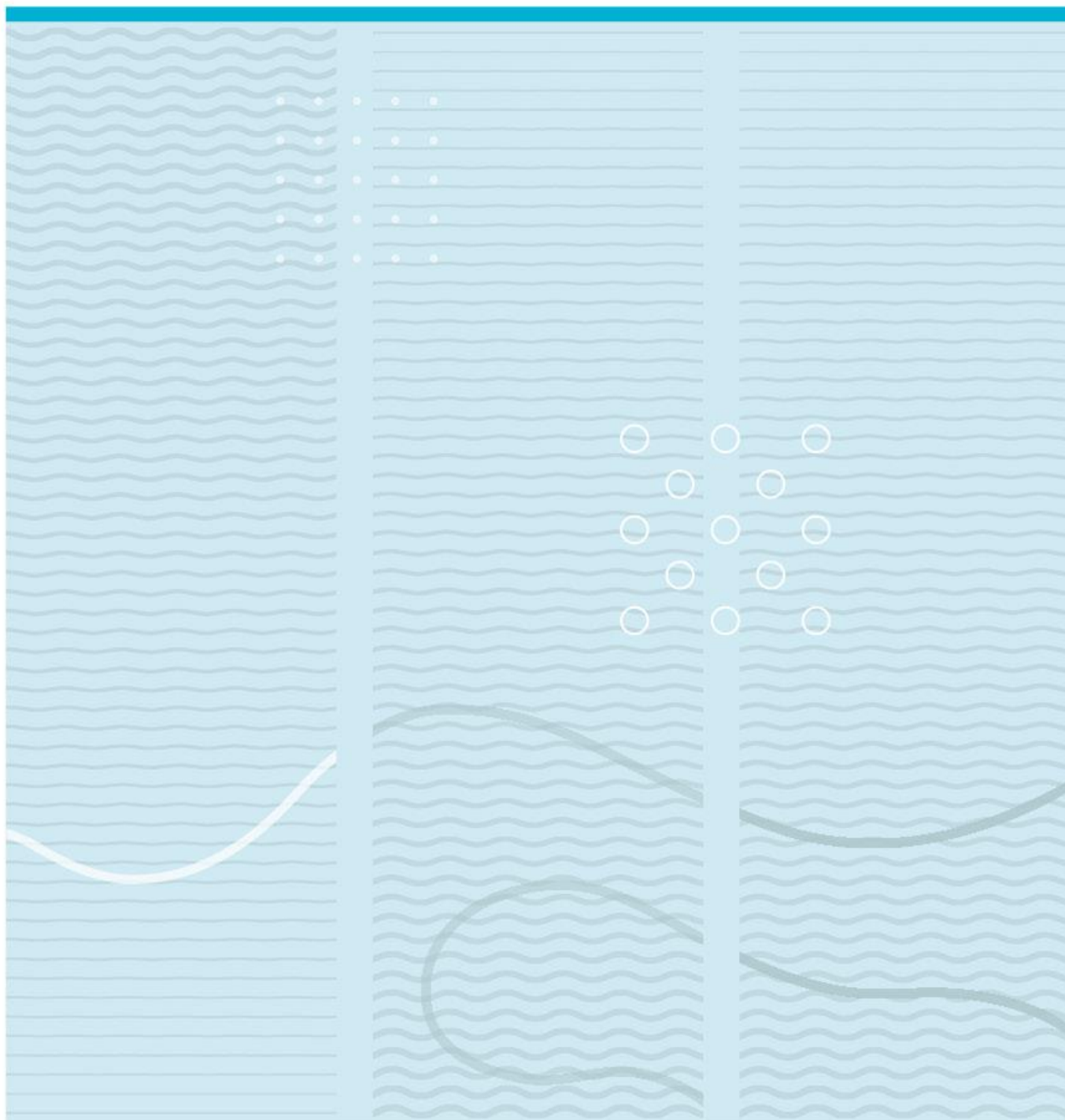


Bengt Harald Haraldstad

Landbaserte medisers vurderinger

Hva kjennetegner medicens vurderinger og forståelse i møte med sykdom og ikke-livstruende akutte skader i Forsvaret?



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2021 Bengt Harald Haraldstad

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Mediser i det landbaserte Forsvaret i Norge er de som står i første linje i møte med pasienter i felt. Utdanningen og treningen medicene får er i all hovedsak fokusert på akutte livstruende traumer. Flere studier tyder på at flertallet pasienter i en konflikt, krig eller krise rammes av sykdom og ikke-stridsrelaterte skader. Det er forsket lite på norske mediser i forhold til vurdering av sykdom og ikke-stridsrelaterte skader. Denne studien har til hensikt å utforske hva som kjennetegner mediser sine vurderinger og forståelse rundt dette temaet. Studien benytter kvalitativ metode og har et utforskende og beskrivende design. Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer av landbaserte mediser i løpet av våren 2020. Intervjuene ble transkribert, og datamaterialet deretter analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse, inspirert av Graneheim og Lundman. Analysen avdekket to hovedkategorier: at medicene tok kliniske beslutninger hovedsakelig basert på personlig erfaring, og at de i stor grad lar den taktiske rammen bestemme hva som skal skje med pasienten. Videre i studien diskuteres disse funnene, og konkluderer blant annet med at Forsvaret kan vinne kampkraft på å legge mer fokus på bedre utdanning av mediser innen klinisk undersøkelse og vurdering av pasienter med sykdom og ikke-livstruende skader.

Nøkkelord: Kvalitativ metode, medic, vurderingskompetanse, Forsvaret, Hæren

Abstract

Medics operating in land based defence of Norway are usually the first in line to meet patients of all kind, in all operations. They are well trained and equipped to meet the demand of timely care of combat casualty patients. However, there are several studies that indicate that the majority of patients in operations will occur due to disease non battle injurys (DNBI). This study aim to provide answers to what characterizes medics assessments and understanding regarding DNBI patients. The study used qualitative methodology with exploratory and descriptive design. In total three focus group interviews were used to collect data. The interviews were analyzed using qualitative content analysis inspired by Graneheim and Lundman.

The study revealed two main categories: The medics took clinical decisions based on personal experience of similar situations. And they let the tactical situation dictate what should happen to the patient. Further on in this study these main categories will be discussed and the conclusion is that Norwegian armed forces can gain more battle capacity by a larger focus on clinical assessment on medic level regarding DNBI.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract.....	4
Innholdsfortegnelse	5
Forord	7
1 Innledning	9
1.1 Introduksjon	9
1.2 Bakgrunnsforståelse	10
1.2.1 Medicenes utdanning og oppdrag	11
1.2.2 Beskrivelse av medicenes arbeidsplass	13
1.2.3 Medicenes sanitetsansvar	14
1.2.4 Differensierte omsorgsnivåer	14
1.3 Litteratur om temaet.....	15
1.4 Min forforståelse	17
2 Hensikt og problemstilling.....	19
2.1 Hensikt.....	19
2.2 Problemstilling.....	19
3 Teoretisk rammeverk.....	20
3.1 Situasjonsforståelse.....	20
3.2 Klinisk vurderingskompetanse	21
4 Metode.....	23
4.1 Forskningsdesign og metode.....	23
4.2 Informasjon og godkjenning av studien	23
4.3 Beskrivelse av utvalg.....	24
4.3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier	24
4.3.2 Rekruttering	24
4.4 Datainnsamling.....	25
4.4.1 Forberedelse	25
4.4.2 Gjennomføring	27
4.4.3 Etterarbeid	28
4.5 Analyse av data.....	29
4.6 Forskningsetiske vurderinger og min rolle som forsker	33

5	Presentasjon av funn	35
5.1	Kliniske vurderinger tas hovedsakelig på bakgrunn av personlig erfaring og magesfølelse	35
5.1.1	Traumedrill	38
5.1.2	Når alt kan være alt	41
5.2	Vurderinger tas i sammenheng med aktuell taktisk situasjon.....	43
5.2.1	Medicine ønsker ikke å ta beslutningene alene	44
6	Diskusjon av funn	47
6.1	Kliniske vurderinger	47
6.2	Taktiske vurderinger	49
6.3	Studiens betydning for Forsvarets sanitet.....	52
7	Diskusjon av metoden	54
7.1	Studiens relevans	54
7.2	Studiens validitet og reliabilitet.....	54
7.3	Forslag til videre forskning	55
8	Konklusjon	56
	LITTERATURLISTE.....	57

Forord

Denne oppgaven har tatt lenger tid enn jeg forutså. Forsvaret som arbeidsgiver har hele tiden gitt mulighet for å bruke tid til studier, men hverdagen henter som kjent inn oss alle. Det har medført at jeg har måttet skyve på egne studier slik at en hverdag med oppgaver som må løses har kunnet la seg gjøre. Dersom noen andre sykepleiere i Forsvaret leser dette og lurer på om dette er noe for dem, så er svaret JA, men det koster. Dersom de samme nå står og skal velge ut studie og lurer på hva de skal velge, se også på Avansert Klinisk Sykepleie (AKS). Dette studiet er like, om ikke mer relevant for sykepleieren som skal jobbe prehospitalt i fremtiden!

Takk til barna mine Eirik, Oskar og Ingrid som i denne tiden har måttet slå seg til ro med å vente til skolegang er ferdig før de større tingene kan gjennomføres. Dere har vært utrolig tålmodige.

Takk til Ingri som har støttet meg i prosessen og kommet med klok veiledning på alle plan! Uten deg hadde det ikke blitt noe.

Takk til min mor Vivian som har måttet ta tak mange ganger for at jeg skulle få gjennomført.

Takk til medicene som stilte opp til intervjuer og ga av dere selv. Mediser fortjener mer respekt enn de får i det daglige. Dere investerer mye tid og innsats i en hverdag der autorisert helsepersonell får mye fokus. Dere har mye å lære bort og jeg håper Forsvaret i fremtiden klarer å se dere for det dere er verdt!

Takk til min veileder Linn Hege Førstund, du er sjef. Jeg tviler på om dette hadde latt seg gjøre med en annen veileder.

Sist, men ikke minst, en stor takk til Jørn Rasmussen som ikke bare har bidratt med å kvalitetssikre innhold i caser i denne studien, men som også var nøkkelen for meg inn i studiet!

Elverum, 02.01.2021

Bengt Harald Haraldstad

1 Innledning

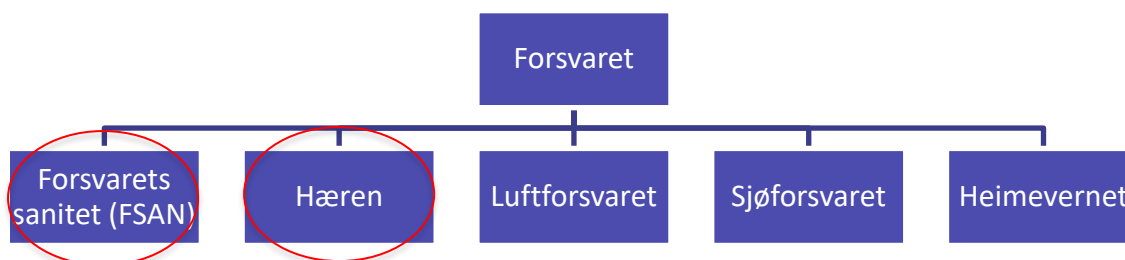
Denne delen av oppgaven gir en bakgrunn om hva en medic er, og deres arbeidsoppgaver og oppdrag innen sanitet. Kapittelet er ment å skulle være oppklarende for den sivile leseren, og i denne sammenhengen vil også min forforståelse om temaet inngå.

1.1 Introduksjon

Forsvarets sanitetssoldater, fra nå av omtalt som medicer, er førstelinjen i Forsvarets sanitetsarbeid. De trenes og skoles i akutte alvorlige skader og traumebehandling, og skal være i umiddelbar nærhet når soldater blir syke eller skadd. Medicer, som stort sett er uten formell kompetanse på helse, møter uavklarte pasienter først av alle. Kravene som stilles til soldatkompetanse: det å skulle overleve i et miljø der fienden prøver å ta livet av deg, er i seg selv komplisert og kommer som en tilleggsbelastning. Svært få i Forsvaret i dag har reell krigserfaring i operasjoner med et høyt antall skadde, slik man kan forvente for eksempel i en krigssituasjon med Russland i Finnmark. Derimot sitter forsvaret med en god del erfaring fra Afghanistan og Irak og lignende utenlandsoperasjoner. Forskjellen på utenlandsoperasjoner og en eventuell krig i vårt eget land er at i utenlandsoperasjoner har det hittil vært personellets sikkerhet og helse det tas hensyn til, operasjonen er underordnet. Det betyr at idet tap oppstår gjøres det tiltak slik at ikke flere tap oppstår. En slik kontroll og mulighet for justering kan vi ikke forvente å ha i en høyintensitetsstrid i for eksempel Finnmark. Selv har jeg opparbeidet relativt lang erfaring med utdanning av medicer hjemme i Norge og har også deltatt som sykepleier i operasjoner i utlandet. Med bakgrunn i den erfaringen mener jeg å se at det fokuseres for mye på behandling og evakuering av traumer, og at det er for lite fokus på det som skjer hver dag i en operasjon, nemlig sykdom og ikke-livstruende akutte skader. Flere studier viser også at stridsrelaterte traumer får for mye fokus i kurs og treningssammenheng kontra ikke-stridsrelaterte sykdom og skader (Belmont Jr et al., 2010, s. 71; Blood & Jolly, 1995; Champion et al., 2003).

Opgaven har et tema som i første omgang kan være noe fremmed for lesere uten stor kjennskap til Forsvaret. Fordi tema og begreper kan være ukjent for leseren er

bakgrunnsdelen av oppgaven omfattende, og jeg har forsøkt å sammenlikne med sivile helsetjenester for å gjøre oppgaven så forståelig som mulig for alle. Det innebærer en relativt grundig beskrivelse av sentrale begreper som går igjen i oppgaven. Dermed vil leser møte et stort første kapittel. Deretter presenteres oppgavens hensikt og problemstilling. Tredje kapittel tar for seg studiens teoretiske rammeverk. Kapittel fire beskriver oppgavens metode og design. Studiens funn følger i kapittel fem, og i kapittel seks diskuteres funnene i studien. Avslutningsvis rundes oppgaven av med å vurdere studiens relevans, validitet og reliabilitet, før oppgavens konklusjon.



