefagarbeiderens rolle og identitet

Ser man på dannelseshistorien til helsearbeiderfaget så er den veldig lik historien til hjelpepleierfaget. Hjelpepleierutdanningen ble opprettet som en landsomfattende fagutdanning for pleie- og omsorgsarbeid, hvor målet var å kvalifisere en yrkesgruppe som kunne avlaste sykepleierne med deres arbeidsoppgaver. I utgangspunktet dreide arbeidsoppgavene til hjelpepleierne seg om å gjøre de arbeidsoppgavene som lå i skjæringspunktet mellom kvalifiserte sykepleieoppgaver og ufaglærte oppgaver. Som regel var hovedoppgaven å utføre stell og pleie av pasienter på sykehus, og så etter hvert i sykehjem og hjemmesykepleien.

Bakgrunnen for etableringen av helsearbeiderfaget er også på grunn av fremtidige omsorgsbehov og på grunn av endrede omsorgstjenester. Helse- og sosialtjenestene og samfunnet for øvrig er preget av en sammensatt pasient- og brukergruppe, streke krav til effektivitet og prioriteringer. Samtidig har man fått mer kviltetsbevisste pasienter, brukere og pårørende. Ifølge kompetansplattformen for helsearbeiderfaget så skal dette gjenspeiles i faget, samtidig skal også faget representere den kontinuitet og stabilitet som samspill med andre mennesker og pleie- og omsorgsarbeidet er preget av. Fremtidens brukere vil også bestå

av både flere eldre og flere yngre, hvor alle vil kreve et mer mangfold i tjenestetilbudene. De eldre vil gjennomsnittlig både ha høyere utdanning og være mer ressurssterke og ha bedre helse enn dagen eldre (Norge, 2012).

I og med at vi lever lengre har det blir det lagt vekt på økt kompetanse på hva som skjer ved aldring, spesielt i forhold til aldersdemente og sammensatte lidelser. I følge forskning er aldersdemens den sykdommen i Norge som fører til flest år med funksjonstap på slutten av livet. Videre er det behov for medisinsk og tverrfaglig oppfølging av både brukere i hjemmesykepleien og for beboere på sykehjemmene og i omsorgsboligene. Spesielt gjelder dette mennesker med blant annet kroniske og sammensatte lidelser, demens og psykiske problemer. Samtidig har det og blir det også yngre brukere med nedsatt funksjonsevne eller med andre helsemessige og sosiale problemer, som krever enn annen faglig kompetanse enn det som var for 50 år.

Ifølge SSB (fig.1), utgjør helsefagarbeideren, hjelpepleieren og omsorgsarbeideren til sammen 90 264 sysselsatte personer. Av disse var 11 038 utdannet helsefagarbeidere, mens 64 352 var hjelpepleier og 14 874 var utdannet omsorgsarbeidere. Til sammen utgjorde disse yrkesgruppene like stor gruppe som sykepleiestanden innenfor helse- og sosialtjenestene som yrkesgruppen sykepleiere. Samtidig viser dette også at det fortsatt er flest sysselsatte hjelpepleiere, og at dette faget er fortsatt er under etablering.

Ifølge framskrivninger vil det bli en stor mangel på helsefagarbeidere i årene framover, så stor at den vil prege hele bemanningen i helse- og omsorgssektoren i Norge. I flere år har rekrutteringen til faget gått tregt, mye på grunn status og omtale av faget.

I denne forskningen var nesten alle informantene utdannet helsefagarbeidere. Av 13 informanter var fem utdannet hjelpepleiere som kom ifra forskningsprosjektet i MECVET. Disse seks informantene hadde lang arbeidserfaring samtidig som de hadde god kjennskap til helsearbeiderfaget. Alle informantene kommer ifra ulike arbeidsfelt innenfor den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og i fra spesialisthelsetjenesten.

Flere av informantene har tidligere vært med i kampanjen *Å bli helsefagarbeider*. Her har de arbeidet med å øke rekrutteringen til faget ved å blant annet reise rundt til de forskjellige skolene i landet for å fortelle om yrket sitt. Å være med å bidra til å rekruttere flere hender til helsearbeiderfaget mente alle var sentralt, og ikke minst snakke positivt om yrket. For å synliggjøre faget reiste de rundt til forskjellige ungdomsskoler for å snakke om faget, om alle de ulike arbeidsfeltene og arbeidsoppgavene. I dette arbeidet brukte de blant annet bilder i fra

forskjellige situasjoner som viste noen av de dagligdagse arbeidsoppgavene. Spesielt fokuserte de på det helsefremmende arbeidet de utførte, som var å tilrettelegge aktiviteter, sosiale tilstelninger, eller andre kulturelle oppgaver. Disse informantene mente det var viktig å fokusere på dette arbeidet ved å opplyse om at det var ikke alle mennesker som trengte hjelp til stell og vask, men at det heller handlet om å bistå personer med ulike hjelpebehov. Som helsefagarbeider arbeider man som regel i turnus, dag, kveld eller på natt, samt i helger og andre høytider.

Alle som arbeider som helsefagarbeidere må ha autorisasjon. Vilkårene for dette går fram av helsepersonelloven § 48. med autorisasjon følger et selvstendig og personlig ansvar for at man utfører arbeidsoppgavene forsvarlig. Dette innebærer at det stilles faglige og etisk høy standard til yrkesutøvelsen.

Som helsefagarbeider har man også et ansvar for å holde seg faglig oppdatert, og til å avstå fra å gi helsehjelp på områder man ikke behersker eller har kompetanse til å utføre. I og med at det fantes så mange ulike arbeidsoppgaver, og at de ofte følte seg som en «buffert» for sykepleierne noen ganger, mente alle informantene at det var viktig å si ifra når det var noe de ikke behersket. Når de følte seg som en buffert var det fordi informantene opplevde at helsefagarbeideren ble satt inn i sykepleiervakter når man ikke fikk tak i sykepleiere, samt at helsefagarbeidere hadde flere ubekvemme vakter og arbeidstid.

Alle informantene kunne fortelle om et unikt og spennende yrke med flere, ulike arbeidsområder og mange varierte arbeidsoppgaver. Som helsefagarbeider samarbeider man med andre yrkesgrupper i et team, hvor brukeren eller pasienten var i fokus. Som regel samarbeidet de tett med sykepleier eller en vernepleier i det daglige arbeidet. i dette samarbeidet handlet det om å planlegge, gjennomføre og vurdere sykepleiertiltakene eller aktivitetstiltak. Informant B, mente hun var en støttespiller for sykepleierne, i det daglige arbeidet.

Som helsefagarbeider mente flere av informantene at de utførte mye av det samme arbeidsoppgavene som både hjelpepleier og omsorgsarbeideren utførte, men at det også hadde kommet nye og flere oppgaver.

Som lærling i helsearbeiderfaget, kan en velge å ha læretiden innenfor flere og ulike arbeidsområder, noe som alle informantene mente var positivt. Spesielt informant A, kunne beskrive hvordan hun bevisst hadde valgt og arbeide innenfor flere ulike steder, og hadde også bevisst «spisset» opplæringen til det å arbeide med funksjonshemmede barn- og unge.

Alle informantene mente at det var i læretiden de utviklet sin kompetanse. Gjennom læretiden lærte de å håndtere de forskjellige situasjonen ved å erfare.

Å arbeide som helsefagarbeider mente alle informantene handlet så mye mer enn å bare «stell- og pleieoppgaver». Som helsefagarbeider mente alle informantene at man kunne «spisse» utdanningen til det en spesielt var interessert i. Dette hadde man allerede mulighet til på skolen på både Vg1, Vg2 og i læretiden, samtidig som det fantes flere videreutdanninger i blant annet; demensomsorg og alderspsykiatri, kreftomsorg og lindrende pleie, psykisk helsearbeid og helse, aldring og aktiv omsorg.

6.2 Sentrale arbeidsoppgaver i yrkesutøvelsen

Som helsefagarbeider må en forholde seg til Helsepersonelloven som kom i 2001. Denne loven inneholder krav til yrkesutøvelsen for alt helsepersonell. Formålet med loven er at den skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsevesenet, samt tillit til helsepersonell og helsetjenestene. Som helsefagarbeider kan man dermed bli gjort ansvarlig for enkelte handlinger eller unnløtelser. Kravet til forsvarlighet setter også grenser for hva du som helsefagarbeider kan gi av helsehjelp.

Selv om kompetanse består av kunnskaper, ferdigheter, og holdninger, sier både Lai (2013) og Nygren (2008) at kompetanse kan ha mange former og karakterer. For å kunne vise til kompleksiteten, så skilles det på *generell*, *spesifikk* (eks. bransjespesifikk), *formell* og *uformell* kompetanse, alt etter hvor den er tilegnet. Summen av formell og uformell kompetanse blir sett på som *realkompetansen* til en medarbeider (fig.5). Dette vil si den samlede kompetansen en helsefagarbeider har ervervet seg gjennom den formelle utdanningen og arbeidslivserfaringen (Lai, 2013).

Når man skiller mellom formell kompetanse fra det som er reell eller realkompetanser, sier Nygren (2008), at man i virkeligheten ikke snakker om menneskelig kompetanse, men om formelle *kvalifikasjoner*, et begrep han mener refererer til noe en annen del av virkeligheten enn begrepet kompetanse. Når en person sies å ha bestemte kvalifikasjoner, betyr det at personen har gjennom en eller annen form for standardiserte prøver for eksempel gjennom fagprøven blitt vurdert som kvalifisert for å mestre bestemte oppgaver innenfor et bestemt yrke. Videre sier han at realkompetanse er det et individ kan, og som har blitt utviklet gjennom ulike former for læring. Enten gjennom en arbeidserfaring, opplæring i arbeidslivet

eller gjennom en formell utdanning. Her mener han at det som er felles for kvalifikasjoner og kompetanse, er at begge på en eller annen måte er knyttet til personens handlinger.

For eksempel blir helsefagarbeiderens handlinger synlig når han /hun gjennomfører et «morgenstell» til en pasient, og gjennom denne handlingen synliggjør hun / han en eller annen form for kompetanse. Mens de kvalifikasjonene som helsefagarbeideren eventuelt har blitt tildelt gjennom sin utdanning, blir som kvalifikasjoner ikke synliggjort i hans eller hennes handlinger. Her mener Nygren (2008), at kvalifikasjonene finnes ikke og synliggjøres ikke i personens konkrete handling, men at de konstrueres ut fra bestemte kriterier, og at de konstrueres av de som bedømmer hennes handlinger. (Nygren, 2004).

I gjennomføringen av fagprøven for helsearbeideren så skiller den seg fra de andre tradisjonelle yrkesfagene. Dette fordi arbeidsgiver stor innvirkning på hvordan prøven skal utformes, og at kandidaten selv kan velge prøvested for fagprøven. I de fleste stedene er det arbeidsgiver som velger ut brukere eller pasienter til fagprøven. Ofte er det en avdelingsleder eller sykepleiere som gjør dette, men det skjer også etter en mal som har blitt utarbeidet i samarbeid mellom prøvenemda, kommunen og Fylkeskommunen.

Selve prøven er en case, som omhandler en eller flere brukere, som i dette faget er levende mennesker som er under behandling eller omsorg fra det offentlige, eventuelt i en privat institusjon eller på oppdrag fra den offentlige hele- og sosialtjenesten. (Deichman-Sørensen et al., 2011).

Formålet til fag- og yrkesopplæringen er blant annet å utvikle kompetente helsefagarbeidere som skal kunne utøve faget i samsvar med helsetjenestenes behov og krav for helsepersonell. Når man ser på gjennomføringen av fagprøven, så består den så å si alltid i å utføre et morgenstell, noe som informantene også mente var den mest brukte casene i gjennomføringen av sine fagprøver.

Det som har vært et viktig siktemål i denne forskningen har som sagt vært å identifisere hva som er de mest sentrale arbeidsoppgavene til en helsefagarbeider. Som jeg har tydet det så handlet det så mye mer enn bare et morgenstell, noe som også alle informantene mente.

Å utføre et morgenstell var bare en liten del av alle de andre arbeidsoppgavene. På grunn av alle stedene man kunne arbeide som helsefagarbeider, fantes det mange og ulike arbeidsoppgaver i yrkesutøvelsen. Dette begrunnet de med at det var mange så mange forskjellige arbeidssteder, i og med at man kunne både arbeide i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helsetjenestene.

Nilsen & Haaland (2008), sier at yrkeskompetansen kan være ulik fra person til person, selv om den er like mye verdt, og at kompetansen som kreves i et yrke er nødvendig for alle fagarbeidere, mens andre deler av kompetansen kan variere fra bygd til by og mellom virksomhetene. Dette var også noe som informantene la vekt på da en helsefagarbeider kan gjennom læretiden kan velge mellom flere og ulike arbeidsfelt, samtidig som det også er opp til den enkelte lærling og velge hvilket arbeidsområde hun eller han vil ta fagprøven i. Samtidig mente nesten alle informantene at det ofte var «flytende grenser eller overganger» mellom hva som var sykepleieroppgaver og hva som var en helsefagarbeiderens arbeidsoppgaver. Hva de var kvalifiserte til å utføre av arbeidsoppgaver kunne variere veldig etter hvilket arbeidssted, kommune eller fylke man arbeidet i. Samtidig var det også opp til den enkelte institusjon å bestemme dette. Som regel var det ledelsen på den enkelte institusjon som bestemte. Oftest satt det sykepleier i disse stillingene.

I læreplanen til helsearbeiderfaget Vg3 /bedrift, skal helsefagarbeideren utføre *varierte* arbeidsoppgaver på de 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.

Når informantene skulle beskrive sine mest sentrale arbeidsoppgaver ble det fort remset opp mange ulike og varierte oppgaver, men det mest sentrale var å utføre grunnleggende praktisk sykepleie i et helhetlig omsorgsperspektiv.

Med *helhetlig et helhetlig omsorgsperspektiv*, handlet det om å se og hjelpe «hele mennesket», både de fysiske, psykiske, sosiale, åndelig og kulturelle behovene måtte observeres og dekkes. Samtidig handlet dette også om å vise respekt og toleranse for den enkelte pasient- og brukers kultur, tradisjon, livssyn og sosial status.

Å utføre «**grunnleggende sykepleie**» besto av å utføre stell- og pleieoppgaver hos den enkelte bruker eller pasient. Dette arbeidet besto av å observere, hjelpe eller bistå brukere og pasienter med den personlige hygien, hjelp eller bistand til «full» kroppsvask, dusj, skift av bleier, påkledning, tann- og munnhygiene, hårstell og stell av negler og føtter. I stell av en pasient eller bruker hadde man også ansvaret for å utføre arbeidsoppgaver som sårstell, kateterstell, skift av stomiposer eller plater, måle puls, blodtrykk, ta urin eller avføringsprøver eller blodsukker på den enkelte.

Å utføre praktisk grunnleggende sykepleie, mente alle informantene at de var gode på, samtidig mente også alle informantene at dette var kanskje den mest sentrale arbeidsoppgaven en helsefagarbeider utførte. Spesielt mente informant C at hennes arbeidsoppgaver kun besto

av stell og gi mat. På denne avdelingen var 30 pasienter hvor de aller fleste var svært pleietrengende, samtidig som de stadig arbeidet med underbemanning og med mange ufaglærte. At det ble benyttet mange ufaglærte og at det ofte var underbemanning på sykehjemmene var noe alle informantene kom inn på. Alle mente at «inne» på sykehjemmene og da spesielt på langtidsavdelingene var underbemanning og bruk av ufaglærte veldig vanlig, og at det ikke var så populært å jobbe på disse avdelingene på grunn av dette.

Informant C kunne også fortelle at ledelsen også valgte å leie inn ufaglærte ved sykdom og i vikarstillinger. På grunn av dette mente hun at mye av fagkunnskapen ble nedprioritert, og at dette hadde ført til at de fleste pasientene enten hadde kontrakturer eller hadde enten trykk eller liggesår.

At det arbeider mange ufaglærte og at det ofte er underbemanning på sykehjemmene er noe det stadig skrives om i avisene. Dette fører igjen til dårlig omtale av det å arbeide på et sykehjem, samtidig som det heller ikke hjelper på rekrutteringen av blant annet helsefagarbeidere.

Ofte må nattvaktene på enkelte sykehjem stille og vekke pasientene rundt klokka seks- halv syv for å lette arbeidsbyrden for de som kommer på dagtid. Dette er også et tema som media stadig skriver om, hvor man på enkelte sykehjem ikke rekker og vaske og stelle pasientene før langt utover dagen eller at de ikke har fått dusjet på flere dager. Dette er jo ikke en verdig eldreomsorg, men så har også den kommunale pleie- og omsorgstjenesten har også i de siste årene hatt store utfordringer det siste året. Ikke bare fordi det har blitt flere eldre med krav om en verdig eldreomsorg, men også på grunn av de strukturelle endringene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

I dag er helse, og omsorgstjenesten lagt opp til at man kan få bo hjemme så lenge som det er mulig, med hjelp og bistand fra hjemmesykepleien. Med samhandlingsreformen har det også blitt kortere liggetid på sykehusene, slik at kommunene har blitt pålagt til å kunne ta imot forholdsvis nyopererte pasienter for opptrening i sin hjemkommune. Dette har også medført til at de som bor på sykehjemmene og da spesielt på en langtidsavdeling er de som er mest pleietrengende som bor.

Å forebygge sengeleiets komplikasjoner som kontrakturer og trykk eller liggesår mente alle informantene var viktig i arbeidet med alvorlig syke og sengeliggende pasienter. Men som informant C sa, var det dessverre mange pasienter på hennes avdeling som hadde både kontrakturer i armer og ben samt trykksår. Dette kan jo tyde på både mangel på

fagkunnskaper og underbemanning. For å forebygge dette finnes det sykepleiertiltak og prosedyrer for.

I forskning påstås det at ca. en tredjedel av de jobber med pasientrettet arbeid er ufaglærte og at andelen er enda høyere på kveld og i helgene.

Mange mener at det å utføre praktisk sykepleie eller et stell som mange sier, er noe enhver kan klare å gjøre eller lære seg. Som både hjelpepleier og yrkesfaglærer har jeg ofte vært i diskusjoner med kolleger og da spesielt som hjelpepleier i forhold forskjellen på en fagutdannet og en som ikke er fagutdannet. En del personer mener at de kan lære seg stell og pleieoppgaver, noe jeg er enig i, men det er bare at forskjellen på en fagutdannet og en ufaglært, er at den faglærte og da spesielt helsefagarbeideren kan begrunne hvorfor hun gjør det hun gjør faglig, mens en ufaglært oftest ikke kan begrunne hvorfor det er viktig å forebygge sengeleiets komplikasjoner. Derfor er det helt feil å prioritere ufaglærte i vikarstillinger. Dette var og alle informantene enig i. I noen fylker og kommuner kunne også informanten fortelle at det ofte ble ansatt ufaglærte i faste stillinger. Men som sagt skjer mest på sykehjem, men også i enkelte omsorgsboliger.

I det daglige arbeidet handlet det også mye om rehabiliterings arbeid som omhandlet å trene opp igjen funksjoner som en pasient hadde mistet på eller ikke greid opprettholde. Dette gjaldt spesielt i forhold til pasienter som hadde fått et hjerneslag eller på grunn av lårhals- eller andre brudd. Her var målet å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne og selvstendighet hos den enkelte. Dette gjaldt spesielt for de pasientene som var innlagt på en korttidsavdeling eller i en rehabiliteringsavdeling. Her ble det lagt vekt på rehabiliterende arbeid med mål om at pasientene skal flytte hjem til sine egne boliger, for så å fa bistand og hjelp fra hjemmesykepleien.