Figur 1: Skjematisk oversikt over hvor i Forsvaret intervjuobjektene jobber.

1.2 Bakgrunnsforståelse

For dem som ikke har direkte militær kjennskap eller forståelse av hva en medic er og gjør, er det nødvendig å sette leseren i stand til å vite det mest nødvendige om medicer som yrkesgruppe og hvordan de opererer.

1.2.1 Medicenes utdanning og oppdrag

Forsvaret har i dag bestemmelse for sanitetskompetanse som sier hva slags medisinsk kapasitet som skal finnes på de enkelte nivåene. Alt personell skal ha First Responder (FR) kurs. FR kurset tar ca en uke. Deretter kommer Advanced First Responder (AFR) 1 ukes varighet, og alle lag på over 8 soldater skal ha en slik førstehjelper. I nivået over, tropp, som består av 20-40 soldater, så har de en som er utdannet Basic Medic. Dette kurset bygger på de to første kursene og en Basic Medic vil da ha til sammen 4 uker sanitetskurs. Dersom medicene skal tjenestegjøre i en sanitetsavdeling med evakuering som primæroppgave, skal de i tillegg ha 1 uke Evakueringskurs. De medicene jeg har intervjuet har tatt steget opp fra denne grunnpakken ved å bli ansatte i sanitetsavdelinger. Disse får ytterligere utdanning og kurs, men her er det ikke enda formalisert en kurspakke, slik at dette personellet foreløpig tar det som kommer av kursmuligheter. Aktuelle kurs for denne gruppen er kurs som for eksempel Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), og Advanced Medical life Support (AMLS). Dette er kurs som ikke er obligatoriske, og disse er gjerne forbeholdt de eldre medicene. Kursene det her er snakk om omhandler traumebehandling og akuttmedisin og er relativt korte, men intensive kurs uten mye praktisk trening. De siste tre årene har Hærens Våpenskole satt i gang et pilotforsøk som skal sette dette i system, og dette er beregnet til 16 – 20 uker utdanning for å få tittelen Combat Medic. Dette er foreløpig på utprøvningsstadiet, og det er enda ikke kommet fram til varig løsning eller innhold. Det er sett til hvordan andre nasjoner utdanner Combat Medic. Den norske modellen vil antakeligvis ligne det amerikanske systemet. Utover dette har en medic som regel mulighet til noen uker hospitering i året. Her er det heller ikke satt noen læringsmål eller satt i system for hvordan denne hospiteringen skal foregå, og hva slags utbytte medicene skal ha etter denne typen tjeneste. Det er det mer eller mindre opp til hver medic og deres veileder å selv bestemme.



Figur 2: Skjematisk oppstilling av kursrekke for medicer.

Det er uklart hvorfor Forsvaret har tatt i bruk begrepet medic for de soldatene som skal utøve førstehjelp til medsoldater. For ikke så lenge siden var det sanitetssoldat eller førstehjelper man brukte på å betegne disse soldatene. Uansett har dette personellet en viktig oppgave i fred, men ikke minst krise og krig. Treningene disse gis er primært ment for at de skal fungere der det ikke nødvendigvis finnes autorisert helsepersonell. De skal altså både fungere som soldater og samtidig ha relativt høy kompetanse innen sanitet. De skal kunne behandle pasienter under krevende forhold der de i ytterste konsekvens avgjør skjebnen til sine medsoldater. Oppgavene de normalt er satt til innebærer triagering, evakuering og behandling av sårede og syke soldater. I Finnmark kan derfor en medic ha medisinsk ansvar for mange soldater mange mil unna nærmeste medisinske installasjon, der lege og sykepleier er. Samtidig som medicen skal ha det medisinske ansvaret skal han også sørge for å spille de stridende gode, ved å holde mest mulig kampkraft der de trengs, samt holde moralen oppe ved å gi adekvat behandling og evakuering til dem som virkelig trenger det (Hærens våpenskole, 2018). I tillegg må de også ta hensyn til oppdraget og ta dette med i beregningen når de skal velge handlemåte. I tidsrommet mellom sin posisjon og nærmeste medisinske fasilitet er det medicen som har ansvaret for pasienten. Skal han sende vekk kritisk og viktig personell? Skal han prioritere å ha dem i avdeling? Hva om det er feil, blir de da så syke at de ikke rekker å komme til kvalifisert hjelp? Hva gjør det med moralen i avdelingen man støtter, samt medicens opplevelse og ønsket om å løse sitt sanitetsoppdrag? Medicenes oppdrag er komplekst.

I sanitetstjenesten i Hæren i dag fokuseres det mye på traumer som oppstår i aktive stridshandlinger og livgivende førstehjelp. I traumesetting har medicene relativt stort

handlingsrom i form av hvilke prosedyrer som er tillagt selve traumedrillen, samt de medikamentene de er delegert. Delegeringene er gitt personlig til hver medic fra en avdelingslege, og dette sertifiseres de jevnlig i. De blir hyppig trent og testet, og er generelt gode på det de er trent til. (Blix et al., 2017). Medicene har tilgang på kurs og hospitering som vi håper skal gi dem et utgangspunkt for å fungere den dagen de eventuelt skal utføre oppgavene sine i krise eller krig. I tillegg er det viktig å få dyktige mediser til å bli i jobben over tid, for å kunne akkumulere kunnskap og kontinuitet. Det å gi nye utfordringer og å øke kompetansen vil også kunne føre til økt tilfredshet, mer trygghet i jobben, og dermed lengre ståtid (Gerhardt et al., 2008; Hanstad, 2013).

Det har gjennom tidene vært forskjellige forventning til hva en medic skal kunne tilby av hjelp. Alt fra det å frakte en bårpasient fra slagmarken til helsepersonell, til dagens tankegang, der medicen skal kunne tilby et relativt bredt spekter av helsehjelp. Dette kan sammenliknes med medicens sivile ekvivalent, ambulansarbeideren. Der det før i tiden gjerne var bygdas drosjesjåfør som utførte ambulanseoppdrag, ser man i dag en mer og mer spesialisering, der det i økende grad kreves bachelor-utdanning paramedic for å utøve yrket i ambulansetjenesten (Christiansen, 2016, s. 4-7).

1.2.2 Beskrivelse av medicenes arbeidsplass

De medicene jeg har intervjuet, tjenestegjør på såkalte evakueringsvogner. Evakueringsvognene har et utstyrsnivå som kan sammenlignes med de fleste sivile ambulanser. Behandlingsrommet, der medicene har sin arbeidsplass, er som regel av samme størrelse som man finner i sivile ambulanser. Inne i behandlingsrommet er det to bårplasser, en primær- og en sekundærbåre. Til luftveishåndtering har de tilgang til orofaryngeale-og nasofaryngeale tuber, i tillegg til å kunne ta i bruk luftveishåndgrep. Det finnes utstyr på vognene som gir mulighet for endotrakeal intubering, samt kirurgisk luftvei, men det er få av disse medicene som har delegering på disse prosedyrene per dags dato. Videre har de utstyr til toraksdrenasje dersom de skal assistere lege på sin vogn. Oksygen kan gis på brillekateter, samt maske med reservoir. I tillegg til kanyler og medikamenter har de ulike typer spjelmateriell, som samsvarer med utstyret som brukes i det sivile helsevesen. Av overvåkningsutstyr har de tilgang til,

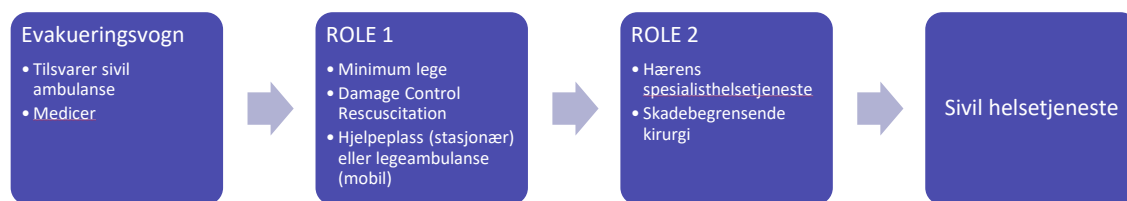
og skal kunne bruke, måler for oksygenmetning, manuell og elektronisk blodtrykksmåling, manuell og elektronisk pulsmåling. I vogna deres er det også mulighet til å ta 12-avleders EKG.

1.2.3 Medicenes sanitetsansvar

I følge håndbok for sanitetslaget (2018, s. 15) skal medicene gjennomføre mottak og behandling av pasienter ut fra kompetansenivået den enkelte besitter eller er delegert. Hvert kurs har sine medfølgende prosedyrer og delegeringer det er forventet at medicene skal ta i bruk etter bestått kurs. Videre er det er forventet at medicen skal kunne ta avgjørelser på hvilket nivå av helsehjelp den enkelt pasient skal motta. Medicen skal også kunne gjennomføre adekvat medisinsk dokumentasjon muntlig og skriftlig.

1.2.4 Differensierte omsorgsnivåer

I henhold til Forsvarets traumekonsept (Generalmajor Jon Gerhard Reichelt, 2020), og som i sivil helsevesen, har man ulike omsorgsnivå for pasientene. Førstelinje er evakueringsvognene der medicene i denne studien jobber. Deretter kan pasienten fraktes til en ROLE 1 hvor det som minimum er lege som jobber, og her bedrives skadebegrensende resuscitering. Disse er enten stasjonære i teltløsninger eller kan være mobile på lignende plattformer som evakueringsvogner. Disse kalles også hjelpeplass eller legeambulanse. ROLE 1 kan direkte sammenlignes med legevakt eller sivile legeambulanser. Etter legevaktsnivå kommer hærens spesialisthelsetjeneste, som i Forsvaret kalles ROLE 2. Dette er som regel et teltbasert hospital med skadebegrensende kirurgi som hovedoppgave. Her er det et mål at kun de pasientene som trenger akutt skadebegrensende kirurgi skal innom. Dersom pasientene kommer videre i evakueringskjeden, vil de komme til sivil helsetjeneste med den kapasiteten pasienten har behov for.



Figur 3: Skjematisk framstilling av evakueringskjeden.

For å forenkle og sette leseren inn i hvilke oppgaver, roller og ansvar en medic i Hæren har, kan man altså sammenlikne med ambulansetjenesten sivilt. Ambulansearbeideren i det sivile drar ut til, eller er der skader og sykdom oppstår. De skal vurdere om pasienten er så syk eller skadd nok til at de skal videre i helsetjenesten. De skal også vurdere hva slags nivå på hjelpen pasienten trenger, altså hvilket omsorgsnivå pasienten fraktes til. For eksempel skal det tas avgjørelse om pasienten skal til legevakt, eller om de er såpass ustabile at de skal direkte til akuttmottak. Videre vurderer gjerne ambulansarbeiderne også hvilket akuttmottak de skal til i forhold til videre behandlingstilbud det enkelte sykehus kan tilby. Det er tillagt ambulanspersonell relativt store vurderingsoppgaver i den forbindelse, men helsetilbudet er stort og det får sjeldent negative konsekvenser å frakte pasienter til et høyere nivå enn det de trenger. Samtidig er det også sjeldent at det å ta med seg pasienten har store konsekvenser for samfunnet sivilt. I en hæravdeling i kamp kan imidlertid det å være føre var og evakuere en soldat som ikke absolutt må evakueres, ha direkte og alvorlig konsekvens for den avdelingen pasienten tilhører. Soldater blir stadig mer spesialiserte, og det å fjerne en brikke kan få store konsekvenser for avdelingene de tilhører. Unødvendig evakuering bør altså holdes til et absolutt minimum (Nguyen et al., 2020).

1.3 Litteratur om temaet

Det er gjort få studier på norske medicers kompetanse i forhold til vurdering av de pasienter de kommer i kontakt med. I 2017 ble det publisert en studie som

sammenliknet militære mediser og sivile ambulansarbeideres evner i forhold til undersøkelse og blødningskontroll. Denne viste at militære mediser hadde bedre resultater i avdekking og behandling av blødninger enn sivile ambulansarbeidere (Blix et al., 2017). Men selv om medicene er drillet i å vurdere og behandle traumer, og også til tross for at medicene hovedsakelig møter en annen pasientgruppe enn i det sivile helsevesen (Brattebø, 2017), betyr ikke det at de kun rammes av store livstruende hendelser (Andersen et al., 2016; Schermann et al., 2017; Teyhen et al., 2015). Medicene vil kunne oppleve å være de som blir oppsøkt og spurt til råds om alt fra små sår til infeksjonstilstander. Dette er tilstander som spenner fra å være helt ufarlige og som kan håndteres greit av den enkelte, til potensielt livstruende tilstander som umiddelbart ikke er så enkle å identifisere (Le et al., 2018; Pollard et al., 2017; Schauer & Pfaff, 2017).

I retrospektive studier der man har sett på årsaker til sykehusinnleggelser og evakueringer fra Korea-krigen helt opp til krigen i Afghanistan og Irak, indikerer funnene at hoveddelen av skader som skjer er av annen karakter enn stridsrelaterte traumer. Omtrent to tredjedeler av pasientene ble behandlet som følge av «disease non battle injuries» (Belmont Jr et al., 2010; Blood & Jolly, 1995). Tilstandene som presenterte seg oftest var relatert til muskel/skjelett, luftvei, mage/tarm og hudlidelser. Jeg har ikke klart å finne studier som sier noe om hvilket nivå av helsehjelp disse pasientene fikk, men det finnes tall som indikerer hvor mange som måtte dimitteres fra operasjonen og hvilke som returnerte tilbake til tjeneste etter behandling. Tallene varierer, men det kommer klart fram i studiene at over halvparten returnerte til tjeneste (Belmont Jr et al., 2010; Champion et al., 2003; Sanders et al., 2005).