I omsorgsboligene for utviklingshemmede arbeidet man mer med å trene opp funksjoner som en bruker ikke hadde (habilitering). Spesielt handlet det om **ADL** (Activities of Daily Living) **trening**, som omhandler de aktivitetene vi må utføre i dagliglivet. Eksempler på dette er å vaske og stelle seg, velge riktige klær i forhold til vær og temperatur, rydde og vaske leiligheten, lage mat, vær sammen med andre, ta ansvar for egen økonomi og forholde oss til klokka og holde avtaler. I dette arbeidet måtte de blant annet analysere brukerens situasjon ved å kartlegge de fysiske, psykiske og sosiale ressurser for å kunne finne ut hva den enkelte bruker kunne gjøre selv og hva han eller hun trengte hjelp til. Dette arbeidet var også tilpasset den enkelte bruker og etter hvilket funksjonsnivå de hadde. Som informant A mente, var hun

ofte «skyggen» bak brukeren, bare for å se at han eller henne klarte å utføre enkelte handlinger selv.

I utarbeidelse av **individuelle dag-, ukeplaner, pleie-tiltaksplaner** eller aktivitetsplaner samarbeidet man som regel med en vernepleier eller sykepleier som hadde det overordnede ansvaret for at de var riktig utført. I dette arbeidet samarbeidet de også ofte med pårørende. For at brukere eller pasienter skal få en så god hjelp som mulig skal det alltid foreligge en skriftlig pleieplan over det tilbudet brukeren får. Pleieplan blir også ofte omtalt som sykepleieplan som er en del av pasientjournalen. Denne planen skal sikre at brukerens eller pasientenes fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov blir ivaretatt. Samtidig skal denne planen sikre kontinuiteten og sikre at sykepleien planlegges og utføres etter en systematisk plan og at de enkelte tiltakene bli fulgt opp. Samtidig skal også planen sikre at sykepleietiltakene og personens framgang evalueres slik at tiltakene eventuelt kan endres. Sykepleieplanen er også et juridisk dokument ifølge Helsepersonelloven og ikke minst i forhold til pasientrettighetsloven, som legger vekt på at brukermedvirkning, hvor både brukeren og eventuelt pårørende skal delta i å planlegge og utforme tjenestetilbudet.

Om planen er skrevet på papir eller om den foreligger elektronisk (EPJ), stilles det krav til at den skal inneholde sykepleieprosessen i forhold til datainnsamling, kartlegging av problemer eller behov, personens ressurser, mål for sykepleien og en rapport. Som helsefagarbeider må en skriftlig rapportere hva en har gjort i løpet av en vakt i forhold til brukerens eller pasientenes problemer og behov.

Her mente alle informantene at det **å rapportere og dokumentere** var en sentral og viktig arbeidsoppgave som de brukte mye tid på. Å rapportere kunne foregå muntlig eller skriftlig på papir. Som regel fikk man rapport før en vakt var slutt, ved inn- og utskrivinger av pasienter, eller umiddelbart etter spesielle observasjoner. Alle muntlige rapporter skal dokumenteres skriftlig. Som regel fantes det et egne rapportssystemer både for den muntlig og skriftlige. Den skriftlige dokumentasjonen foregikk som regel elektronisk (EPJ). Andre systemer for den skriftlige kunne være ringpermer, arkivmapper eller kardex, med ulike skjemaer for å registrere og arkivere opplysninger om den enkelte pasient eller bruker. I dokumentasjonen skrev man ned det man hadde observert og hva man hadde gjort.

Andre sentrale arbeidsoppgaver var å **administrer og gi medikamenter**. Informant D og E mente også at dette var en arbeidsoppgave som også hadde blitt innført med

helsearbeiderfaget. For å kunne håndtere og gi medikamenter må man som helsefagarbeider gjennomgå et medisinkurs som besto av både teoretisk og praktisk opplæring. I dag er det flere lover og forskrifter som regulerer håndteringen av legemidler. Spesielt forskrift *om legemiddelhåndtering i virksomheter som yter helsehjelp* er sentral, som definerer legemiddelhåndtering slik: *Med håndtering av legemidler forstås alle oppgaver som vedrører legemidler, fra det tidspunktet det er bestemt hvilket legemiddel pasienten skal til pasienten har fått det».*

Samtidig er også Helsepersonelloven med § 4 viktig da den legger vekt på at yrkesutøvelsen skal være faglig forsvarlig.

Hovedoppgavene til en helsefagarbeider i forbindelse med legemiddelhåndtering var å dele tabletter ut fra en medisindosett som på forhånd var dobbelt sjekket av en syke-, eller vernepleier. I dette arbeidet sjekket de alltid antall tabletter, utseende og form før de ga pasientene eller brukerne medisinen. Andre oppgaver kunne være å sette insulin eller andre subkutane sprøyter, eller blande innhalasjonsmedisiner og klargjøre dette for bruk.

Informantene kunne fortelle at de ofte opplevde feilmedisinering på den enkelte avdeling. Årsakene til dette var de usikre på da medisindosettene ble dobbelt sjekket av to sykepleiere eller vernepleiere. På hver arbeidsplass skal det være en kvalitetssikring for håndtering av legemidler, samt regler for hvordan man skal registrere avvik. Å skrive avviks skjema når de oppdaget feil eller mangler så mente alle informantene at det ikke handlet om å «henge ut enkelt personer», men heller om å at de skulle bli bedre på å utføre arbeidsoppgavene og unngå at den samme feilen skjedde på nytt.

Som hjelpepleiere var det å håndtere og gi medikamenter en arbeidsoppgave vi sjeldent utførte da dette var en sykepleieroppgave. Til og med det å gi pasienten en tablett fra et medisinfag var en oppgave som sykepleierne mente at vi ikke var kvalifiserte til å gjøre, og i dag er det vår jobb som helsefagarbeider å gi og håndtere legemidler.

Videre mente alle informantene at det å **varme, lage eller tilberede mat** var en sentral arbeidsoppgave. Spesielt gjaldt dette for de helsefagarbeiderne som arbeidet i hjemmesykepleien, i omsorgsboliger for funksjonshemmede eller på sykehjemmene. I omsorgsboligene var dette en av den daglige ADL-treningen. Spesielt gjaldt det å tilberede frokost, lunsj, middag og kveldsmat og brukere. I omsorgsboligene kunne informantene fortelle at de ofte måtte bistå og veilede eldre brukere med kostholdsendringer på grunn av overvekt og fare for få eller utvikle livsstilssykdommer på grunn av dårlig kostholdsvaner og lite fysisk aktivitet.

På sykehjemmene handlet det mye om å smøre brødsiver, lage grøt, varme og servere mat, men også hjelpe pasientene med å spise og drikke. Nesten alle informantene opplevde etiske dilemmaer i dette arbeidet. Spesielt i det å gi og servere mat til de som var sengeliggende eller som ikke klarte å spise selv. Her måtte de ofte løpe mellom to pasienter som måtte ha hjelp for å spise og drikke. Eller det kunne handle om at det kunne gå lang tid mellom hvert måltid for enkelte pasienter.

I hjemmesykepleien handlet det om å smøre, varme, tilberede og servere frokost, lunsj, middag eller kveldsmat, samtidig som alle brukerne klarte å spise selv eller at de hadde en pårørende som hjalp dem.

Andre arbeidsoppgaver som helsefagarbeideren utfører var forfallent arbeid, som å rydde på lintøyrom, vaktrommet, tørke støv og rydde på det enkelte pasientrom som man hadde ansvaret for eller skylleroms arbeid.

Å forebygge og fremme god helse i det daglige arbeidet var noe alle informantene la vekt på. Spesielt mente alle informantene at det handlet om å fremme en god livskvalitet og trivsel for den enkelte pasient eller bruker i hverdagen. Dette var også en arbeidsoppgave som noen av informantene mente var blitt innført med helsearbeiderfaget, men som også de også så på som en viktig arbeidsoppgave. Det å planlegge og tilrettelegge aktiviteter som er tilpasset den enkelte bruker mente alle informantene var viktig. På sykehjemmene hadde ofte helsefagarbeideren ansvaret for å tilrettelegge for en aktivitet for brukerne i forhold til fysiske aktiviteter eller øvelser. På sykehjemmene benyttet de ofte gå / trilleturer med pasientene i sansehager eller i andre turområder rundt sykehjemmet. I omsorgsboligene brukte man ofte «sanserom», hvor den enkelte brukers funksjonsnivå.

Alle informantene la også vekt på kommunikasjonen i det daglige arbeidet som en viktig oppgave. Om dette var en arbeidsoppgave eller ikke, så mente de at en helsefagarbeider arbeider alltid tverrfaglig i samarbeid med andre yrkesgrupper og med pasienter og brukere med ulike kommunikasjonsferdigheter, slik at det å kommunisere og være bevist sitt kroppsspråk var viktig i det daglige arbeidet.

Bevisstheten om egne kvalifikasjoner og faglige begrensinger var noe alle informantene la vekt på. Det var deres plikt å si ifra eller be om hjelp eller opplæring når det var arbeidsoppgaver som de var usikre på.

Hvis man skal beskrive hva som er helsefagarbeiderens mest sentral arbeidsoppgaver så består de av å utføre praktisk grunnleggende sykepleie, som er det samme som å være den som er nærmest pasienten for å bistå eller hjelpe til med alle de dagligdagse gjøremålene. I

dette arbeidet var det mye stell og pleieoppgaver, men samtidig kom det helt an på brukerens eller pasientenes hjelpebehov eller funksjonsnivå. Når man utførte praktisk grunnleggende sykepleie var også arbeidsoppgaver som kateterisering, stell av kateter, sårstell, skift/tømming av stomi eller urinposer sentrale arbeidsoppgaver. Å tilberede mat og påse at pasienten fikk i seg mat og drikke var sentralt. Videre var det å håndtere og gi medikamenter, observere og kartlegge den enkelte bruker eller pasients behov, tilrettelegge aktiviteter, rapportere og dokumentere sentrale arbeidsoppgaver. For mye av dette arbeidet fantes det egne regler og prosedyrer for.

Som helsefagarbeider er også det å veilede elever og lærlinger en arbeidsoppgave. Som veileder har du det daglige ansvaret for opplæringen til lærlingen. I dette arbeidet skal du blant annet gjennomføre faste veiledningssamtaler, og ikke minst være en person som lærlingen kunne støtte seg til.

6.3 Sentrale kunnskaper

Fokuset i dette kapitlet ligger ikke på den generelle teoretiske forankringen som helsearbeiderfaget er bygd på, men heller perspektiver som har kommet frem i dette forskningsarbeidet. Hiim og Hippe (2001), beskriver yrkeskunnskapen som all relevant kunnskap som brukes i yrkesutøvelsen, og at den er noe annet og mer enn bare anvendelse av teori og oppskriftsbaserte prosedyrer. Samtidig mener de at yrkeskunnskapen består av en sammensetning av handling, forståelse, forståelse, språk og følelser som har sitt utspring i selve yrkesutøvelsen.

Støten (2013), mener at yrkeskunnskapen til en helsefagarbeider består av fagkunnskaper, ferdigheter og holdninger, og at mye av denne yrkeskunnskapen er ikke-verbal, og at det handler om å prøve ferdigheter og håndlag. Videre bruker hun begrepene påstands-, fortrolighets-, ferdighetskunnskap og taus kunnskap. Taus kunnskap omfatter det vi kan uten helt å kunne forklare det. Ifølge Støten (2013) er den tause kunnskapen en form for skjult førbevisst kunnskap som vi tilegner oss gjennom å gjøre ting. Den setter seg i kroppen og er bare delvis avhengig av det bevisste intellektet.

Mange av informantene mente også at mye av kunnskapen deres var taus, og at det handlet mye om å ha det «kliniske blikket», ved å ha en slags varhet ved at man kunne lukte en bestemt lukt ved betente sår eller ved en urinveisinfeksjon (Støten, 2008).

Mange av informantene mente at kunnskapen de hadde var personlig. Spesielt informant A kom inn på dette tema, sitat:

«Jeg har sett og opplevd helsefagarbeidere som kan helt andre ting enn hva jeg kan og som har helt andre kunnskaper enn meg. Det handler ikke bare om hva en helsefagarbeider bare kan, det handler også om personlig kunnskap, altså hva jeg kan. Det handler også om hva du interesserer deg for» (Informant A).

Dette viser at informanten mente at mye av hennes kunnskaper var personlig, noe som Støten (2013), kaller for fortrolighetskunnskap. Denne kunnskapsformen skiller seg fra den boklige kunnskapen ved at den er personlig, og at kunnskapen har ingen eksakt språklig uttrykksform. Fortrolighetskunnskapen er noe som vi utvikler ut ifra de erfaringene vi gjør (Støten, 2008).

For å arbeide som en helsefagarbeider mente alle informantene at det var viktig med teoretiske kunnskaper, det å kunne begrunne faglig og ikke minst kunne svare både pasienter og pårørende i forskjellige spørsmål. Dette gjaldt spesielt den enkelte pasient eller brukers omsorgsbehov, tiltak, sykdom, behandling, eller legemidlene. Andre viktige kunnskaper var kosthold og ernæring eller om helse- og livsstil. Samtidig la alle informantene vekt på det å kjenne til lovverket var sentralt. Alle informantene kunne fortelle at de hadde lært mye av denne teorien på skolen.

Ifølge Støten (2013), er dette påstandskunnskap som er upersonlig og objektiv, den baserer seg på fakta som er etterprøvbare og fremstår som generelle sannheter og saksforhold.

Aadland (2011), mener at forholdet mellom teori og yrkespraksis ofte kan være problematisk. Med dette så mener han at uten en teoretisk refleksjon så ligner en mer på den glade amatør som mangler kritisk distanse, mangler handlingsmuligheter og overblikk over den handlingskonteksten hun står i. For eksempel kan en episode være å utføre livreddende førstehjelp hos en pasient som har satt fast mat i halsen. Og som helsefagarbeider skal du da kunne vite hva du skal gjøre. Som alle informantene mente var det viktig å kunne forebygge sengeleiets komplikasjoner som blant annet trykk og liggesår, og da måtte en ha faglige

Videre mente alle informantene at det handlet det om å kunne begreper, teorier og prosedyrer innenfor helse, helsesvikt og helsefremmende arbeid. Å kunne kommunisere og samarbeide med innsikt i etiske problemstillinger var også viktige kunnskaper. Spesielt mente alle at det å kunne kommunisere tverrfaglig og med pårørende var en viktig kunnskap.

Wittgensteins (2003), peker på nødvendigheten av å lære gjennom eksempler og på situasjoner som det mest sentrale meningsenheten. Her peker han på nødvendigheten av å erfare den daglige virksomheten, ved å delta i de daglige «spillene» som begrepet har grunnlag i. For eksempel «yrkesspillene» som en helsefagarbeider skal utføre i det daglige arbeidet. Med dette så sammenlikner han at det å lære seg et begrep eller en prosedyre kan sammenliknes med å lære reglene i et spill. Her lærer man reglene og spillemønstret gjennom deltakelse og utøvelse. For eksempel er ordet eller begrepet «omsorg» forbundet med en form for bedømmelse i ulike situasjoner. En praktisk bedømmelse, en regelmessig handling og utøvelse i yrket som helsefagarbeider er da nødvendigvis grunnleggende for å kunne bedømme i form av verbale påstander om et saksforhold (Hiim, 2013).

Å ha kunnskaper om etiske problemstillinger var også noe alle informantene la vekt på. I det daglige arbeidet opplevde de ofte etiske problemstillinger. Spesielt i forhold til tidspress, i matsituasjoner eller i en annen mellommenneskelig kommunikasjonsform. Etikk er også et spørsmål om holdninger og verdier i praksis. Som helsefagarbeider mente alle informantene at som regel ble veldig følelsesmessig engasjert i både brukerne og pasientene man arbeidet med, samtidig som de la vekt på kunnskaper om hvordan man skulle forholde seg til andre mennesker var viktig i yrkesutøvelsen. Støten (2013), kaller dette for rasjonell kunnskap som omhandler hvordan vi skal forholde til andre mennesker. Å forstå og bli forstått, ha evnen til å lytte, fornemme følelser, registrere inntrykk og svare på signaler er elementer i mellommenneskelig kommunikasjon.

I sin bok har hun skisserer hun en akse (fig.10) som går fra hverdagskunnskap med praktisk fornuft, sunn folkevett og allmenn «klokskap» i den ene enden til fakta – og spesialkunnskap innenfor yrkesutøvelsen i den andre enden. Her mener hun at hverdagskunnskap er et godt grunnlag for å møte mennesker i og med at helsefagarbeideren i hovedsak skal hjelpe mennesker, og det kreves ofte praktisk sans, evne til å se muligheter og løsninger i hverdagen som er knyttet til personlig hygiene, måltider og toalett besøk.

I den andre enden står fakta- og spesialkunnskap som hun mener er viktig, fordi dette er den kunnskapen som sette helsefagarbeideren i stand til å vurdere, gjøre gode observasjoner og pleietiltak, og søke hjelp når det er nødvendig osv. skal helsefagarbeideren delta i det forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering slik læreplanen og kompetanseplattformen beskriver, forutsettes en god del fakta- og spesialkunnskap. Spesialkunnskapen er nødvendig for blant annet å kunne utføre blodtrykksmåling, observere normalverdier og avvik og forebygge komplikasjoner ved immobilitet osv.

Den andre aksen spenner seg over et vidt område med oversiktkunnskap på den ene siden og innsiktkunnskap på den andre siden. Her mener Støten at det er viktig at helsefagarbeideren har innsikt nok til å kunne yte pleie- og omsorg til den enkelte pasient eller bruker i den enkelte situasjon, og at hun er tilstede hos nettopp denne pasienten sin med hele sin oppmerksomhet. Dette er en forutsetning for det kliniske blikk. Samtidig er det også viktig at helsefagarbeideren har oversikt over helheten pasienten inngår i, de andre pasientene, andre oppgaver i avdelingen og i arbeidsfellesskapet osv. (Støten, 2008).

Videre sier hun at dette også inkluderer helsefagarbeiderens ferdigheter, hennes menneskekunnskap, evne til innlevelse, fantasi /kreativitet i og etisk ansvar. Hele tiden foregår det fokusskifter, mer eller mindre bevisst, mellom de ulike typene kunnskapene. Det er denne evnen til stadig skiftninger av fokus, mellom dette i ulike situasjoner som gir helsefagarbeideren de nødvendige handlingsberedskapen i yrket sier hun. Omsorg er også et fundament i helsefagarbeiderens yrkeskunnskap, og at god omsorg er en helhet av hånd, hode og hjerte og det inngår som en del av hverdagskunnskapen (Støten, 2008).

Hiim og Hippe (2013), sier at i en profesjonell praktisk utøvelse fremstår kunnskap som en helhetlig praktisk-teoretisk kompetanse. Alle informantene la vekt på at det var viktig å forstå og kunne utføre pleie, og ikke bare kunne teorier om sykdommer eller om bevisste intensjoner og planlegging, men også et intuitivt ønske om å gjøre det situasjonen krever.

Dreyfus (1991) fremhever i en tolkning av Heidegger at hverdagsaktivitet og praktisk arbeid ikke er regulert av teoretiske regler i tradisjonell betydning, ved at det ikke er noen abstrakt teori «bak» våre daglige handlinger (Hiim, 2013).

De fleste informantene mente også at mye av yrkeskunnskapen lærte de gjennom de daglige praktiske situasjonene, samtidig som man aldri ble «ferdig utlært». De fleste av informantene ble ferdig utdannet helsefagarbeider mellom 2010 – 2011, slik at de mente at de fortsatt hadde mye å lære.

Helhetlig kunnskap er bare mulig å utvikle gjennom omfattende erfaring med komplekse, mangetydige praktiske situasjoner innenfor den aktuelle yrkesutøvelsen (Støten, 2008).

Brødrene Deryfus og Dreyfus (1986, 2004), beskriver en femtrinns kompetansesliste for utviklingen av yrkeskunnskap. På nybegynner stadiet er det aktuelt at læreren løser opp oppgavene i kontekstfrie trekk som eleven skal gjenkjenne uten at de har noen erfaring fra før. Det kan være noen grunnleggende regler som nybegynneren skal forholde seg til.