Systematisk klinisk undersøkelse (SKUV) er en prosess der innsamling av data om pasienten er målet. Breivik og Tymi (2013) skriver at det i litteraturen de undersøkte er bred enighet om at dataene som samles inn ved å bruke SKUV, gjør sykepleiere med grunnutdanning i bedre stand til å ta beslutninger og kommunisere pasientens tilstand til samarbeidspartnere. Det lyktes ikke finne litteratur på hvordan mediser vurderer og forstår sykdom og ikke-akutte skader. Her må jeg støtte meg på studier og litteratur som ligger litt på siden av det jeg ønsker å finne. Tracey M. Lyons, en lege under

spesialisering i United States Army, arbeidet i det som kalles primary care innen det amerikanske forsvaret. Det tilsvarer det vi kaller en sykestue i fredstid. Der hadde hun Combat Medic som assistenter. Disse assistentene skulle ta imot pasienter og gjøre innledende undersøkelser, triagere og skrive innkomstnotat på pasienter. Dette for at legen skulle kunne jobbe mest mulig effektivt og gå til de pasientene som haster mest, altså likt det vi kjenner til fra sivile akuttmottak. Pasientene hadde ulike helseplager, men de var ikke er syke nok til å havne på sykehus. Pasientgruppen medicene i Lyons artikkel jobbet med, kan sammenlignes pasientgruppen som denne oppgaven tar utgangspunkt i. Selv om Combat Medic har lengre utdanning i USA enn de medicene jeg har studert, kan de sammenlignes med tanke på de oppgavene de skal ha i strid. Da Lyons hadde arbeidet over tid med denne gruppen som assistenter, oppdaget hun at de var lite selvstendige og strevde med å klare oppgavene hun gav dem. Derfor gjennomførte Lyons en studie der hun intervjuet et utvalg av disse Combat Medicene. Hovedfunnene var interessante. Combat medicene kom opp med en rangering med åtte hovedpunkter over kompetanse de selv anså de kom til kort innen. Høyest rangerte dataverktøy, alle medicene slet med å bruke dataverktøyene sykestuene brukte. Deretter rapporterte alle medicene at de hadde for dårlig kunnskap innen «common illness and injurys». De kjente altså på manglende evner til å vurdere sykdom og skader. Medicene Lyons forsket på hadde så store mangler at de i stort omfang hadde gitt opp å forsøke både å triagere pasientene på sykestua og å rapportere funn videre til overordnede (Lyons, 2018). Det er ingen av dem jeg intervjuet som jobber i sykestuesammenheng, men man kan sammenligne situasjonen med at medicene jeg har intervjuet er de første som møter pasientene.

1.4 Min for forståelse

Min erfaring og forståelse av medicers evner er at de spriker i kunnskaps- og evnenivå. Dette er naturlig og jeg har erfart at medicer som blir mer enn tre år i tjeneste, etter hvert kommer over en slags kunnskapskneik. Det kan virke som om at de på dette tidspunktet har vært borti nok instruktører, trening og kurs til at de begynner å sette sammen informasjon til selvstendige tanker og kunnskap. Likevel er vurdering av skader og sykdom ikke med på veien i denne «reisen». Det gjør at de fleste medicer er usikre når de møter andre typer scenario enn traumer. Traumedrillen alt personell i Forsvaret

får utdanning på er ganske rigid, og derfor fungerer den godt når man skal tenke minst mulig og utføre en tillært «drill» i en stresset situasjon. Jeg tenker at dette kan medføre at mediser, som bruker mye tid på slik drill, blir dårligere rustet når det ikke ser de vanlige skadene og kan kategorisere skader inn i drillen. De leter etter blødning og helt klare indikatorer på vitalia for at noe er galt, da vet de hva de skal gjøre. Hvis de ikke finner disse klare indikatorene på at noe er alvorlig galt med pasienten, blir de mer usikre på hva de egentlig ser etter.

2 Hensikt og problemstilling

2.1 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å utforske og beskrive hvordan medicene selvstendig vurderer og forstår pasienter som går litt utenom det Forsvaret legger vekt på i utdanning deres. Det gjelder altså pasienter med mindre åpenbart akutt livstruende tilstander enn det medicene trener på i det daglige.

2.2 Problemstilling

Hva kjennetegner medicenes vurderinger og forståelse i møte med sykdom og ikke-livstruende akutte skader i Forsvaret?

3 Teoretisk rammeverk

Det teoretiske rammeverket skal bringe leseren inn i viktige begreper og forutsetninger for å diskutere problemstillingen. Kapitlet tar for seg situasjonsforståelse og klinisk vurderingskompetanse. Dette er to store og viktige bestanddeler i det å vurdere pasienter med sykdom og ikke-livstruende skader i Forsvaret.

3.1 Situasjonsforståelse

I Forsvaret brukes begrepet Situational Awareness (SA) om situasjonsforståelse. Rundt oss finnes informasjon eller data. For å gjennomføre en oppgave eller komme frem til en riktig avgjørelse, må riktig informasjon skilles ut og sorteres slik at det gir mening i forhold til oppgaven man skal løse. Vi har med oss kunnskap, og vi kan finne kunnskap. Den informasjonen vi mangler for å løse et oppdrag, kalles informasjonsgap (Endsley & Garland, 2000). Dette gapet har alle i større eller mindre grad, og det kan være stort eller lite avhengig av grunnkunnskaper.

For å vite hva informasjonsgapet omhandler og hva man behøver av informasjon, må man ha oversikt over hva som er målet, hvilke rammefaktorer man skal forholde seg til og hvor man finner informasjonen. Dette er komplekse vurderinger og det må hele tiden gjennomføres konstant revurderinger av situasjonen man befinner seg i (Endsley & Garland, 2000). Jo mer data eller informasjon man har tilgang på, desto større er kravet til seleksjon av riktig informasjon. Her trengs årvåkenhet, som delvis kan oversettes til awareness. Situational-delen av SA tilfører noe ekstra, nemlig et redskap til å få oversikt over situasjonen eller miljøet du befinner deg i. Det betyr at alle de faktorene som påvirker deg og ditt oppdrag, må vurderes og måles opp mot hverandre i forhold til hva som er viktig. For å kunne skaffe SA må man ha en del trening og kunnskap om de situasjonene man løser oppdrag i, men også kompetanse til å hente inn relevant oppdragsspesifikk informasjon som gir grunnlag for mest mulig riktige vurderinger og beslutninger. Kort kan det oppsummeres som «å vite hva det går i» (Endsley & Garland, 2000).

Selv om begrepet og teorien om SA først dukket opp som begrep i flyfart, og spesielt hos piloter og flyveledere, er SA noe som er blitt utforsket på mange fagfelt. Situational

Awareness er også et begrep innen helse (Wright & Endsley, 2008). Innenfor behandling av pasienter må man innhente mye informasjon og sette det sammen til en plan eller avgjørelse. Dette kan være hva slags ressurser finnes, hva slags helse har pasienten fra før, er det mulighet for oppfølging i etterkant, har de pårørende rundt seg, hva slags tidligere sykdommer har pasienten. Dette kan bygges på i det uendelige. Dårlig SA vil bidra til et potensielt dårligere sluttresultat. Det samme kan overføres til mediser som har et vell av informasjon de må forholde seg til, hva er oppdraget, hvem bestemmer, hvor dårlig er pasienten og så videre. Jo dårligere man er til å ha oversikt over informasjonen, innhente informasjon og trekke ut riktige informasjon, desto dårligere vil resultatet bli.

3.2 Klinisk vurderingskompetanse

Benner og Have (1995) beskrev i sin bok «fra novise til ekspert», generelle holdepunkter i utvikling av kompetanse. Kjennetegnet på novise er en som må lene seg fullt og helt til den teoretisk kunnskap. Nybegynneren eller novisen er også regelstyrt og forholder seg i stor grad til prosedyrer. Eksperten i andre delen av skalaen, vet hva reglene og prosedyrene er, men erfaring gjør at reglene tilpasses situasjonen eller fravikelse av reglene tilpasses ut fra hva erfaringen tilsier må gjøres i en bestemt situasjon. Novisen forholder seg til fragmenter av situasjonen og tolker alle fragmentene som like betydningsfulle. Eksperten bruker overblikket til å plukke ut det som er relevant og mest riktig i situasjonen. I møte med nye situasjoner bruker eksperten gammel kunnskap, erfaring eller ferdigheter til å møte den ukjente situasjonen og løse denne (Benner & Have, 1995). Selv om Benner brukte begrepene på sykepleiere, kan man se de samme byggesteinene i NOKUT sin «livslang læring» (NOKUT, 2011). NOKUT har gjennom sitt arbeid med å kategorisere og definere livslang læring og realkompetansevurdering, sett på hvilke nivåer eller læringsmål som gjelder for de enkelte nivåer innen utdanningsøylen. Her ser man samme utviklingstrekk, der laveste nivå skal sette sammen kunnskap og ferdigheter. For hvert nivå opp man kommer blir det større krav til egen refleksjon samt det å bruke ferdigheter og kunnskap i et større hele. Kompetanse er beskrevet som evnen til å sette sammen ferdigheter og kunnskap i møte med nye situasjoner eller problemer. Refleksjon og bruk av kompetansen

utøveren sitter på fra før, skal kunne omdannes til et resultat som er formålstjenlig. I livslang læring skal man bevege seg fra å være regelstyrt, til å ha evnen til å analysere og dra nytte av innlært ferdighet og kunnskap. Dette skal igjen settes sammen til selvstendighet og evne til mestring, via kritisk tenkning i samarbeid med andre. Da vil situasjonen man er satt i, kunne løses (NOKUT, 2011).

4 Metode

I dette kapitlet gjennomgår jeg hvordan jeg har gått fram for å utføre studien mest mulig korrekt og transparent.

4.1 Forskningsdesign og metode

Problemstillingen bestemmer metoden (Malterud, 2002). Denne studien skulle utforske og beskrive et tema som i liten grad har blitt studert i forskning tidligere. Derfor var det hensiktsmessig å designe en kvalitativ studie som gir mulighet til å få en oversikt over temaet (Polit & Beck, 2008). Hensikten var å utforske og beskrive hvordan medicene vurderer og forstår en pasientsituasjon som ikke ligner helt det de er best trent til. Intervjuene og måten man gjennomførte dem på ble fasilitert for å skape et refleksjonsgrunnlag, som dermed kunne legge til rette for vurderinger, overveielser og refleksjoner rundt pasientsituasjonen. Analyse av teksten er inspirert av Granheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004). Deres kvalitative innholdsanalyse baserer seg på en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming av tekstanalyse. Fenomenologisk-hermeneutikk har et fortolkende syn på den konkrete teksten. I dette ligger at man som forsker ikke bare beskriver hva deltakerne har fortalt om, man fortolker det de har sagt og forsøker gjennom dette å finne en felles forståelse av det de forteller om sin livsverden (Polit & Beck, 2008, s. 519-522).

4.2 Informasjon og godkjenning av studien

For å få godkjenning fra Forsvarets Høyskole (FHS), måtte avdelingssjefene i de aktuelle avdelingene godta å delta i prosjektet, dette kaller vi i Forsvaret å få villighet. Kravet FHS stilte var kopi av mailer sendt til avdelingssjefene med svar som sa at de stilte med sitt personell. (VEDLEGG 1-4). Mail til de tre respektive avdelingssjefene kom raskt i retur, med positivt svar. Deretter ble godkjenningen fra NSD sammen med mailene fra avdelingssjefene sendt til FHS. Det tok i underkant av en uke fra mailen ble sendt til positivt svar og godkjenning ble gitt.

Jeg mottok tillatelse for studien fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) 30/1-2020 (VEDLEGG 5), og i februar 2020 fikk jeg også tillatelse for gjennomføring av prosjektet fra Forsvarets høgskole. VEDLEGG 6

4.3 Beskrivelse av utvalg

4.3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

De aktuelle deltakerne, altså mediser i Forsvaret, har minst nivå «basic medic» innen førstehjelp. Jeg valgte å ekskludere personellet som er inne til førstegangstjeneste, da tiden disse har til rådighet i utdanning, 12 måneder, kun dekker basisferdigheter innen førstehjelp i strid. Dermed er dette personellet uegnet som informanter da det ikke er forventet at de skal kunne vurdere pasienter i andre settinger. Inklusjonskriteriet ble derfor profesjonelle soldater eller befal som jobber i Forsvaret som mediser på fulltid eller deltid. Videre har jeg ikke skilt på alder, kjønn, hvor lang erfaring hver enkelt medic har, eller hvilken bakgrunn de har før forsvaret. Dette hovedsakelig fordi det ville økt gjenkjennerbarheten, fordi det ikke er så mange aktuelle mediser i Hæren som oppfyller kriteriene.

4.3.2 Rekruttering

Etter at prosjektet var godkjent i alle instanser, sendte jeg ut informasjonsskriv til avdelingssjefene i de aktuelle avdelingene, og ba dem om å informere medicene i målgruppen. Informasjon om eksklusjon- og inklusjonskriterier ble også lagt ved mailen. I samme omgang ble tid og sted for intervjuene koordinert og fastlagt. Det var viktig at disse intervjuene ble lagt til tider som passet med aktiviteten til de avdelingene som skulle delta, slik at det var mulig for flest mulige respondenter å kunne være med.

Deltakerne i studien ble altså rekruttert gjennom kontakt med avdelingssjefer på aktuelle avdelinger i Forsvaret. Ved oppmøte for intervjuene ble igjen informasjon om studien gitt, og signerte informasjonsskriv ble samlet inn. (VEDLEGG 7) Ingen av deltakere har underveis eller senere ønsket å trekke sin deltakelse. Jeg ser at denne

måten å rekruttere deltagere til studien kan ha skapt et press på deltagerne fra avdelingssjefene, men har forsøkt å motvirke det ved måten informasjonsskrivet er skrevet, og ved gjentatte muntlige forsikringer om at dette var frivillig å delta på. Utvalget mitt er strategisk, dette fordi jeg ønsket deltakere som kan gi mest mulig relevante og interessante data om temaet. Innen kvalitativ metode vil hensiktsmessighet være viktigere for utvalget enn ved kvantitativ metode, der representativitet er viktigst (Grønmo, 2004, s. 89).