Innlæring av rutinemessige praktiske oppgaver og prosedyrer i det oppgavebaserte opplegget kan for eksempel være å telle puls, skift av stomipose, blæreskylling, måle blod sukker eller et

blodtrykk. På dette stadiet er elevene eller læringen opptatt av reglene for utøvelsen av det praktiske oppgaver hos pasienten. Før denne ferdigheten er innarbeidet har eleven det meste av sin konsentrasjon knyttet til utførelsen av prosedyren. Å kommunisere og ha et mer helhetlig blikk for pasienten må vente. En oppfatning er da at teoretiske prosedyrer og regler er noe som må læres i all grunnleggende opplæring, og at mer helhetlig kunnskap som et tillegg etter hvert (Støten, 2008).

Brødrene Dreyfus og Dreyfus (1986, 2004), mener også at den kompetente yrkesutøveren følger «lærebøkene», instruksene og prosedyrene, og gjennomføre arbeidet nøyaktig slik det er foreskrevet. Ekspertutøvelsen består i å mestre «læreboka» så bra at man frigjør seg fra den detaljerte og rigide beskrivelsen og tilpasser metoder og teknikker intimt til den situasjonen som foreligger. Og eksperten har ikke glemt hvordan arbeidet skal utføres. På dette stadiet bruker hun eller han den nøyaktige prosedyren når det er best, men tilpasser den subtilt til enhver ny situasjon ut fra et kvalifisert og yrkesmessig skjønn. Og på den måten utvikler man dermed fagkunnskapen videre (Lauvås et al., 2000).

Dreyfus og Deryfus (1986, 2004) fremhever at deres forståelse av yrkeskunnskap er inspirert av tolkninger av Wittgenstein og Heidegger, som legger vekt på at erfaring og læring skjer gjennom å delta i praksissammenhenger, kulturer, situasjoner og eksempler, gjennom prøving og feiling og gjennom en sirkulær fortolkning av fenomenene. Samtidig hevder de at reelle, situasjonspregede og flertydige eksempler er nødvendig for å utvikle yrkeskunnskapen på et viss nivå (Hiim, 2013).

Andre stiller spørsmål ved denne oppfatningen og trekker frem fordelene ved å begynne med helhetlige, praktiske oppgaver og så henlede oppmerksomheten på eventuelle regler etter hvert og ut ifra elevens kunnskapsbehov. Her hevdes det at profesjonell yrkeskunnskap ikke består i å kunne «anvende teori» men kjennetegnes ved intuisjon og problemløsning som baserer seg på en helhetlig praktisk erfaring. Dette betyr ikke at elevene ikke skal lære teori og prosedyrer, men at dette ikke uten videre kan læres løsrevet fra involvert praksis. (Lauvås et al., 2000).

Schön (1983) understreker forskjellen mellom å kunne *hvordan og vite at*. Med dette så mener han at en dyktig yrkesutøver kan mer enn hun kan si med ord, og at yrkeskunnskapen består av et kompleks samspill mellom ferdigheter som er relatert til sanseforhold – øyne, ører, berøring, bevegelser, begreper og forståelse, sitat: « *Profesjonelle yrkesutøver reflekterer midt i handlingens hete uten avbrudd, tenkingen deres omskaper det de gjør mens de holder på med det*» (Lauvås et al., 2000, s. 101).

6.4 Yrkesspesifikke ferdigheter

Ferdigheter handler om å kunne gjøre, utføre noe. Nilsen & Haaland (2008), sier at yrkeskompetansen omfatter evnen til å utføre fagarbeid i et yrke og til å løse sammensatte arbeidsoppgaver eller yrkesutøvelsen som helhet. Samtidig omfatter den forståelsen for utøvelsen av yrket, yrkets funksjon i samfunnet og dets kultur, tradisjon og utvikling. Videre sier de at yrkeskompetansen også er knyttet til enkelte arbeidsoppgaver (fig.6), mens andre deler av yrkeskompetansen er knyttet til yrket som helhet (Nilsen & Haaland, 2008).

Når informantene fikk spørsmålet om hvilke ferdigheter de anså som de mest sentrale i yrkesutøvelsen så mente alle at det var mange forskjellige prosedyrer og rutiner for de fleste arbeidsoppgavene. Samtidig mente flere av informantene at det kunne være vanskelig å skille mellom ferdigheter og den personlige kompetansen i og med at en brukte seg selv som det viktigste verktøyet. Andre mente at det handlet om hvor en arbeidet eller på hvilket lærested man hadde vært på i læretiden.

I fag- og yrkesopplæringen er det mange av fagene som har lange tradisjoner med «mesterlære», mens i pleie- og omsorgstjenestene er dette forholdsvis nytt. Som lærling i helsearbeiderfaget kunne informantene fortelle at de faste veiledere som fulgte de opp. Her mente alle informantene at de var viktig at veilederne kunne være gode rollemodeller. For at lærebedriften skal kunne ta inn lærlinger og lære kandidater, må bedriften være godkjent av Fylkeskommunen. Bedriften må også kunne gi den opplæringen som er fastsatt i læreplanen for faget, samtidig som den må ha en kvalifisert person (faglig leder) som er ansvarlig for opplæringen. Å være en lærebedrift kan også ses på som et samfunnsansvar der bedriftene må bidra til å utdanne kvalifiserte fagarbeidere.

Dette gjelder spesielt helsearbeiderfaget, som ble satt i gang på grunn av fremtidige behov for arbeidskraft og kompetanse innenfor helse- og omsorgstjenestene. Allerede i 2004 ble kampanjen «Helkruttmodellen» satt i gang. Formålet her var til å begynne med å starte rekrutteringen av flere ungdommer til å søke hjelpepleierfaget. Bakgrunnen for dette arbeidet var den økende andelen ufaglærte innen helse- og omsorgssektoren, og at søkertallet til helse- og sosialfag (nå helse- og oppveksts fag) var nedadgående. I desember 2005 ble *Aksjon helsefagarbeider* etablert av KS, HSH og Spekter. Både Helsedirektoratet og utdanningsdirektoratet er viktige samarbeidspartnere og som står for finansieringen av dette prosjektet. Hvis man ser tilbake på bakgrunnen for oppstart av hjelpepleierutdanningen så kom den i gang fordi samfunnet og da Norge manglet sykepleiere som kunne ta seg av pleien- og omsorgen for de syke og gamle.

Mye av kjernen i den yrkesfaglige læringstradisjonen handler om nærheten mellom arbeid og læring. Som lærling i helsearbeiderfaget har man ett års opplæring og ett år med verdiskapning. Alle informantene la vekt på det det var i læretiden de lærte mest. I mesterlære foregår lærlingen gjennom handlingen, hvor lærlingen observerer og imiterer det arbeidet som mesteren eller andre fagarbeider utfører. Selve opplæringen evalueres gjennom praksis ved å kontinuerlig prøve ut ferdigheter og motta tilbakemeldinger. I mesterlære gjør også lærlingen noe sammen med en ekspert på en slik måte slik at lærlingen etter hvert og gradvis mestrer mer og mer kompliserte arbeidsoppgaver, og tilslutt trenger ikke lærlingen ekspertens hjelp (Kvale et al., 1999). I mesterlære er det ikke bare utvikling av spesifikke yrkesrelaterte ferdigheter som er læringens mål, men også sosialiseringen er en viktig del av opplæringen. Å lære å kjenne fellesskapets og atferdsmønstre, regler, verdier og holdninger er sentralt (Andersen, 2003).

En del av informantene mente at en helsefagarbeider måtte være litt teknisk i forhold til å betjene forskjellige hjelpemidler og tekniske apparater i forhold til matlagning og sondeernæringen (maskininnstillingene), forskjellige pasientløftere, blodtrykksapparater og pustemaskiner. For å kunne håndtere og bruke hjelpemidlene, eller de tekniske apparatene, fikk de alltid opplæring og hjelp til å bruke. Opplæringen i mester-lærlings-modellen er det som sagt vært vanlig at svennen så på mesterens utførelse, for så å bli satt til å utføre enkle oppgaver. Mesteren instruerer og gir råd, demonstrer og vurderer svennes utførelser. Deretter bestemte en seg for hva svennen kunne utføre på egen hånd. Dette var også noe alle informantene kom innpå når de skulle forklare hvordan de lærte seg de enkelte prosedyrene. Hiim og Hippe (1998), at demonstrasjon, øving, utprøving og korreksjon var stikkordene for læreprosessen (Hiim et al., 1998).

Kvale (199), sier at ved å oppholde seg på «gulvet» i bedriften og utfører rutineoppgaver, vokser den nyankomne (i dette tilfellet helsefagarbeideren) inn i fagets kultur, lærer dets sjargong og lytter til de mange historiene om blant annet de tidligere læringene i bedriften (Kvale et al., 1999).

Alle informantene la vekt på det å kunne ta på et mennesket og ha det riktige håndlaget var en viktig ferdighet. Dette var også en ferdighet som alle mente de lærte etter hvert med erfaringene og tilbakemeldingen fra pasientene. Som helsefagarbeider handler det mye om å ha de gode varme hendene. Kroppsberøring er en sterk form for nonverbal kommunikasjon. Ved berøring kommuniserer vi kontakt, sympati og omsorg for den andre.

Måten en tar på pasienter er som regel avgjørende for hvordan personen opplever deg som helsefagarbeider. Om man er hardhendt i bevegelsene eller om man har faste og trygge bevegelser er en viktig ferdighet i alle omsorgsyrker, sitat:

«Det handler igjen om de gode hendene, det er jo forskjell på hvordan man tar i de. Du kan jo bare håndhilse på noen, noe som sier veldig mye om personene. Du kan jo tenke deg hvis den med det slappe håndtrykket skal f.eks. vaske deg på ryggen og smøre deg. Uff noe så ekkelt»

(Informant A).