Når det gjelder antall respondenter sier Dalen (2004) at antallet ikke må være for få til å få tilstrekkelig grunnlag for en meningsfull analyse, men heller ikke for mange fordi analysearbeidet er stort og tidkrevende. Jeg endte altså opp med tre fokusgruppeintervjuer, med henholdsvis 7 og 4 og 4 deltakere i hvert av dem, til sammen 15 deltakere. Det er noe diskusjon rundt hvor store fokusgrupper bør være, ikke for store til at man ikke klarer å holde styr på informasjonsmengden, men heller ikke for små til at interaksjonen mellom medlemmene blir utilstrekkelig (Polit & Beck, 2008, s. 394-395). Jeg opplevde at gruppestørrelsene i studien min hadde hensiktsmessige størrelse både med 7 og 4 deltagere.

4.4 Datainnsamling

4.4.1 Forberedelse

4.4.1.1 Casene

I samarbeid med erfarne leger som både jobber i forsvaret og sivilt ble det utarbeidet tre caser som deltakerne fikk forelagt. (VEDLEGG 8) Casene tok utgangspunkt i pasienter som er typiske pasienter de kunne møtt, utfra hva som er vanlige problemstillinger. Jeg har selv møtt på og vurdert mange lignende hendelser i militær setting, både under øvelser i Norge, men også i internasjonale operasjoner. Pasientene i casene har noe diffuse tegn og symptomer på sykdom og skade, men framstår og er ikke akutt veldig dårlige. Pasientene i casene skulle være relativt stabile i sine vitale parameter. Dette for å få tydeligere fram både medicenes vurdering av

sykdomstilstanden og vurderingene rundt situasjonen, altså at det ikke skulle ende opp i en situasjon der det gjaldt å raskest mulig sette størst mulig venefloner og bare få fraktet pasienten i helikopter bakover til lege eller sykehus. For ytterligere å legge til rette for at medicenes egne vurderinger og refleksjoner rundt situasjonen skulle komme fram, konstruerte jeg en setting for dem der medicene alene støttet en stridsenhet i en skarp operasjon. De var langt fra Role 1, og helikopter må til for rask evakuering til sykehus. Videre tilførte jeg en rammefaktor som tilsa at sjefen for stridsenheten ikke ønsket for mye trafikk inn og ut av posisjonen de var på. Dette er også et reelt moment i denne settingen, og et plausibelt scenario ut fra et operasjonskonsept medicene kunne akseptere og sette seg inn i.

4.4.1.2 Semistrukturert intervjuguide

Jeg hadde forberedt en intervjuguide, men det var mest for å holde en viss struktur på innholdet. Helst ønsket jeg at deltakerne pratet mest mulig fritt rundt casene slik at det ble medicene som ledet an, og dermed deres tanker om temaet som ble framskaffet (Brinkmann & Kvale, 2015; Dalland, 2000; Polit & Beck, 2008). Etter hver case stilte jeg spørsmål om hva medicene tenker rundt pasienten, hva de ønsker å finne ut om tilstanden og hvorfor. Videre var jeg interessert i å få vite om de tenkte at det ville være mest hensiktsmessig ikke å gjøre noe, behandle pasienten på stedet, evakuere til ROLE1 (tilsvarer legevakt) eller ROLE 2 (tilsvarer sykehus). Jeg hadde klart en fasit med inngangsverdier av vitalia på de enkelte caser ut fra hva førstehjelperen ønsker å finne ut, for deretter forsøksvis å utforske hva medicene tenkte rundt casene, hvilke tiltak de tenkte burde gjøres, og hvorfor de kom frem til den konklusjonen. Også når det gjaldt intervjuguiden måtte jeg etter innspill fra veileder endre det opprinnelige skrivet jeg hadde ordnet, jeg hadde nemlig i første omgang laget den for utfyllende. Under selve intervjuene skjønnte jeg godt poenget med å ha den såpass løs. Veldig mye av det jeg sa var å be dem utdype det de sa, spørre hvorfor de tenkte som de gjorde og lignende korte, utdypende spørsmål.

4.4.2 Gjennomføring

Til datainnsamlingen valgte jeg å bruke semistrukturerte fokusgruppeintervju.

Fokusgruppeintervju regnes som hensiktsmessige å bruke når målet er å framskaffe felles erfaringer, refleksjoner og synspunkter i et miljø (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2002; Thagaard, 2018). Deltakerne i hvert enkelt intervju jobber sammen i det daglige og framsto som at de kjente hverandre godt og var trygge på hverandre. Dette var viktig for å understreke at dette ikke var en test på hva de kunne, men at jeg hadde et ønske om å undersøke hvordan de kom fram til det de tenkte. Første intervju «fløt» noe dårligere enn de to neste fra min side, dette tar jeg som et tegn på at jeg antakelig burde ha prøvd et pilotintervju først for øvelsens skyld.

Jeg møtte på avtalt sted litt før alle skulle være på plass og hang opp et skilt med «møte pågår» på døra, for ikke å bli avbrutt, og dermed få en rolig atmosfære over det hele. Papirene jeg hadde tilgjengelig var caser som medicene fikk utdelt og notatpapir hvis noen skulle ønske det. Deretter klargjorde jeg diktafonen og testet denne. Så tok jeg imot deltakerne og takket for oppmøtet. Før jeg startet lydopptak gikk jeg gjennom en utskrift av informasjonsskrivet og forklarte og presiserte hva frivillighet og retten til å trekke seg, også uten forklaring. Deretter forklarte jeg hvilken rolle jeg hadde og presiserte at jeg ikke var tilstede som overordnet eller befal, men at jeg var der som forsker. Det ble ettertrykkelig forklart både muntlig og skriftlig at dette ikke var en test som skulle avdekke den enkeltes kunnskaper, men heller lete etter kjennetegn og mønstre på hvordan de reflekterer over en case, altså ett slags kvalitetsforbedrende arbeid (Ulvik et al., 2016). Taushetsplikt ble forklart som at det som ble sagt i rommet og av hvem, skulle forbli i rommet, også etter anonymisering av utsagn. I tillegg ble det sagt at denne taushetsplikten gjaldt gjensidig deltakerne imellom, men selvsagt også meg. Jeg gikk igjennom hva som skulle skje med lydopptakene, at de kom til å holdes innelåst fram til transkribering, og at jeg selv skulle transkribere dem. Videre fortalte jeg dem at de fortløpende ble anonymisert med nummer under transkriberingen, slik at uttalelsene etter dette ikke kunne knyttes til en stemme. Derfor ville det være svært vanskelig, om ikke umulig, for utenforstående å kjenne igjen og knytte uttalelsene til den enkelte person. Forsikringen om full anonymitet anser jeg som særlig viktig i dette prosjektet, siden jeg faktisk har intervjuet en meget stor andel av de som svarte til inklusjonskriteriene. Etter at alle de oppmøtte fikk muligheten til å stille spørsmål,

samlet jeg inn underskrevne skjemaer som godkjenning av deltakelse. Så startet lydopptakene og jeg gikk først gjennom situasjonen de skulle vurdere casene ut fra og ga mulighet for oppklarende spørsmål. Det virket som alle kjente seg igjen i settingen jeg hadde lagd. Deretter startet jeg med å legge fram første case som begynte med at pasienten oppsøkte medicene på sin arbeidsplattform, en ikke spesifisert evakueringsplattform. Så åpnet jeg for spørsmål der medicene fikk innhente opplysningene de ønsket om det de ville. Hele denne seansen forløp lett i alle intervjuene og jeg merket ingenting underveis som tilsa at respondentene stusset på metoden. Jeg hadde ikke satt noen spesifikk tidsbegrensning.

Intervjuene ble gjennomført i grupperom på to forskjellige militærleire innenfor medicenes normale arbeidstid. Begge steder lå grupperommene i samme bygning som medicene oppholder seg på jobb til vanlig, men likevel på sett og vis utenfor både min og medicenes primær arbeidsplass. I utgangspunktet hadde jeg tenkt å ta feltnotater underveis, men jeg merket ganske fort at det ville bli vanskelig og forstyrrende for helhetsforståelsen og rytmen i intervjuene. Det ble altså ikke gjort notater av meg underveis. Derimot satt jeg av en halvtime rett etter intervjuene til å skrive ned mentale notater jeg hadde gjort underveis. Dette var notater som omhandlet kroppsspråk eller tanker om medicenes utsagn jeg kom på underveis i intervjuene. Dette skulle vise seg å være viktig i etterarbeidet, men med helt motsatt effekt av hva jeg håpet. Det viste seg nemlig at mine notater underbygget den forforståelsen jeg hadde og at jeg etter intervjuet ikke klarte å fange opp det overordnede i materialet. Det ble dermed notater som ikke nødvendigvis oppfylte hensikten med å fange de viktige momentene. Det kom i stedet etter flere runder med gjennomlesning av notater etter tilbakemelding fra min veileder.

Samtalene ble tatt opp på en diktafon, og til sammen ble det ca 3,5 timer lydopptak. Intervjuene ble foretatt i tidsrommet februar 2020 til mai 2020.

4.4.3 Etterarbeid

Jeg tok opp intervjuene på lydbånd, som jeg transkriberte i ettertid. 69 sider tekst var resultatet av transkriberingen. Ordlyd ble i det store og hele ikke endret, men enkelte

dialektord ble fornorsket for å øke forståelse og minske gjenkjennelse. Hver deltaker fikk et nummer for anonymiseringens skyld, i tillegg vil det ikke framkomme hvilket av intervjuene sitatene som er brukt kommer fra. Transkriberingen tok lang tid og jeg måtte hyppig gå tilbake i lydfilen for å være sikker på at jeg skrev det ned helt riktig ord for ord. Slik ble jeg allerede innledningsvis satt godt inn i dataene, noe jeg opplevde som en stor fordel da jeg skulle i gang med analysearbeidet. Etter at jeg hadde transkribert ut alle tre intervjuene, hørte jeg igjen gjennom alt på lydfilene mens jeg leste teksten og fortløpende gullet ut med tusj det som umiddelbart framsto som viktig. Meningen var at det skulle hjelpe meg i analysefasen, men i ettertid tenker jeg at det nok heller virket mot sin hensikt, og at jeg nok ble for påvirket av forforståelsen min så tidlig i arbeidet. Jeg har måttet gå mange runder med analysen etter gjentatte tilbakemeldinger fra veileder om at jeg var for nær materialet, at jeg ikke klarte å få nok avstand til å heve analysen tilstrekkelig. Jeg var nok litt for rask til å fortsette i sporet av egen forforståelse, det medførte en lang periode der jeg egentlig ikke «så» materialet klart. Når jeg først klarte det, framsto det som åpenbart og jeg ser i ettertid at det materialet egentlig sa meg var noe helt annet enn det jeg så for meg. Jeg velger å tolke det at jeg endte opp med et annet resultat enn det jeg faktisk forventet som et positivt tegn på at jeg kanskje har klart så godt som mulig å holde min egen forforståelse på avstand.

4.5 Analyse av data

Den transkriberte teksten på til sammen 69 sider er analysert ved hjelp av tekstkondensering, inspirert av Graneheim og Lundmans kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004). All form for kondensering som analyse for tekst innebærer å bryte det ned i mindre, mer håndterbare deler for å kunne finne forskjellige kategoriseringer eller temaer i teksten man analyserer. Det er vesentlig at man klarer å beholde innholdet i teksten til tross for denne kondenseringen (Malterud, 2002). Graneheim og Lundman (2004) bruker i sin artikkel begrepene manifest og latent innhold, der det manifeste er mer konkret og ligner det deltakerne har sagt, og det latente mer abstrakt, altså «hva handler dette egentlig om?» Det latente innholdet viste seg å lenge å være relativt vanskelig å få tak i for meg. Det løsnet først da jeg fant en

måte å gjøre det på som gjorde det lettere for meg å frigjøre meg fra det manifeste, altså det konkret beskrivende innholdet, og forsøkte å abstrahere innholdet. Etter transkriberingen av intervjuene markerte jeg de meningsbærende enhetene. Kondenseringen ned til koder gikk ganske greit, men i overgangen koder sub- og hovedkategori gikk nok prosessen noe kjapt i først omgang. Jeg kjente igjen de «mentale notatene eller feltnotatene» jeg hadde gjort, og etter veiledning gikk jeg tilbake og så på kodene på nytt. Dermed ser jeg i ettertid at jeg de første rundene kunne vært mer åpen for materialet. Det som hjalp var å prøve å se i helikopterperspektiv, og for hver kode spørre seg selv; «hva handler dette egentlig om?» I denne prosessen så jeg konturene av kategorier og bildet ble stadig klarere. Dette handlet om kliniske vurderinger og taktiske vurderinger. Jeg endte opp med to hovedkategorier. Hovedkategoriene representerte mine funn av hva som kjennetegner medisers vurderinger og forståelse for ikke-livstruende skader og sykdom.

Skjemaene under er vedlagt som eksempel på hvordan jeg endte opp med å gå fram for å kondensere meningsbærende deler av teksten hele veien gjennom til hovedkategori.

Meningsbærende enhet	Kondensering	Koder
<p>Jeg tenker i hvert fall at jeg ville sendt tilbake første og sistemann, han med ankelen får ikke gjort noe særlig uansett, han blir jo bare liggende, og blir jo bare en person til vi må mate, skulle jeg til å si.</p>	<p>Ville sendt tilbake ankelpasienten fordi han bare blir en byrde.</p>	<p>Ser på den skadede som en belastning.</p>
<p>Min erfaring med appendicitt, er at smerten kan flytte seg litt i abdomen, så jeg ville gjennomført sekundærundersøkelse på appendicitt da, og lagt dem på rygg og løfta høyre fot, spurt om det var noe spesiell smerte, ja.</p>	<p>Har erfaring med appendicitt, og vil utfra dette lete klinisk etter tegn på dette. Har fått med seg en måte å undersøke dette på.</p>	<p>Leter tidlig etter en spesifikk diagnose han kjenner til.</p>

<p>Jeg tenker at det kanskje har noe med flere ting, men for eksempel den medisinske erfaringen. Jeg tenker at her ville kanskje en lege hatt litt mer mistanke om hva det kan være utifra at de har hatt mange pasienter som kanskje har hatt samme plagene og da vet man kanskje litt mer hva man kan mistenke. Men i forhold til funnene så er det, i forhold til, du spurte i stad om det var noe vi ville hatt med oss, selvfølgelig ville man hatt mer erfaring, men det er også veldig vanskelig på sånne caser, når det er noe som pågår innvendig, og vitale tegn heller ikke viser veldig mye.</p>	<p>Påpeker sin manglende erfaring når det gjelder medisinske tilstander, og at legen har mer erfaring med dette og derfor lettere kan sette riktig diagnose. Ønsker seg mer erfaring innen «indre medisinske tilstander», men syns også det er vanskelig fordi han ikke SER hva som er problemet og det ikke er veldig klare tegn på vitalia som viser at noe er galt.</p>	<p>Lite tiltro til egen kompetanse fordi han/hun har for liten erfaring.</p>
<p>altså jeg vet i hvert fall med meg selv, at jeg har en tendens til å se hvitt med en gang jeg reiser meg brått opp. Så.... Vurdert ham, han føler seg frisk nå, han føler seg pigg?</p>	<p>Har besvimt selv da han/hun reiste seg fort opp.</p>	<p>Leter etter synlige tegn. Bruker egen erfaring fra lignende tilstander.</p>
<p>Jeg prøver å presentere det, jeg tror jeg gjør det og, både ja og nei, jeg tar taktiske vurderinger som medic, men jeg presenterer det til min lagfører som tar det videre. Da sier jeg; «det verste som kan skje er at den dør innen to timer, og det beste som skjer er at det går helt fint. At det går over, at vi får fiksa det her innen en time.» Så får han ta vurderinga, eller sende det videre. Og det er det som blir løsninga.</p>	<p>Sier at han som medic også tar taktiske vurderinger, men gir en slags klinisk beskjed om pasienten til lagføreren sin for at han kan ta det videre til sine sjefer som igjen tar den taktiske beslutningen.</p>	<p>Lar andre ta ansvaret for taktisk vurdering</p>

Figur 4: Eksempel på kondensering ned til koder.

Kode	Subkategorier	Hovedkategorier
Bruker egen erfaring fra liknende tilstander	Erfaringsbasert vurdering og magesfølelse kontra objektiv klinisk vurdering av pasient	Klinisk vurdering
Liten tiltro til egen kompetanse fordi han/hun har for liten erfaring		
Leter tidlig etter en spesifikk diagnose han/hun kjenner til.		
Leter etter synlige tegn.	Bruker kompetansen de er trent i fra traumedrill	
Ser på den skadede som en belastning	Ser pasienten som underordnet i taktisk helhet og mulighet for å bruke restkapasitet til å fortsette oppdrag: kampkraft	Taktisk vurdering
Lar andre ta ansvaret for ansvaret for taktiske vurderinger	Ønsker ikke ta taktiske vurderinger	

Figur 5: eksempel på kondensering fra kode til hovedkategori

I analysearbeidet har jeg lagt vekt på å i størst mulig grad prøve å holde meg til de intervjuedes egne mening av det man forsker på, å la deres syn på temaet være det som når fram til leseren (Burkett & Godkin, 1983; Malterud, 2002).

Kvalitativ forskning vil altså ikke være generaliserbart på samme måte som man kan påberope seg i kvantitativ forskning, men det utdyper hva disse menneskene, altså «ekspertene på det å jobbe med dette» mener er viktig å få fram om fenomenet. Hvis jeg har lyktes håper jeg arbeidet kan leses med en viss overførbarhet til andre. Spørsmålet som er viktig i en slik analyse er om man virkelig kan forstå et annet menneskes virkelighetsoppfattelse, altså kan jeg, som erfaren sykepleier, forstå hva medicene sier om dette temaet? For å gjøre dette mest mulig oppnåelig ble det vesentlig å legge bort så mye av forforståelsen som mulig.

4.6 Forskningsetiske vurderinger og min rolle som forsker

Jeg forsker på sett og vis på egen arbeidsplass. Under intervjuene ville jeg kunne oppfattes som en overordnet (Norsk senter for dataforskning, 2018). Jeg er over tjue år eldre enn den yngste deltageren, og Forsvaret er svært hierarkisk oppbygd. I den daglige tjenesten har jeg en stilling der jeg har en høyere grad enn de jeg intervjuer og i enkelte situasjoner har jeg tidligere veiledet, gitt opplæring og bedømt prestasjoner hos alle eller de fleste av deltakerne. Dette kunne blitt et problem i forhold til hvor mye og god informasjon jeg fikk i datainnsamlingen (Lyons, 2018). På en annen side kunne det at jeg er kjent for informantene gjøre at de er vant med meg, som de er vant med spørrende veiledning i andre øvelser i den daglige tjenesten. Forsvarets sanitetssoldater er kjent for å være flinke til å stille opp for forskning (Øverberg, 2015), og jeg håpet og opplevde at dette gjorde det lettere å få innpass hos aktuelle respondenter. Jeg tror selv jeg har et godt rykte på arbeidsplassen, og ikke oppfattes som et befal som er ute etter å ta noen fordi jeg har muligheten til det, dette ble også gjentatt flere ganger under intervjuene. Jeg har arbeidet lenge med å utdanne medicere og har helt klart mine personlige meninger om hvordan en medic skal kunne tenke. Dette kunne helt klart påvirke meg under intervjuene. Selv om jeg i størst mulig grad prøvde å være bevisst på å lytte til det de sa, så kan jeg nok aldri bli helt objektiv i møte med uttalelsene fra deltakerne. Likevel vil jeg nok se det hovedsakelig som en fordel at jeg forstår godt og er

vant til hvordan mediser uttrykker seg og hvordan de kjenner på ansvaret de har som uautorisert helsepersonell. I følge Thagaard (2018) kan det være en stor fordel at forskeren innehar kunnskap om det det forskes på, det vil kunne lette prosessen med å finne ut hva som er mest relevant å konsentrere seg om. Temaet ble tatt opp på et masterseminar, og noen av tingene vi snakket om i den sammenhengen er at fokusgruppeintervju framfor intervju av en enkelt kanskje gjør at makten forrykkes litt, de blir mange sammen mot meg. Videre er det jeg som kommer til dem, og ikke motsatt. Jeg la stor vekt på å være vennlig i min framferd, og ikke vise noen annen respons enn interesse for tankene deres, også når de gikk helt andre veier enn det jeg forventet. Temaet det her er forsket på går også via en «tredjepart», nemlig casene. Dette handler om medicenes vurderinger, ikke deres «tanker om et følsomt tema», noe jeg håper har vært med på å minske presset på deltakerne.

5 Presentasjon av funn

Deltakerne skiller mellom «traumer» og det de kaller «indremedisin». Alt som ikke går under den tradisjonelle traumebiten medicene er så godt trent på, omtaler de som «indremedisin». Funn i denne studien tyder på at de alene ute i felt opplever å bli satt til å gjøre vurderinger innenfor et fagfelt de egentlig ikke behersker. Deltakerne gir uttrykk for at de står overfor forholdsvis kompliserte vurderinger innen «indremedisin» uten at de innehar verken nok kunnskap, ferdigheter eller den nødvendige kompetansen til å ta gode vurderinger.

Gjennom analysen av data har jeg kommet fram til to hovedkategorier som kjennetegner medicenes vurderinger og forståelse i møte med sykdom og ikke-livstruende akutte skader i Forsvaret. Det første hovedfunnet er at den kliniske vurderingen for denne typen pasienter, i mangel på kunnskap om emnet, hovedsakelig tas utfra magefølelse og den erfaring hver enkelt medic har tilegnet seg. Det andre hovedfunnet er at vurderingen om hva som deretter skal skje med pasienten, om den skal evakueres bakover eller sendes tilbake til arbeid, tas utfra hvilken situasjon de står i. Det foretas altså en taktisk vurdering som avgjør hva de velger å gjøre med pasienten.

5.1 Kliniske vurderinger tas hovedsakelig på bakgrunn av personlig erfaring og magefølelse

I alle tre casene var det tydelig at vurderingene på hvor syk pasienten var eller ikke var, hovedsakelig ble basert på om de kunne kjenne igjen symptomene eller tilstandene som noe de eller andre de kjenner til selv hadde hatt. Særlig uttalt var dette i casene med pasienter med henholdsvis magesmerter og synkope, som også var de to casene medicene syntes de hadde minst kunnskaper om. Noen eksempler på dette kommer nedenfor:

12: «Det er jo lett da, hvis du reiser deg opp for fort, og har spist lite og hvis du har drukket mye kaffe også liksom, så....»

14: «Ja jeg har gått rett i bakken jeg, etter sambandsvakt, der jeg skulle kjappe meg med å tisse før vi bytta, det skjer. Nå snakker jeg mest av erfaring da.»

14: «ja, jeg og tenker litt sånn, på bakgrunn av at man har jo vært på øvelse sjøl da, hatt litt vondt i magen, eller de man er på øvelse med har hatt det, ja, alt er jo normalt da, bortsett fra litt magesmerter, og av og til så blir man jo litt kvalm da, og kaster opp og ikke vil spise, men så begynner man jo liksom å spise, også går det jo greit.»

13: «Man kan jo bli ganske hard i magen av FR, for eksempel. Hvis det hadde vært diare da, så kunne det kanskje vært fuel. Fått i seg noe man ikke skal få i seg.»¹²

Informantene kom gjennomgående med personlige erfaringer som de brukte for å kjenne igjen symptomene og forklare for meg og seg selv hva dette er og at symptomene de sto overfor var mer av en vanlig, ufarlig art. Det viser uttalelser som antyder at «dette har jeg selv opplevd og det gikk bra». De aner nok at det pasienten står overfor ikke er farlig og begrunner dette med egne lignende opplevelser som har gått bra. Uttalelsene med personlige erfaringer ble såpass påtakelig at jeg valgte å følge det opp, til tross for at jeg ikke hadde tenkt på dette som en mulighet da jeg lagde intervjuguiden. Medicene bekrefter da at vurderingene de gjør ikke er kunnskapsbasert:

Bengt: «Hvis jeg spør på denne måten her da, hvor kunnskapsbasert kontra erfaringsbasert eller magefølelse har dere tatt avgjørelsen på nå? Altså, hvor ligger dere hen? Føler dere at den er kunnskapsbasert, at dere har sikre tegn på at det her er normalt, eller er det noe dere føler på og tenker ut fra egen erfaring dere har og den erfaringen dere har fått på hospitering og sånn?»

¹ FR= Feltrasjon. Tørrmat som blandes med vann.

² Fuel=drivstoff, for eksempel til stormkjøkken eller varme i teltet, noe som er lett å få på hanskene eller hendene og dermed innta, og som kan gi kraftig diare.

13: «Jeg tar mest litt fra egen erfaring. Fra når jeg har vært i felt med hard mage og har slitt med å gå på do.»

8: «Et eventuelt EKG ville jo sikkert gi utslag på om det er et dobbeltslag. Jeg kobler litt opp til en i familien som hadde en liknende hendelse nå nettopp, han er jo like ung som han her, og da er det liksom et sånt dobbeltslag på hjertet da. Han hadde reist seg opp, svima av, våkna opp og følte seg fin.»

Bengt: «Ja, så personlig erfaring? Du knytter det inn i den casen her?»

8: «Ja.»

10: «Ja, det blir jo litt personlig erfaring, men det skjer jo fra tid til annen at folk besvimer uten at det er veldig mye som legger til rette for at de skal det.»

Bengt: «ja, at det ikke er noe underliggende sykdom?»

10: «Ja, det skjer jo. Jeg vet jo at folk som har vært på butikken, også plutselig så, så har de så å si svimt av uten at... I forhold til sånn jeg vurderer det, så er det ikke her noe som tyder på at man trenger å være veldig bekymret, han har sittet lenge i ro, og vært veldig påskrudd, og fått masse koffein og sukker, også når han plutselig reiser seg da så kan det rett og slett være en reaksjon fra kroppen uten at egentlig er noe veldig mer forklaring der da.»

I stedet for objektive vurderinger tatt med bakgrunn i de undersøkelsene de har gjort, tyr de til gjenkjenning av mønster og setter dette i rammen av hva de selv tidligere har erfart, direkte eller indirekte. Også der tvilen meldte seg, på at dette kunne være noe alvorlig, som de bare ikke helt klarte å identifisere, ble egenerfaring brukt:

3: «Det er smerten da... Hvis hun melder opp til 5 av 10 vondt, og hun har sikkert hatt vondt før. Så er jo det ganske høyt. For mageknip. Har hatt noen vonde bæsjer selv, men ikke 5 av 10.»

I de casene og situasjonene de er ganske sikre på at handler mer om ubehag enn sykdom, forklarer de det med egne lignende opplevelser. De samme slutningene gjøres

også der de er mer usikre og tanker at det kan ligge mulig alvorlig uoppdaget sykdomstegn bak. De forenkler altså utfra egen erfaring, uten klinisk dokumentasjon.

5.1.1 Traumedrill

Medicine er drillet i en systematisk arbeidsmetode når det gjelder å undersøke og behandle traumepasienter, og de adapterer denne til den «indremedisinske» pasienten, men erfarer likevel ikke fullt ut at de har grunnlag for å gjøre riktige vurderinger.

Dataene kan tyde på at de selv ikke synes de har nok kunnskap om hva de faktisk leter etter. I mangel på riktig verktøy henter de fram den vante traumedrillen for å lete etter røde flagg de gjenkjenner, som blod, eller ekstreme smerter.

9: «Ja, hvis vi kunne sagt at, stump traume, eller vi ser at det er tydelige misfarging på abdomen, eller at magen er steinhard, eller noe sånt.

Bengt: ja, steinhard mage, hva er det det ville forteller dere da?

9: Mer enn at den, på en måte, er helt normal. Jeg ville ha reagert på det.»

Bengt: «Hva tenker dere skulle blitt verre da? I denne casen her? Hva ser dere for dere?

Altså hvis vi tenker verre, hva slags utvikling ser vi da?»

1: «I verste, ja....»

3: «Mer smerter....»

Bengt: «mer smerter...»

3: «Ja, og kaster opp mer da. Og blodig avføring. Kanskje?»

Bengt: «Ja. Hva tenker du da? Blodig avføring... Hva tenker du da har skjedd på en måte?»