Som helsefagarbeider vil din følelser, temperament og væremåte spille en viktig rolle for hvordan samhandlingen med pasienten eller brukeren blir. Væremåten vil også være avgjørende for om pasienten føler seg vel og blir akseptert og respektert. Det handler igjen om de gode hendene, det er jo forskjell på hvordan man tar i de.

Videre er det å lære i praksis også en vei mot medlemskap i et felleskap mot utvikling av en faglig identitet. Her sier Kvale (1999), at tilegnelsen av kunnskaper og ferdigheter inngår i denne identitetsdannelsen, og kan ikke forstås som atskilt fra dette. Læringen her er et langtidsprosjekt, der å mestre faget er rettet mot å bli en bestemt person (Kvale et al., 1999). Etienne Wenger (2003), bruker begrepet «*praksisfellesskap*», og har i sin sosiale teori om læring, lagt vekt på at vi er sosiale mennesker og at det sosiale liv har stor betydning for læring. Han mener at kunnskap er avhengig av kompetanse innen et anerkjent prosjekt for eksempel å utføre praktisk sykepleie eller prosedyrer korrekt, at kunnskap handler om å delta og bruke kunnskap i prosjekter og deltakelse i sosiale fellesskap, og at mening er læringens fullbårne produkt (Lave et al., 2003).

I fag- og yrkesopplæringen er det de yrkesdidaktiske prinsippene som ligger til grunn læringsarbeidet. Gjennom praksis skal lærlingene kunne utvikle forståelse for hva en skal gjøre, kunne begrunne sine egne handlinger og analysere konsekvensene. Samtidig utgangspunktet relevante problemer som lærlingen skal kunne håndtere selv ved hjelp av veiledning.

Videre handler det om erfaringslæring. Det vil si at lærlingen skal være bevisst tidligere erfaringer for så å gjøre nye erfaringer. Her må de beskrive og analysere handlinger, opplevelser og resultater, samtidig skal de kunne utvikle kunnskaper og innsikt med utgangspunkt i disse handlingene for deretter utvikle en Samtidig skal de også planlegge og prøve ut ny praksis for derved å øke sitt handlingsregister i praktiske situasjoner (Nilsen & Haaland, 2008). Erfaringslæring betyr at vi må bearbeide våre erfaringer ut i fra handlingene våre for å lære.

Tradisjonelt har læring og veiledning knyttet til praksis vært en tradisjon i helsetjenestene. Som lærling i helsearbeiderfaget hadde alle informantene faste veiledere eller instruktører som sto for mye av deres opplæring. En veileder eller instruktør er lærlingens nærmeste støttespiller, samtidig hun eller han skal være en god rollemodell. En veileder skal også følge opp og veilede lærlingen i det daglige arbeidet. De fleste informantene kunne fortelle at veilederne oftest var utdannet hjelpepleiere eller sykepleiere. Som regel hadde de regelmessige veiledningssamtaler. Veiledningen kunne også foregå muntlig ved utførelser av prosedyrer. I en veiledningssamtale er hensikten å sette i gang en prosess hos den som blir veiledet, slik at vedkommende utvikler eller videreutvikler seg.

Erfaringslæring betyr at vi må bearbeide og reflektere over våre erfaringer ut i fra handlingene våre for å lære. Å reflektere i handling betyr at helsefagarbeideren handler, tenker og snakker med situasjonen underveis i handlingen. Refleksjon over handlingen gjøres etter at handlingen er utført. Gjennom å reflektere og analysere over de erfaringene vi gjør, utvikler vi kunnskap som øker kompetansen vår (Nilsen & Haaland, 2008).

Ifølge Schön (1998), er profesjonell yrkesutøvelse av å tenke og handling opptrer som en helhet, uten at dette betyr at man kan sette ord på alle sider ved yrkeshandlingen. Teknisk yrkesutøvelse bærer preg av å være rutinemessig hvor alt går etter en oppskrift. For helsefagarbeideren kan dette være enkelte prosedyrer som for eksempel å ta et blodtrykk eller ta en urinprøve.

I oppsummeringen av viktige yrkesspesifikke ferdigheter for en helsefagarbeider så blir det å og utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, med pasienten eller brukeren i sentrum. Ta ansvar for pasientinformasjon gjennom observasjon, dokumentasjon og rapportering. Helsefagarbeideren skal arbeide helsefremmende, forebyggende og med rehabiliterende pleie- og omsorgstiltak. Samtidig observere, planlegge, kommunisere og delta i det totale behandlingsopplegget for pasienten eller brukeren. Videre må en helsefagarbeiders håndtere medikamenter etter gjeldende lover og regler og arbeide etter gjeldende hygieniske, ernæringsmessige og ergonomiske prinsipper. Samtidig handler det om å bruke kultur og andre opplevelser som helsefremmende tiltak. Videre var det viktig å arbeide etter prinsipper for helse, miljø og sikkerhet og ta ansvar for egen helse og forebygge belastningslidelser, og å gode rollemodeller eller veileder for elever og lærlinger.

6.5 Holdninger

Lai (2013), mener at holdninger er en del av en persons potensial og er derfor en av de viktigste komponenten i kompetanse. Holdninger kan være helt avgjørende om en person er kompetent eller ikke. Når hun inkluderer holdninger i kompetansebegrepet refereres det til personens meninger, oppfatninger og verdier som er direkte knyttet til aktuelle oppgaver og funksjoner. Hun beskriver det videre med å bruke begrepet «*jobbrelaterte holdninger*», som har det med den følelsesmessige delen av kompetansebegrepet å gjøre.

Eksempler på dette er holdninger til arbeidsoppgaver, kolleger, produkter og selve organisasjonen, for eksempel indre og ytre jobbmotivasjon, vilje til å hjelpe kolleger, vilje til å være fleksibel og tilpasningsdyktig når det trengs (Lai, 2013).

Å være egnet og ha de riktige holdningene, var også det første informantene mente var den viktigste kompetansen til en helsefagarbeider. Å være egnet til yrket er også noe både læreplanen og kompetanseplattformen legger vekt på.

Personlig egnethet er kanskje det viktigste og mest grunnleggende i alle yrker hvor man arbeider med mennesker med omsorgsbehov. Personlig egnethet blir knyttet til: evne til omsorg og empati, respekt for menneskeverdet, samarbeidsferdigheter, evne til kommunikasjon og en etisk bevissthet ((Ekelund, 2007).

Dette blir støttet opp av Skau (2011), som mener at den kognitive og sosiale kompetansen er en del av den personlige kompetansen, og at det ikke finnes noe enhetlig og allmenngyldig begrepsapparat som favner denne formen for kompetanse. Hun stiller seg også tvilende til hvordan det er mulig å utvikle det.

For å konkretisere hva som er personlig kompetanse og hvordan den kommer i uttrykk i helse- og sosialfagene, har hun listet opp 67 forskjellige måter. Gjennom en analyse av dem, har hun kunnet skille ut en grunnstruktur som består av seks forskjellige akseptor (kap.3.2), et *kunnskapsaspekt* (personlig, erfaringsbasert viten, bearbeidet livserfaring), et *etisk aspekt* (verdier og holdninger), et *handlingsaspekt* (individuelle handlingsdisposisjoner og væremåter), et *ferdighetsaspekt* (personlige evner og ferdigheter), et *fysisk aspekt* (kroppslige egenskaper og kjennetegn), og et *personlighetsaspekt* (relativt stabile personlighetstrekk og egenskaper) (Skau, 2011).

I hvilken grad en helsefagarbeider er kompetent, avhenger derfor ikke bare av kunnskaper og ferdigheter, men også i stor grad av hvilke holdninger den enkelte har til sine arbeidsoppgaver. For eksempel la alle informantene vekt på at en helsefagarbeider må ha et positivt og helhetlig menneskesyn, vise respekt for menneskeverdet og ha en medmenneskelig

innstilling. Samtidig mente alle at du måtte ha empatiske evner. I denne sammenhengen betyr *empati* innlevelsessevne, evne til å sette seg inn i hvordan andre opplever sin situasjon.

For å kunne gi best mulig pleie og omsorg er det viktig å kunne forstå den enkelte pasient eller bruker. Dette betyr også at kommunikasjon og samspill med andre inngår i dette arbeidet. Når vi er sammen med andre mennesker så formidler vi alltid noe. Enten med ord eller kroppsspråk, stemmen eller blikket.

Fysisk berøring er et av menneskets grunnleggende behov. Når man berører en pasient på en god måte, blir det som en aksept av personens kropp, noe som er bra både for den psykiske og fysiske helsen.

Som helsefagarbeider mente også de fleste informantene at det var viktig å gjenkjenne sine egne følelser og hva kroppsreaksjoner. I stellet av en pasient formidlet en mye gjennom hendene. Har en et trygt, fast og godt håndlag, formidler man trygghet til pasientene, mens er man irritert og har det travelt gjenspeiles dette i våre handlinger. I et stell kom en også innenfor intimsonen for pasienten, eller ved at pasienten har mistet kontrollen over urin eller avføringen. Og ha kontroll over sine egne uttrykk og være profesjonell i dette arbeidet mente alle informantene var sentralt.

I forhold til sentrale og viktige holdninger i yrkesutøvelsen til helsefagarbeideren blir det å vise respekt for menneskeverdet, og å utføre arbeidet i henhold til etiske retningslinjer og brukermidvirkning. Kunne samarbeide pasienter og brukere pårørende og andre yrkesgrupper, uavhengig av kulturell bakgrunn, livssyn og sosial status. I sitt arbeid er viktig å være bevisst på sin egen væremåte, som medmenneske og som fagperson. Samtidig var det viktig å samarbeide tverrfaglig og ikke minst vise respekt.

7 KONKLUSJON

I dette avsnitte vil jeg oppsummere og konkludere med de viktigste funnen. Problemstillingen er blitt belyst gjennom å presentere teori som jeg mener har vært relevant for problemstillingen, samtidig som jeg har intervjuet personer er utdannet helsefagarbeidere. I denne masteroppgaven var problemstillingen; «Hva kjennetegner yrkeskompetansen til helsefagarbeideren i Norge?».