3: «Jeg tenker ikke da på noe konkret, jeg tenker bare at da ville det...»

Bengt: «Det er et faretegn?»

1: «ja, da ville det sett mye verre ut da. Ihvertfall, med den informasjonen vi har.»

Bengt: «Ja. Ja.»

1: «Forsterke mistanke om sepsis, og lignende. Eh, ja.»

Medicene ønsker seg klare tegn på at noe er galt. Under en del av et intervju der man diskuterte hva som skulle til for at de skulle være sikre på at de måtte sende pasienten bakover, ble det nevnt høyere feber, sterkere smerte, eller klar skademekanikk, som i en traumesituasjon:

Bengt: «ja, vært en del trafikk på nettet, jobba jevnt og trutt, spøkt og, vil ikke si kost seg, men normal aktivitet egentlig. Hvorfor spør du om det?»

9: «Nei, om han har følt seg uvel så kan det jo hende det er noe som holder på å ulme.»

Bengt: «ja, hva tenker du på spesielt da?»

9: «Første som slår meg her da, hvis det har vært noe hodepine, eller han har vært noe uklar, synet, evt hørsel...»

Bengt: «hva tenker du det skal være et tegn på? Hvis det hadde vært det? Nå er det ikke det altså.»

9: «nei, der altså, så kan man jo tenke: har han vært utsatt for et traume da? Slått hodet, eventuelt hjernerystelse...»

Bengt: «nei, ikke noen sånne episoder de siste 6 mnd.»

9: «Er det noe som har leda opp til.... Før denne besvimelsen, har han følt seg uvel?»

Bengt: «nei, ikke uvel på noen som helst måte.»

9: «Vært klar i toppen? Nei.... Synsforstyrrelser, kanskje han har fått i seg noe, forgiftning...»

Fokuset på stridsrelaterte traumer tar dem gjentatte ganger tilbake til traumedrillen, og de forsøker hele tiden å gjenkjenne årsak og virkning i lys av denne. Sykdom og det de kaller indremedisin er såpass fremmed og ukjent at de tenker at de undersøkelsene de har gjort og funnene de har ikke kan relateres til sykdomstegn, og om pasientens tilstand er stabil eller ikke stabil. Som medicen i neste avsnitt beskriver er det veldig vanskelig for dem å tro på de resultatene de har funnet og fått i undersøkelsen og anamneseopptak:

2; Altså, det jeg syns er vanskelig er at det kan være, det kan være galle, bukspytt, milt, buk, til bare å være at man er stressa da, eller redd da, hvis man er i et krigsscenario her sånn. Så er det mange faktorer som påvirker da, som er ikke som hjemme, rolig, sitter i sofaen og slapper av, hvis det da oppstår noe akutt så tenker jeg, da er det brått noe mer tydelig medisinsk tenker jeg. Mens her er det veldig mange faktorer som spiller inn da, som gjør det vanskelig å avgjøre.

Bengt; og dere har, hvis jeg prøver å sammenfatte det litt, så har dere ikke fått noe svar på de undersøkelsene dere har gjort som gjør dere sikre. Eller på en måte vipper dere i en aller annen retning.

2; Nei

4; Nei, ingen kardinaltegn liksom, ikke noe 10 på VAS, eller blodtrykk på 80/20, det er liksom, alt er så diffust.

6; Men så er det litt vanskelig også, for vi har på en måte ikke så veldig mye å knytte de funnene til.

Bengt; hva tenker du på da?

2; Altså, selve, nå snakker jeg for utdanningen min, men jeg har egentlig ikke hatt så veldig mye om medisinske tilstander, og hva er på en måte «red flags» med de? Og hva med funn? Så jeg har på en måte ikke noe, det jeg har funnet på denne pasienten, å knytte det til. Nødvendigvis. Jeg kan spekulere, men, ja.

Bengt; det blir mer spekulasjoner altså, magefølelse altså?

2; Ja.

I mangel på kunnskap om emnet tyr de altså til magefølelse og knytter det til egen erfaring om liknende tilstander de selv eller noen de kjenner har hatt, for å vurdere om pasientens tilstand er farlig eller ikke. I alle intervjuene startet medicene hver case med SAMPLER-utspørring, men det var sjelden eller aldri at de fullførte hele før en beslutning ble tatt på om dette var alvorlig eller ikke. Her fra casen om pasienten som synkoperte:

10: «Jeg er enig, det er sånn som kan skje alle, trenger ikke være sjuke for å få blodtrykkfall.»

Bengt: «Så det er ikke noe mer dere har behov for å vite om pasienten, for å utbedre det synet? At dere tenker dere har et godt bilde på pasienten og...»

12: «Kan være greit om, om han har noen i familien med noen kjente sykdommer?»

Bengt: «Ja, far har gjennomgått en operasjon, litt uvisst når, men det var etter et hjerteinfarkt. Hva tenker dere rundt det?»

12: «Tenker ikke at det har så mye sammenheng med dette.»

10: «Altså, han er jo selektert for å komme inn, 25 år, typisk i sin beste alder, så selv om faren har blitt hjerteoperert, så... Ja, han KAN jo ha, det KAN jo være noe familiært, og ofte besvimer man jo fordi det er noe underliggende, men det trenger jo ikke være det i det HER tilfellet.»

Medicine stiller hele tiden fornuftige spørsmål, spørsmål som kan ha betydning, men de klarer ikke omsette dette til nyttig informasjon og bruke dette i en begrunnet vurdering.

5.1.2 Når alt kan være alt

Mye av jobben til medicine i fredstid består i å trene på jobben sin, så de er best mulig rustet til den dagen de står ovenfor en virkelig pasient. I tillegg til å trene på vurdering og behandling av traumepasienter trener de også på «indremedisinske» pasienter. Også her er fokuset på at pasienten er, eller blir, katastrofalt dårlig. Dette påvirker dem i vurderingene når de står alene:

2; «Også, for min del da, så går det litt på, i hvert fall, alle andre caser med magesmerter og komplikasjoner da, så... Blir de verre? Så, det ligger litt i måten man trener på, at de alltid blir dårligere da. Og det er kanskje noe som gjør at man, i hvert fall jeg da, tenker meg lenger om på sånne ting da, tenker at, på en måte, at det ikke blir bedre, men at det plutselig blir mye verre da, at det blir en kritisk tilstand. Så, jeg vet ikke om det gjelder flere? Men i hvert fall, mitt tankesett er det da, alle gangene jeg har vært borte i det da, så har det blitt veldig dårlige pasienter, og da er det veldig lett å trekke samme konklusjon da.»

Respondenten kommer her med uttalelse som tyder på at treningen de gjør er ofte på stridsrelaterte traumer, men de få gangene de har medisinske problemstillinger har de erfaring med at pasienten uten unntak blir dårlig. Dette tyder på at de har mottatt trening og øving som har bygget opp under mystikken ved indremedisin. Når man ikke kan se blod eller observere sterke smerter og så videre, er det alltid noe som kan skje. I motsetning til stridsrelaterte traumer hvor du ser blødning og finner tilfredsstillende blodtrykk og puls, bevissthet og man tenker at pasienten er stabil, så er det noe annerledes med indremedisin. Selv om du har parametre som akkurat nå er gode nok, så kan du aldri dra slutning om at dette ikke er alvorlig, for det straffer seg.

Eller som en av de andre deltakerne sa det:

1; «Jo, for min del så er det hvor sikker jeg er i min sak. Siste casen her, med mulig brudd ankel, der føler jeg meg ganske komfortabel med å sende ham tilbake til teltet, i og med at jeg ser det, jeg ser hva som er problemet. Jeg ser isolert sett hva som er problemet. Mens de to andre casene, så har jeg.... Jeg står fortsatt ved mine initiale vurdering, men jeg har fortsatt en liten tvil i bakhodet. På at, det kan være noe, det kan være noe mere, det kan være noe verre.»

Ved mistanke om brudd eller overtråkk ankel synes det litt lettere å slå seg til ro med at dette ikke nødvendigvis har livstruende konsekvenser. Det at de kan se skaden og isolere den til en del av kroppen. Dermed er det lettere å ha kontroll på pasientens tilstand, og faren for forverring oppleves ikke like overhengende. Men selv da er det alltid en tvil der om at dette kan utarte seg til noe verre.

I denne studien har man ikke sjekket ut konkret hvilke kliniske ferdigheter den enkelte medic har, om de faktisk kan undersøke om en mage er trykk- eller slippøm, om et EKG de har tatt er normalt, om de kan gjenkjenne normale tarmlyder eller om de faktisk kan måle blodtrykk og sjekke puls på riktig måte. I stedet har man gitt dem opplysninger om dette til hvert enkelt case hvis og når de har etterspurt det. Det studien derimot viser er at selv når de får oppgitt kliniske tegn og ikke trenger å vise at de behersker å framskaffe det selv, så er det vanskelig for dem å knytte dette sammen til indiksjoner på

alvorlighetsgrad. Slik de opplever det i denne studien kan det virke som om alle tilstander potensielt plutselig kan være svært alvorlige eller til og med livstruende. De har gjennom trening og hospitering andre steder fått med seg kunnskap om mange røde flagg det er viktig å sjekke ut, men klarer ikke helt å bruke informasjonen de får. Det kan virke som om de ikke føler seg trygge nok på egen kompetanse til å stole på de tegnene de faktisk finner.

5.2 Vurderinger tas i sammenheng med aktuell taktisk situasjon

Den andre hovedkategorien som tydelig utkrystalliserte seg i analysen av data var hvor viktig den taktiske vurderingen var for medicene:

2: *«Vil bare legge til at det er jo ikke en tilstand jeg er komfortabel med.»*

Bengt: «Nei.»

2: *«Men, med tanke på at det vil virke negativt på avdelinga framover, så ønsker jeg derfor å observere, og ha ganske lav terskel da, på å sende pasienten tilbake. Som tidligere nevnt, ved blodig avføring, eller unormale vitaliamålinger.»*

Deltageren her kommer med noe jeg fant gjennomgående i datasamlingen. Medicen opplever at oppdraget og føringen fra den taktiske sjefen om begrensnig av trafikk og evakuering som så tungveiene at selv om medicen er ukomfortabel med å ha pasienten, så gjør han det ikke. Og selv om han sier at det er lav terskel for å evakuere senere, legger han til at dersom han faktisk skal gå til det skrittet så kreves det veldig tydelige symptomer, slik som blod representerer for dem.

I hvert av casene ble det diskutert om vedkomne pasient kunne fortsette å gjøre jobben sin, eller om han/hun kunne fortsette å jobbe, bare med noe annet:

Bengt: «Hva sier liksom de målingene dere har tatt nå da? Hva sier det dere om pasienten, i forhold til det, situasjonen til pasienten, eller situasjonen dere befinner dere i?»

5: «Vil jo si at, eller melde da til sjefen, at soldaten kan brukes aktivt, eller kan brukes i striden ved behov, jeg tenker litt på den taktiske vurderinga, at den kan benyttes, men primært holdes isolert da, med tanke på eventuell smitte da, hvis det skulle være noe fare for det. Men at soldaten ikke brukes i driftstjeneste, men ved behov.»

1: «Også sistemann, han som synkoperte, i og med at han har sittet i seks timer sambandsvakt, så er nok jo den gjengen allerede ganske pressa, og at vi må ha folk, så hvis han forsvinner igjen, så kan jo kanskje problemet oppstå hos noen andre da. Så han ville jeg nok kanskje ha vært mere kritisk til, og bare fått i nok, tatt nytt blodsukker, sett at det var fint, også må han heller ha kortere rulleringer.»

Deltakerne tenker på pasientens ve og vel, men den taktiske situasjonen overstyrer pasientens situasjon. Medicene har en viss oversikt og gjør vurderinger opp mot oppdraget. De tenker så langt at til og med smittevern taler mot at pasienten med magesmerter skal blandes med andre slik at avdelingen ikke blir smittet dersom pasienten skulle være smittebærer. Altså, oppdraget går først. Troskap mot oppdraget ble løftet opp som særdeles viktig i alle intervjuene:

7: «Ja, for det vi lurer på egentlig er, er det brudd eller er det overtråkk? Og....»

Bengt; «ja, det er det du lurer på?»

7: «Ja, det er jo det vi lurer på. Men siden det da er krig, og vi da er i for eksempel Finnmark, så forandrer ikke det handlingsmønsteret vårt noe særlig da. Vi kommer jo ikke til å sende ham noe sted uansett.»

Bengt: «Nei?»

7: «Så lenge det påvirker operasjonen negativt.»

5.2.1 Medicene ønsker ikke å ta beslutningene alene

Slik man trener og har øvelser i Forsvaret i dag så står ikke medicene uten noen med mer utdanning og erfaring bak seg. I det minste har de nesten alltid muligheten til å ringe en lege for å konferere. I denne studien lå nettopp det at de skulle vurdere

pasienten uten den mulighet som et premiss, og det var et klart og tydelig ønske fra dem at de skulle ha tilgang til enten å konferere, men aller helst kunne sende bakover alle som kom med en eller annen plage:

6: «Nei altså, hvis du først har muligheten, og det ikke er stor ulempe for operasjonen, så er det så klart både godt for en sjøl, eller, i fall det skulle være noe da. Så er det godt at her har noen med mer kompetanse enn meg sett på i hvert fall.»

Bengt; «Ja. Så dere tenker at det er hensynet til operasjonen, og draw backene der, det er mer det som holder dere tilbake enn tilstanden til pasienten, eller....? Hvis dere skjønner hva jeg mener?»

6: «Vi vil jo at avdelingen skal fungere da. Så, så langt, på en måte, man vil jo helst ha folk så lenge som mulig, men hvis det er noen som må evakueres så må man jo det på en måte. Men, man vil jo helst at noen andre skal se på, eller ta over til slutt, alle pasienter du har da.»

Her kan uttalelsene antyde at dersom man skal gå til det skritt å evakuere eller skape friksjon for oppdraget, så er det godt at noen med kompetanse på dette området tar avgjørelsen. Det er et stort skritt å ta, dersom man er usikker. Dette sier meg at de er klar over egne mangler og at de helst ikke ønsker å stå i dette med dagens kompetansenivå.