Gjennom å bruke kvalitativ forskning, og samtidig hatt tilgang på viktige funn i fra forskningsprosjektet til MECVET, jeg selv fått større forståelse og nye kunnskaper for hva som kjennetegner yrkeskompetansen til en helsefagarbeider.

Viktige funn viser at en helsefagarbeider må blant annet ha kunnskaper og forståelse om mennesker, helse, sykdommer og samfunnet. Sentrale arbeidsoppgaver som en helsefagarbeider utfører er:

- *Å utføre helhetlig omsorg og grunnleggende sykepleie*
- *Praktiske stell og pleie; hjelp til personlig hygiene ved et morgen/ kveldstellstell,*
- *Prosedyrer i forhold til måling av blodtrykk eller blodsukker, blæreskyl, stell eller fjerning av urinkateter, skift av stomi- skift av pose, urinprøver, avføringsprøver eller ekspektoratprøver er sentrale.*
- *Lage, varme, tilberede eller gi mat, samt sondeernæring*
- *Legemiddelhåndtering (både tekniske og praktiske oppgaver)*
- *Observere, kartlegge og sette inn tiltak. Utarbeide aktivitets og pleieplaner*
- *Rapportere og dokumentere*
- *Rehabiliterende og habiliterende og forebyggende helsearbeid, med fokus på ADL-trening*
- *Samarbeide tverrfaglig med andre yrkesgrupper og med pårørende*
- *Kommunisere både verbalt og nonverbalt, veilede lever og lærlinger i helsearbeiderfaget*
-

I dette forskningsprosjektet har jeg tatt utgangspunkt i både i både Lai (I) og Skau (2011), sine kompetansekomponeanter som var teoretiske kunnskaper, yrkesspesifikke ferdigheter og holdninger. Med utgangspunkt i dette har jeg valgt å presentere og fremstille viktige funn skjematisk i tabellen under (fig. 11).

Teoretiske kunnskaper	<ul style="list-style-type: none"> • Sykdomslære og kroppens oppbygning og funksjon. • Helsefremmede arbeid, hygiene, smittespredning og mikroorganismer, helse- og livsstil, fysisk aktivitet. • Legemiddelhåndtering. • Helse og kosthold og ernæringsarbeid. • Lov- og forskriftsverk som regulerer helse- og sosialtjenestene. • Kommunikasjon og samhandling
Yrkesspesifikke ferdigheter	<ul style="list-style-type: none"> • Utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, med brukeren i sentrum. • Arbeide med helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende pleie- og omsorgstiltak. Samtidig observere, planlegge, kommunisere og delta i det totale behandlingsopplegget for pasienten eller brukeren. • Bruke kultur og kulturopplevelser som helsefremmende og mobiliserende tiltak. • Arbeide etter gjeldende hygieniske, ernæringsmessige og ergonomiske prinsipper. • Håndtere medikamenter etter gjeldende lover og regler. • Ta ansvar for pasientinformasjon gjennom observasjon, dokumentasjon og rapportering. • Arbeide etter prinsipper for helse, miljø og sikkerhet og ta ansvar for egen helse. • Veilede elever, lærlinger og være gode rollemodeller
Holdninger	<ul style="list-style-type: none"> • Vise respekt for menneskeverdet, og å utføre arbeidet i henhold til etiske retningslinjer og brukermedvirkning. • Sosial kompetanse • Kunne samarbeide pasienter og brukere pårørende og andre yrkesgrupper, uavhengig av kulturell bakgrunn, livssyn og sosial status. • I sitt arbeid er viktig å være bevisst på sin egen væremåte, som medmenneske og som fagperson. Samtidig var det viktig å samarbeide tverrfaglig og ikke minst vise respekt.

I tabellen over har jeg presentert hva jeg mener er viktige kjennetegn på yrkeskompetansen til en helsefagarbeider Norge. Funnene har basert seg på helsefagarbeidere som har representert alle arbeidsområdene til en helefagarbeider, samtidig som disse informantene også representerte flere ulike kommuner og fylker.

7.1 Veien videre

Forskning viser at helsefagarbeideren er en viktig yrkesgruppe innenfor helse- og omsorgstjenestene. Noe jeg ikke har kommet nærmere inn på i denne rapporten er utfordringene i forhold til omtale av yrket og rekrutteringen av kompetente helsefagarbeidere. Med kompetente helsefagarbeidere så mener jeg kompetente hender som både bruker hode og hjerte i sine handlinger. I dag arbeider det få helsefagarbeidere innenfor spesialist helsetjenestene, så kanskje det å ansette flere helsefagarbeidere innenfor denne tjenesten vil være med å øke både omtalen og rekrutteringen til faget. Dette mener jeg også et samfunnsansvar som det burde arbeides mer med.

Litteratur

- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforl.
- Andersen, K. (2003). *Innføring i mesterlære, yrkesdidaktikk og veiledning*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Deichman-Sørensen, T., Tønder, A. H., Olsen, O. J., Nore, H., Michelsen, S., Høst, H., . . . Utdanningsdirektoratet. (2011). Prøvenemndenes arbeid med fag- og svenneprøver: en undersøkelse av fem fag. I (Bind 2011:11).
- Djupvik, A. E., Haaland, G. & Skjetne, I. (2007). *Veileder- og instruktørhåndboka*. PEDLEX norsk skoleinformasjon.
- Dolven, A. S. & Pedersen, G. (2007). *Fagopplæringsboka 2007* (Bind 2007). Oslo: Kommuneforlaget.
- Ekelund, T. (2007). *Yrkesdidaktikk for grunnutdanning i helse- og sosialfag : om bevisstgjøring av yrkesvalg og utvikling av nøkkelkvalifikasjoner*. Oslo: Gyldendal.
- Grønmo, S. (2009). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Halland, G. & Nore, H. (2010a). *Læreplanen i bruk, tema 2 : Fra nasjonal læreplan til lokalt arbeid med interne og individuelle planer*. Oslo: Utdanningsdirektoratet.
- Halland, G. & Nore, H. (2010b). *Å være lærebedrift - roller og oppgaver, tema 1 : En profesjonell arena for utvikling av framtidens fagarbeidere*. Oslo: Utdanningsdirektoratet.
- Hiim, H. (2013). *Praksisbasert yrkesutdanning: hvordan utvikle relevant yrkesutdanning for elever og arbeidsliv?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hiim, H. & Hippe, E. (2001). *Å utdanne profesjonelle yrkesutøvere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hiim, H., Hippe, E. & Keeping, D. (1998). *Undervisningsplanlegging for yrkeslærere* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Høst, H. (2007). *"Utdanningsreformer som moderniseringsoffensiv: en studie av hjelpepleieryrkets rekruttering og dannelseshistorie, 1960-2006"*. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
- Høst, H. (2008). *Fag- og yrkesopplæringen i Norge : noen sentrale utviklingstrekk* (Bind 20/2008). Oslo: NIFU STEP.

- Høst, H. (2013). Kvalitet i fag- og yrkesopplæringen. Fokus på skoleopplæringen: rapport 2
Forskning på kvalitet i fag- og yrkesopplæringen. I (Bind 21/2013).
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Nielsen, K., Bureid, G. & Jensen, K. (1999). *Mesterlære: læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Lauvås, P., Handal, G. & Ytreland, A. (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori* ([Rev. utg.]. 7. opplag. utg.). Oslo: Cappelen akademisk.
- Lave, J., Wenger, E., Lave, J., Wenger, E., Wenger, E., Lave, J., . . . Lave, J. (2003). *Situert læring - og andre tekster*. København: Reitzel.
- Nilsen, S. E. & Haaland, G. (2008). *Læring gjennom praksis: innhold og arbeidsmåter i yrkesopplæringen*. Oslo: PEDLEX norsk skoleinformasjon.
- Nordhaug, O. & Brandi, S. (2004). *Strategisk kompetanseledelse : teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Norge, K. (2012). *Utdanning for velferd : samspill i praksis* (Bind 13(2011-2012)). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Norsk, h. (1990). *Norsk hjelpepleierforbund 25 år: 1965 - 1990*. Oslo: Forbundet.
- Nygren, P. (2004). *Handlingskompetanse: om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kausstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.
- Skålholt, A. (2013). Å bli helsefagarbeider: en kvalitativ undersøkelse av overganger mellom skole og læretid, og mellom læretid og arbeidsliv blant ungdom i helsearbeiderfaget. I (Bind 5/2013).
- Støten, K. (2008). *Yrkeskunnskap og utdanningsstrategier i helsearbeiderfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- KS-Rapporten (2010) Kommunenes fremtidige helter Kommunenes fremtidige helter - *En samtale med elever og lærlinger på helsearbeiderfaget* F. Asmaro, L.Godager, F. A.

Gregersen, H. Hellvik og K. Reegård.

<http://www.sv.uio.no/iss/om/aktuelt/2010/prosjektforum/2010%20KSrapporten%20Kommunenes%20fremtidige%20helter.pdf>

Vedlegg 1 Samtykkeerklæring

Dato

Samtykkeerklæring i forbindelse med intervju til masterprosjekt

Jeg er masterstudent i yrkespedagogikk ved Høgskole i Oslo og Akershus og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er Helsefagarbeideren, hvor jeg skal undersøke hva de arbeider med og hvilke arbeidsoppgaver de utfører.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju fem personer som arbeider som helsefagarbeidere, og som har erfaring fra yrket. Spørsmålene vil dreie seg om personlig kompetanse, teoretiske kunnskap og ferdigheter som trengs for å kunne for å utøve yrket. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen 15.05.14.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 47 90 26 88 31 eller sende en e-post til s270429@stud.hioa. Du kan også kontakte min veileder Adam Vogt ved Høgskolen i Oslo og Akershus institutt for yrkespedagogikk på telefonnummer 64 84 91 30.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen
Torill Nilsen
Lennestadveien 17
1912 Enebakk

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur Telefonnummer

Vedlegg 2 Intervjuguide for helsefagarbeidere

Formål; *Hva kjennetegner yrkeskompetansen til en helsefagarbeider i Norge?*

Oppvarming:

- Utdanning:
 - Når og hvordan?
 - Videreutdanning eller spesialområder?
- Arbeidsstedet:
 - Hvor?
 - Hvilken pasient/brukergruppe arbeider du med?
 - Spesielle ansvarsområder

Refleksjonsspørsmål:

- Hva er det første du tenker på når du skal beskrive dine arbeidsoppgaver som helsefagarbeider
 - Er det noen arbeidsoppgaver som du anser som de viktigste – mest sentrale i arbeidet ditt?
 - Er det samsvar mellom dine arbeidsoppgaver og yrkets omtale?
 - Etske utfordringer (krav og forventninger - fra hvem?)
- Hva er viktige ferdigheter i utøvelsen av yrket?
- Hva er viktige holdninger?
- Viktige kjennetegn på yrkesidentiteten?

Avslutningsspørsmål:

- Er det noe annet spesielt du vil fortelle som jeg ikke har spurt om?
- Har det vært greit å være med på intervjuet?

Vedlegg 3 Styringsdokumentene i fag- og yrkesopplæringen

Tabellen nedenfor gir en oversikt over sentrale styringsdokumenter i fag- og yrkesopplæringen. Disse dokumentene danner grunnlaget for opplæringen. Det vil si at læreplanen skal tolkes i lys av opplæringsloven og prinsipper for opplæringen.

Dokument	Beskrivelse	Adresse
Opplæringsloven	Stortingets intensjoner for det nasjonale opplæringstilbudet	www.lovdatab.no
Forskrift til opplæringsloven	Bestemmelser som utdyper opplæringsloven	www.lovdatab.no
Læreplanens generelle del	Utdyper overordnede mål for opplæringen og beskriver verdier, kultur og kunnskaper som er grunnlaget for opplæringen.	www.lovdatab.no
Prinsipper for opplæringen	En sammenfatning og utdypning av opplæringsloven og dens forskrifter, medregnet læreplanverket. Læringsplakaten inngår og beskriver skolens og bedriftens forpliktelser i opplæringen.	www.lovdatab.no
Læreplaner for fag Vg1, Vg2 og Vg3	Styringsdokumenter for innholdet i opplæringen for første, andre og tredje år av videregående opplæring.	www.lovdatab.no
Prosjekt til fordypning	Forskrift som gjelder prosjekt til fordypning på Vg1- og Vg2 nivå.	www.lovdatab.no

Oversikt over styringsdokumentene i fag- og yrkesopplæringen (Halland & Nore, 2010b)

Helsearbeiderfaget

Kompetanseplattform for fagarbeider

Daglig arbeid

Helsefagarbeideren utfører praktisk pleie, omsorg og miljøarbeid for pasienter og brukere av helse- og sosialtjenesten. Helsefagarbeideren utøver sitt fag med utgangspunkt i pasientens/brukerens forutsetninger, med sikte på å bedre livskvaliteten og funksjonsnivået for den enkelte. Helsefagarbeideren arbeider i spesialisthelsetjenesten, i psykisk helsevern på alle nivåer og i institusjoner og varierte omsorgs- og behandlingstilbud i kommunal og privat sektor.

Det er viktig med personlig egnethet i forhold til yrkesutøvelsen.

Sentrale arbeids- og ansvarsområder er

- å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, med brukeren i sentrum
- å arbeide med helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende pleie- og omsorgstiltak
- å vise gjennom yrkesutøvelsen at respekten for menneskeverdet er den grunnleggende verdi, og å utføre arbeidet i henhold til etiske retningslinjer og brukermedvirkning.
- å observere, planlegge, kommunisere og delta i det totale behandlingsopplegget for pasienten/brukeren
- å samarbeide med pasienten/brukeren, pårørende og andre yrkesgrupper, uavhengig av kulturell bakgrunn, livssyn og sosial status
- å bruke kultur og kulturopplevelser som helsefremmende og mobiliserende tiltak
- å arbeide etter gjeldende hygieniske, ernæringsmessige og ergonomiske prinsipper
- å håndtere medikamenter etter gjeldende lovverk
- å ta ansvar for pasientinformasjon gjennom observasjon, dokumentasjon og rapportering
- å bidra til et godt og inkluderende arbeidsmiljø med åpenhet, tverrfaglig samarbeid og respekt
- å arbeide etter prinsipper for helse, miljø og sikkerhet og ta ansvar for egen helse
- å veilede elever, lærlinger og andre i praksissituasjoner

- å arbeide under gjeldende lov- og forskriftsverk som regulerer helse- og sosialtjenesten
- i sitt arbeid å være bevisst på sin selvstendige rolle som arbeidstaker, medarbeider, fagperson og medmenneske

Fagets utvikling og plassering i samfunnet

Helse- og sosialtjenesten og samfunnet for øvrig er preget av forandring: En sammensatt pasient- og brukergruppe, rask omstillingstakt, sterke krav til effektivitet og prioritering og stadig mer kvalitetsbevisste pasienter, brukere og pårørende. Dette gjenspeiles i faget. Helsearbeiderfaget skal også representere den kontinuitet og stabilitet som samspill med andre mennesker og pleie- og omsorgsarbeid er preget av. Til sammen stiller disse forholdene store krav til helsefagarbeiderens utviklings- og endringskompetanse, og dette må sees i sammenheng med mulighetene for etter- og videreutdanning i et livslangt læringsperspektiv.

Den nye helsefagarbeideren skal omfattes av EØS-avtalens direktiv om helsepersonell, av nordisk overenskomst om godkjenning av helsepersonell og av norske helsemyndigheters krav til autorisasjon.

Likheter og ulikheter i forhold til andre fag

Helsearbeiderfaget har noen likheter med andre fag i utdanningsprogrammet for helse- og sosialfag, spesielt fag hvor det stilles krav om autorisasjon som helsepersonell. Det grunnleggende fellestrekket er møtet med mennesker med ulike behov. I tillegg kommer bruken av hygieniske prinsipper i arbeidsutførelsen og kravene til blant annet etisk refleksjon, evne til kommunikasjon og personlig egnethet. Mens de øvrige fagene tar utgangspunkt i møtet med pasienter/brukere i avgrensede situasjoner, er den helhetlige pleie- og omsorgsfunksjonen som helsefagarbeiderne har, spesiell for denne personellgruppen.

Helsearbeiderfaget har også likheter med fag i andre utdanningsprogrammer. Spesielt relevant er aktivtørfaget, men også i renholdsoperatørfaget finnes felleselementer, særlig når det gjelder kunnskap om hygiene og ergonomi og bruk av slike prinsipper i arbeidsutførelsen.

Faget har også fellestrekk med fag og yrker på høyskolenivå, spesielt sykepleie og vernepleie.

Fagbetegnelse: Helsearbeiderfaget

Yrkesbetegnelse: Helsefagarbeider

Læreplan i helsearbeiderfaget Vg3 / opplæring i bedrift

Fastsatt som forskrift av Utdanningsdirektoratet 24. mai 2007 etter delegasjon i brev av 26. september 2005 fra Utdannings- og forskningsdepartementet med hjemmel i lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) § 3-4 første ledd.

Gjelder fra 01.08.2007

Formål

Helsefagarbeideren utfører omsorg, grunnleggende sykepleie og miljøarbeid for pasienter og brukere av helse- og sosialtjenesten. Helsearbeiderfaget skal medvirke til å dekke behovet for kompetente helsefagarbeidere som kan møte pasienter, brukere og pårørende på en profesjonell måte, og bidra til at samfunnets behov for helse- og omsorgstjenester blir ivaretatt både i helse- og sosialtjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Faget skal bidra til å utdanne helsefagarbeidere som samarbeider med andre yrkesgrupper, fremmer trivsel, fysisk og psykisk helse og ivaretar brukermidvirkning og pasientrettigheter. Opplæringen i lærefaget skal utvikle evnen til å møte mennesker med ulike kulturell bakgrunn i ulike livssituasjoner og med ulike evne og mulighet for kommunikasjon. Videre skal opplæringen bidra til å utvikle profesjonelle yrkesutøvere med evne til innlevelse og samspill med mennesker med ulike hjelpebehov. Helsefagarbeideren skal gjennom opplæringen bli i stand til å observere og bruke kunnskap om ulike sykdommer, skader og lidelser, og til å iverksette forebyggende eller behandlende tiltak innen eget ansvars- og kompetanseområde. Gjennom helsefremmende arbeid skal helsefagarbeideren bidra til å forebygge isolasjon og legge til rette for et mer aktivt liv. Opplæringen skal utvikle helsefagarbeidere som kan delta aktivt i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid og bidra til et godt arbeidsmiljø.

Hovedområdene utgjør en helhet. I opplæringen skal det legges til rette for varierte arbeidsoppgaver på ulike tjenesteområder som kan bidra til å fremme kreativitet og helhetlig kompetanse som er anvendelig både i helse- og sosialtjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Fullført og bestått opplæring fører fram til fagbrev. Yrkestittel er helsefagarbeider.

Struktur

Helsearbeiderfaget består av tre hovedområder. Hovedområdene utfyller hverandre og må ses i sammenheng.

Oversikt over hovedområdene:

Årstrinn	Hovedområder		
Vg3 / opplæring i bedrift	Helsefremmende arbeid	Kommunikasjon og samhandling	Yrkesutøvelse

Hovedområder

Helsefremmende arbeid

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

Kommunikasjon og samhandling

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

Yrkesutøvelse

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

Grunnleggende ferdigheter

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

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

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

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

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

Kompetansemål

Etter Vg3

Helsefremmende arbeid

Mål for opplæringen er at lærlingen skal kunne

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

Kommunikasjon og samhandling

Mål for opplæringen er at lærlingen skal kunne

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

Yrkesutøvelse

Mål for opplæringen er at lærlingen skal kunne

- planlegge, gjennomføre, dokumentere og vurdere eget arbeid og foreslå forbedringstiltak
- identifisere underernæring og feilernæring og foreslå tiltak for å forebygge og behandle disse

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

Vurdering

Vg3 helsearbeiderfaget

Bestemmelser for sluttvurdering:

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

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