Om ikke en annen med helsebakgrunn skulle ta avgjørelsen, så ønsket likevel medicene at noen andre skulle ta ansvaret for når man skulle evakuere pasienten eller ikke:

11: «Vi var på alarm-øvelse oppe på GP.»³ «Det tok fire timer å evakuere en person fra GP til Alta, og Finnmark er jo enda lengre, så det er snakk om enorme distanser. Og det vil kreve veldig mye ressurser. Så automatisk, når du vet at det er en operasjon i Finnmark, alt går ned igjen til grunnen til at vi er der, det syns jeg veier opp for den eventuelle skaden her da. Hadde det vært såpass alvorlig at vi kunne konstatere at det er et brudd, da hadde det vært øyeblikkelig helikopter.»

³ GP=Garnisonen i Porsanger, Finnmark.

Bengt: «Ja, så terskelen for å si at pasienten må vente, den er lav. Forstår jeg dere riktig da?»

11: «Ja, det er i hvert fall min mening.»

Bengt: «Altså terskelen er HØY for å si at «nå skal vi ta affære!» Dere må være ganske sikre på at det er noe gærent?»

11: «Ja, når det er et slikt oppdrag så mener jeg at det er en større terskel da, for å....»

Bengt: «Du skal være mer enn 50% sikker på at det er noe gærent?»

11: «Ja, det mener jeg.»

8: «Jeg prøver å presentere det, jeg tror jeg gjør det og, både ja og nei, jeg tar taktiske vurderinger som medic, men jeg presenterer det til min lagfører som tar det videre. Da sier jeg; «det verste som kan skje er at den dør innen to timer, og det beste som skjer er at det går helt fint. At det går over, at vi får fiksa det her innen en time.» Så får han ta vurderinga, eller sende det videre. Og det er det som blir løsninga.»

Bengt: «så da leser jeg at du må være rimelig sikker før du roper «ALARM» på en måte?»

8: «Ja.»

Igjen kommer vegringen mot å ta en avgjørelse uten å være sikker på om pasienten er alvorlig syk, eller syk men ikke alvorlig, eller at pasienten kun opplever et ubehag. Vel vitende om at denne vurderingen har konsekvenser uansett hva de bestemmer seg for, legger de den vage vurderingen over på noen andre.

6 Diskusjon av funn

Denne studien tar for seg hva som kjennetegner medicenes vurderinger og forståelse i møte med pasienter som ikke har stridsrelaterte eller livstruende traumer. Jeg diskuterer her hovedfunnene, nemlig at medicene baserer den kliniske beslutningen hovedsakelig på personlig erfaring, og at den taktiske vurderingen har stor betydning for hva som gjøres med pasienten. Videre vil jeg diskutere hvilken betydning disse funnene har for Forsvaret som organisasjon. Til slutt vil jeg diskutere studiens metode, reliabilitet, validitet og relevans.

6.1 Kliniske vurderinger

Litteraturen viser oss at historisk sett er sykdommer og ikke-livstruende skader årsaken til at svært mange soldater blir fjernet fra aktiv tjeneste (Andersen et al., 2016; Le et al., 2018; Pollard et al., 2017; Schermann et al., 2017; Teyhen et al., 2015). Medicene sier selv i datamaterialet mitt at de ikke har nok kunnskap om «indremedisinske tilstander». Dette samsvarer også med funn gjort av Lyons (2018). Lyons fant at medicene mestret dårlig blant annet oppgaver som å vurdere og rapportere videre funn om samme pasientgruppe som casene i denne studien omhandler. Faktisk hadde de så lite kunnskap om disse temaene, at de hadde gitt opp å utføre oppgaven. Medicene i min studie har på ingen måte gitt opp, men for å løse oppgaven de er satt til tar de i mangel på direkte kunnskap om temaet i bruk personlig erfaringer. Enten ved at de selv, noen i familien eller andre de kjenner til har hatt samme type symptomer eller hendelser som pasientene i casene de fikk forelagt, eller at de har sett noe liknende på hospitering eller andre steder.

Til tross for at medicene i denne studien sa at de manglet kunnskap, og dermed gikk over til å vurdere casene utfra personlig erfaring, er det de ender opp med å si om hver pasient ikke nødvendigvis alltid helt galt. Og mye tyder på at de ikke er så uvante med å vurdere pasienter. De starter på gode, systematisk anamneseopptak i alle tre casene. De sjekker vitalia der det er relevant, og har mange gode innspill når det gjelder hva slags fysisk undersøkelse man kunne utført i forhold til casene de blir satt til å vurdere.

Likevel ser man at de syns det blir vanskelig å vurdere om de står overfor farlige tilstander eller ikke. En slik mønstergjenkjenning som arbeidsmetode er på ingen måte unikt for medicene. Dette samsvarer på mange måter med slik en arbeidsmetode mange dyktige klinikere bruker (Benner & Have, 1995; Christiansen, 2016, s. 71). Likevel vil en erfaren lege eller annen helsearbeider, en ekspert i sitt fag, gjerne ha et annet faglig nivå å støtte seg på, samt som regel langt mer erfaring i antall pasienter de har tilsett. Dette vil være med på å gjøre mønstergjenkjenning som arbeidsmetode tryggere enn slik det nå brukes av medicene. Medicene er å regne som noviser når det gjelder «indremedisin». De bør derfor være varsomme med å bruke ekspertenes vurderingsmetoder (Benner & Have, 1995; NOKUT, 2011).

Det å kunne behandle livstruende skadde etter traumer, er hovedfokuset for Forsvarets sanitet, og dette kan norske mediser mye om (Blix et al., 2017; Øverberg, 2015). I denne studien finner man i stor grad tegn til at medicene i tillegg til personlig erfaring, forsøker å overføre kunnskap de har fra traumedrillen til vurderingen av «indremedisinske pasienter». Når pasienten med magesmerter ankommer medicen, så er to av tre grupper raskt ute med å spørre etter om pasienten har misfarging av mage, som er et tegn de er vant til å se etter i traumedrillen. Også i caset med pasienten som besvimte, prøvde de på forskjellig vis å finne fram til at han hadde slått hodet, til tross for at det forøvrig ikke var noen tegn eller historikk på dette. Gjennom undersøkelsen av pasientene leter de etter blod, både blødninger man kan se med det blotte øyet og indre blødninger, og blod alene er flere ganger angitt som et tegn på alvorlig sykdom uten at medicene kan underbygge dette videre. Medicene i studien tar altså i bruk det de kan fra traumedrillen, men det synes likevel vanskelig å overføre kunnskap fra dette ene spesialfeltet traumer til den mer «indremedisinske» pasienten. I et av eksemplene jeg har vist til i kapittelet «Presentasjon av funn», sier en av deltakerne at han mangler kardinaltegn på at noe er galt, som et blodtrykk på 80/20, eller VAS 10, han opplever det som at han ikke har noe å knytte de funnene han faktisk har til. Jeg våger meg på påstanden at hvis det var et mulig traume han vurderte og fant de vitaliaene han fikk i caset med magesmerter⁴, da hadde han tatt dette som en positiv markør på at

⁴ Blodtrykk 120/80.

blodtrykket her og nå var stabilt. I mangel på kunnskap om «indre medisinske tilstander» tør altså ikke medicene alene å stole på funnene som tilsier at pasientens tilstand ikke er alvorlig.

6.2 Taktiske vurderinger

Et viktig skille og poeng mellom medicenes ansvar og sivilt prehospitalt ansvar er at i det sivile ligger fokus stort sett på den enkelte pasients ve og vel alene. Medicene må imidlertid også tenke på hva som er hensiktsmessig for å opprettholde stridsberedskap (Hærens våpenskole, 2018). Forsvaret er en stor arbeidsplass, og selvsagt underlagt lovverket i helse-, miljø- og sikkerhet (HMS). Det betyr at det i fredstid blir vanskelig å trene skarpt på det å holde pasienter med sykdomstilstander eller småskader tilbake i tjeneste på grunn av operative behov. Blir noen syke eller får skader i tjenesten, har de som alle andre i samfunnet ellers krav på riktig behandling og eventuell sykemelding. Forsvaret i fredstid er dermed underlagt et krav om at skader eller sykdom skal evakueres til lege, eller i hvert fall noen med høyere og mer formell utdanning enn medicene selv. Samtidig er medicenes jobb å trene på å holde de som faktisk kan kjempe videre tilbake, og/eller eventuelt gjøre mindre tiltak eller anbefale lettelser, slik at soldatene med disse tilstandene kan fortsette på post og ikke belaste systemet. Dette dilemmaet er i fredstid med på å skape en forståelse av og innvirkning på medicene sine vurderinger av disse pasientene. Antakelig burde man i det minste hatt dette tydeligere oppe som tema i undervisning, øvelser og utvikling av hærens mediser.

«Målet med sanitetstjenesten er å:

- a. Forebygge sykdommer slik at stridsevnen kan opprettholdes*
 - b. Gi effektiv hjelp til syke og sårede for mest mulig å begrense skader og tap av personell*
 - c. Forhindre at syke og sårede sinker avdelingene og belaster troppenes moral»*
- (Hærens våpenskole, 2018, s. 15)

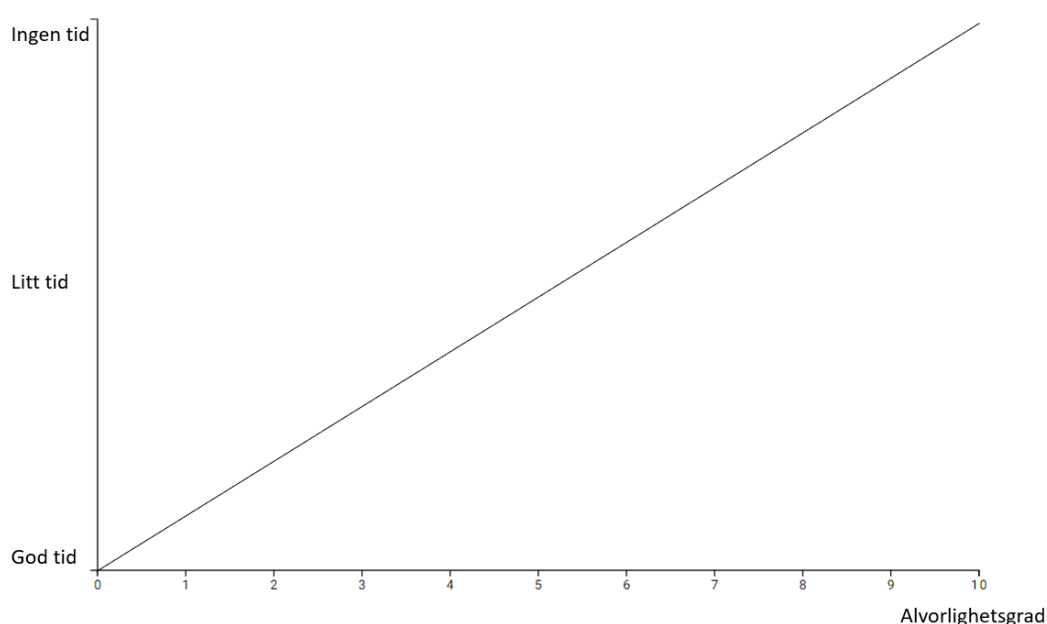
Oppsummert kan dette sies som at et hovedpoeng med sanitet i Forsvaret er å skape og opprettholde kampkraft. En effektiv måte å gjøre det motsatte av å skape kampkraft på,

vil derfor være å evakuere bort soldater og andre det er behov for under strid, som ikke hadde vært nødvendig å evakuere. Medicene er nærmest de stridende, og er dermed en veldig viktig brikke i denne sammenheng. Dersom medicene ikke gjør jobben sin i evakueringskjeden, vil potensielt feil pasient få behandling. Jo større andel feilevakueringer Hæren bedriver, jo mindre kampkraft og andel restkapasitet får Hæren. Medicene innehar et stort ansvar for evakueringskjedens funksjon. Det kan igjen bety at kjennetegnene på hvordan mediser vurderer og forstår ikke-livstruende skader og sykdom, vil ha stor innvirkning på hvor godt evakueringssystemet fungerer. I strid i Finnmark er en stridsavdeling kun et visst antall dager i aktive stridshandlinger der de utsettes for stridsrelaterte skader og tap. I alle de andre dagene vil personellet også kunne utsettes for uhell, sykdom og ikke-skader Dersom alle pasienter med en eller annen sykdomstilstand eller liten skade skal vurderes av helsepersonell fordi nivået medicene har blitt opplært til er at de tenker at «alt kan være alt», eller synes «indre medisinske tilstander» er vanskelig å vurdere, vil sanitetssystemet være helt avhengig av at leddet bak medicene er mer robust enn det i dag er. Dette vil som før beskrevet fjerne nødvendige mannskap i en kampanhet som kanskje kunne vært unngått. For at systemet skal fungere så må alle ledd i evakueringssystemet fungere (FSAN, 2018; Hærens våpenskole, 2018).

En annen oppgave for sanitetstjenesten er å forhindre at troppens moral blir belastet (Hærens våpenskole, 2018; Sjef Hærens våpenskole, 2014). Det er viktig for moralen og den enkeltes skjebne at soldater som sendes ut i krig for Norge vet at skulle de bli utsatt for et livstruende traume, så har de et sanitetssystem i ryggen som har god trening og gode ferdigheter i møte med stridsrelaterte traumer. Det er derfor åpenbart at drilling på traumetrening hverken er feil eller bortkastet. Det vil likevel ikke skape god moral om avgjørelser om sykdom blir tatt nesten utelukkende på magefølelse eller personlig erfaring. Slik risikerer man at tilstander som skulle vært sett til av lege ikke blir det, eller motsatt. Stridsfeltet tømmes for kampkraft.

Grafen under er en skjematisk framstilling av hva som skjer når man venter på kardinaltegn på alvorlig sykdom, for eksempel meget dårlige vitalia, før man er villig til å evakuere en pasient. Medicene uttrykker at på den ene siden må pasienten være

ekstremt dårlig før man gir alarmsignal for evakuering. Da får man tilsvarende liten tid til å utføre en god evakuering. På den andre siden; dersom alle med symptomer blir sendt bakover for vurdering av lege går det sannsynligvis bra med pasienten, men dårlig med kampkraften i avdelingen. Kanskje er det at medicene er så usikre på den kliniske vurderingen av «indre medisinske» pasienter noe av det som gjør at den taktiske vurderingen synes å ta overhånd? Det som er ganske sikkert er at moralen i en stridavdeling vil gå ned både hvis man tømmer stridsfeltet unødige, men også hvis en kollega dør av en uoppdaget sprukket blindtarm i teltet ditt.



Figur 6: Graf som viser sammenhengen mellom alvorlighetsgrad og evakueringstid.

Medicene ønsker ikke stå alene med beslutningene, hverken de kliniske eller de taktiske. Taktiske vurderinger ønsker de «noen over dem» i rang skal ta, og tatt i betraktning hvor hierarkisk oppbygd Forsvaret er, er det forståelig. Hastie (2001) beskriver tre komponenter for å ta beslutninger: Valgmuligheter, mål, derav inkludert evnen til å nå dem, og til slutt evnen til å se konsekvensene av valgene. Kjenne tegn på gode avgjørelser at man bruker virkemidlene som er tilgjengelige, for å så godt som mulig i situasjonen å løse problemet (Hastie, 2001; Patel et al., 2002). Derfor, hvis ikke medicene har noen gode anbefalinger å gi, er det da riktig å legge dette over på taktiske sjef? Hvis medicene ikke settes i stand til å gi en bedre vurdering enn «enten kan det

gå over av seg selv, eller så kan pasienten dø om to timer», hva slags SA eller situasjonsforståelse er det da vi legger opp til at de og deres taktiske sjef er skal ha?

6.3 Studiens betydning for Forsvarets sanitet

Forsvaret sanitets tilsynelatende ensidige fokus på traumer kan framstå som noe u hensiktsmessig tatt i betraktning sanitetstjenestens oppgave som først og fremst er å skape kampkraft (Hærens våpenskole, 2018; Sjef Hærens våpenskole, 2014). En pågående diskusjon i Forsvaret omhandler behovet for å bytte ut mediser i fremste linje med autorisert helsepersonell. Ved å innrette saniteten på denne måten vil personellet møte et forsvarlig militært helsevesen. Dette kan være med på å eliminere behovet for videre opplæring av mediser, da det forventes at autorisert helsepersonell har denne kompetansen via sin utdanning. På den annen side står Norge overfor en krise bemanningsmessig. I dag mangler helsevesenet som helhet i hvert fall 4500 sykepleiere (Dyb, 2020; Inger Texmon og Nils Martin Stølen, 2009). Forsvaret selv mangler leger i nord (Mona W. Claussen, 2011). Forsvaret har stadig utskifting av sitt helsepersonell som gjør at ståtiden ikke tilsier gode soldatferdigheter og forståelse for særegenheter som kjennetegner det militære helsevesenet (Viseadmiral Elisabeth Natvig, 2019). Diskusjonen om sårt tiltrengt helsepersonell skal bidra inn i det militæret er allerede i gang (Bjørn Haugan, 2020), og det kan synes noe naivt å tenke at det er mulig å bytte ut mediser med autorisert helsepersonell.

En svakhet ved denne studien er at man i mindre grad enn ønskelig får avdekket medicenes reelle ferdighetsnivå når det gjelder fysiske undersøkelser. Under diskusjonen av hvert enkelt case etterspør de for eksempel om hva EKG viste, om magen var trykk- eller slippøm og om ankelen gjorde vondt ved palpering, og de får svar av undertegnede på det. Man får da ikke egentlig sjekket om de faktisk hadde vært i stand til å vurdere dette selv ved en klinisk undersøkelse av pasienten. Det man derimot vet er at medicene under en traumedrill, som de altså utfører meget godt (Blix et al., 2017) blant annet undersøker om traumepasientens abdomen er trykk- eller slippøm. Altså kan man ta denne kunnskapen og bruke den i andre sammenhenger, hvis man skjønner og vet at det er samme undersøkelse uansett om pasienten er utsatt for et traume eller har en sykdomstilstand. Hvis man lærer medicene grundig opp i for

eksempel G-SKUV (Breivik & Tymi, 2013), så kan de i praksis hospitere hvor som helst, også sykehjem og på sykestua på leir. Ved målrettet hospitering som dette vil de kunne få stort utbytte av det, til tross for at man ikke tidligere ville regnet dette som relevante hospiteringssteder. Og ved ikke å være avhengig av at det må være et sted der hovedfokus ligger på akuttmedisin vil det være mye enklere å gi dem stor grad av mengdetrening på ferdigheter som går utover det som inngår i traumedrillen. Dermed vil de stå mye sterkere rustet i møte med sykdom og ikke-livstruende skader. Medicene selv etterspør mer «utydelige øvelser» i det daglige. Flere av dem gav uttrykk for at det å diskutere caser der pasientene ikke automatisk ble veldig dårlige, som vi har gjort i denne studien, var en nyttig øvelse. Ved å øke kompetansen til medicene, gi dem mer opplæring på systematisk undersøkelse også av «indre medisinske» pasienter, uten overdrevent fokus på katastrofale utfall, gi dem kunnskap om flere røde flagg enn blod, ekstrem høy VAS eller farlig lavt blodtrykk, vil man kunne øke kampkraften i det norske forsvaret.

Fagerström (2019, s. 22) skriver at en sykepleier med Master i Avansert Kliniske Sykepleie (AKS) har opparbeidet seg kunnskap og ferdigheter innen vurdering og systematisk undersøkelser av pasienter med et uavklart helsebehov. Disse pasientene er nettopp dem medicene møter i sitt arbeid tett på de stridende soldatene. AKS kan derfor være den rette spesialutdanningen for Forsvarets sykepleiere som skal jobbe utenfor sykehus. Disse sykepleierne har rett kompetanse og etter hvert den riktige erfaringen som må til for å utdanne medicene til å mestre de oppgavene denne studien tar for seg.

7 Diskusjon av metoden

Fokusgruppeintervju er en god metode fordi den bidrar til å få overblikk over manges mening på kort tid (Polit & Beck, 2008, s. 395). Det kan likevel være negativt at så mange prater i samme rom, den sterke i gruppa drar uttalelsene i en retning og de andre følger etter slik at intervjuer ikke får med seg de forskjellige meningene eller de viktige nyansene. Jeg hørte flere sterke personligheter i hvert intervju som ofte var på banen med uttalelser. På den andre siden virket det ikke som at disse la bånd på de andre mindre erfarne eller mer anonyme stemmene. De kom ofte med uttalelser som var annerledes vinklet enn de som var mer erfarne eller hadde lengre fartstid. Det at det kommer flere innspill på kort tid kan gjøre at systematikken i utspørring eller vurderingene blir avbrutt og jeg som intervjuer opplever manglende systematikk som ikke finnes. For eksempel kan OPQRST SAMPLER innhenting bli avbrutt av andre og tråden ikke hentet opp igjen. Jeg spurte om igjen flere ganger om informantene hadde behov for mer informasjon underveis og etter at gruppene hadde tømt seg, og det var ingen som kom med spørsmål som tydet på at de hadde blitt forstyrret og mistet verdifull informasjon. Fokusgruppeintervjuer kan bidra til mangfold og sette gruppens medlemmer i stand til videre refleksjoner og ideer som den enkelte alene ikke hadde vært i stand til å bidra med. I denne studien viste fokusgruppen seg derfor som en godt egnet metode for å svare på problemstillingen og bidro til et fylldig datamateriale.

7.1 Studiens relevans

Studien er relevant for å skaffe innblikk i hvordan norske mediser vurderer og forstår sykdom og ikke-livstruende akutte skader. Dette kan bidra til kvalitetsforbedring i fremtidens kursrekke i Forsvaret, men også gi innblikk i hva som er situasjonen nå. Den kan også bidra inn i diskusjonen om hvorvidt mediser kan bekle de rollene de er satt til å gjøre eller hvorvidt man bør se på alternative løsninger i fremtiden.

7.2 Studiens validitet og reliabilitet

Validitet i kvalitativ forskning handler om mulighet for overførbarhet fra den studerte gruppen til selve populasjonen. Studien min har et svært stort antall deltakere i forhold

til antallet totalt i målgruppen.⁵ I tillegg spenner den over tre ulike avdelinger innenfor landbasert sanitet. Dette øker sjansen for at resultatene i stor grad gjenspeiler den faktiske tilstanden, eller at overførbarheten i studien er god. (Polit & Beck, 2008, s. 537).

Studiens reliabilitet handler om i hvilken grad den studien kan etterprøves på et senere tidspunkt eller av noen andre (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 289). Informantene som har deltatt i studien er de som best kan si noe om hvordan mediser vurderer og forstår sykdom og ikke-livstruende skader, deltakergruppen anses dermed som hensiktsmessig. Intervjuene og transkriberingen er gjennomført av meg, som har lang erfaring med å utdanne mediser. Jeg har min egen forforståelse om temaet, men opplevde i stor grad at jeg gjennom gjentatte analyseprosesser klarte å legge den stadig mer av meg. Det er derfor å håpe at det faktisk er medicenes egne opplevelse av temaet som får komme fram. Dette kunne selvsagt ha vært sikret bedre ved at man gikk tilbake til deltakerne og la resultatet jeg har kommet til fram for dem, for deretter å høre hva de tenkte. Dette har ikke latt seg gjøre, hovedsakelig på grunn av oppgavens omfang. Hvorvidt studiens reliabilitet er god er vanskelig å slå fast, til tross for at jeg har gjort så godt jeg kan å ha en gjennomiktig prosess både i innsamling og analyse av data.

7.3 Forslag til videre forskning

Denne studien har utforsket hva som kjennetegner vurderinger av og forståelse fra mediser i møte med sykdom og ikke-livstruende skader i Forsvaret. Det er behov for videre forskning på medicenes reelle ferdighetsnivå på kliniske undersøkelser for å vurdere samme kategorier pasienter. Det kunne også vært interessant å se på om man kan finne noen forskjeller på hvordan mediser med forskjellig type kurs og erfaring vurderer samme type caser brukt i denne studien. Telemedisin som hjelp for mediser i felt er også et felt jeg anser som hensiktsmessig at det ble forsket videre på.

⁵ Jeg ønsker ikke å oppgi eksakte tall her for å minske gjenkjennbarheten til deltagerne.

8 Konklusjon

Denne studien har utforsket og prøvd å besvare problemstillingen «Hva kjennetegner medicenes vurderinger og forståelse i møte med sykdom og ikke-livstruende akutte skader i Forsvaret?» Ut fra tre gjennomførte fokusgruppeintervjuer er det kommet frem to hovedkategorier funn. Medicene mangler klinisk vurderingskompetanse, noe som gjør at de bruker personlig erfaring, magefølelse og kunnskap i forhold til stridsrelaterte traumer for å vurdere sykdom og ikke-livstruende skader. Kunnskapsmangelen gjør medicene usikre og de stoler ikke på egne vurderinger. Avgjørelsene de tar, kan ikke begrunnes godt. Hovedkategori nummer to er at vurderinger og avgjørelser også tas på taktisk grunnlag, og de taktiske avgjørelsene vinner nesten alltid i forhold til de kliniske vurderingene. Dette kan i ytterste konsekvens medføre at pasienter som trenger evakuering på klinisk grunnlag, ikke får tidsriktig hjelp på grunn av mangelfulle kliniske vurderinger.

Studien viser at mediser trenger økt kunnskap og kompetanse utover et noe ensidig fokus på stridsrelaterte traumer. Forsvaret har tidligere gitt muligheter for å ta spesialutdanning til sine sykepleiere. AKS er trolig den utdanningen som kan bidra mest til å sette våre sykepleiere i stand til å utdanne, trene og øve medicene når det gjelder å møte syke eller ikke-livstruende skadde, og dermed skape kampkraft i framtiden.

LITTERATURLISTE

- Andersen, K. A., Grimshaw, P. N., Kelso, R. M. & Bentley, D. J. (2016). Musculoskeletal lower limb injury risk in army populations. *Sports medicine-open*, 2(1), 22.
- Belmont Jr, P. J., Goodman, G. P., Waterman, B., DeZee, K., Burks, R. & Owens, B. D. (2010). Disease and nonbattle injuries sustained by a US Army brigade combat team during Operation Iraqi Freedom. *Military medicine*, 175(7), 469-476.
- Benner, P. & Have, G. (1995). Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis [From novice to expert: excellence and strength in clinical nursing practice]. Oslo, København: TANO.
- Bjørn Haugan. (2020, 16/3-20). Norske helsepersonell til Afghanistan: -De må stanses. *Verden Gang*. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/Vb32e1/norske-helsepersonell-til-afghanistan-de-maa-stanses>
- Blix, S. W., Melau, J. & Lund-Kordahl, I. (2017). Performance of Norwegian civilian EMTs and army medics in penetrating trauma: a controlled simulation-based assessment. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 61(7), 848-853.
- Blood, C. G. & Jolly, R. (1995). Comparisons of disease and nonbattle injury incidence across various military operations. *Military medicine*, 160(5), 258-263.
[Record #239 is using a reference type undefined in this output style.]
- Breivik, S. & Tymi, A. (2013). Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie?
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2015). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (Bd. 3). Sage Thousand Oaks, CA.
- Burkett, G. & Godkin, M. (1983). Qualitative research in family medicine. *The Journal of family practice*, 16(3), 625.
- Champion, H. R., Bellamy, R. F., Roberts, C. P. & Leppaniemi, A. (2003). A profile of combat injury. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 54(5), S13-S19.
- Christiansen, C. R. (2016). *Kvalitetssikring av ambulansarbeideres yrkesutøvelse* [master, Universitetet i Oslo].
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Universitetsforl.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal akademisk.
- Dyb, H. (2020). Mangel på personell og kompetanse truer eldreomsorgen. *Velferdsforskningsinstituttet NOVA*.
<https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/truer-eldreomsorgen>
- Endsley, M. R. & Garland, D. J. (2000). *Situation awareness analysis and measurement*. CRC Press.
- Fagerström, L. (2019). *Avansert klinisk sykepleie* (1. utgave. utg.). Gyldendal akademisk.
- FSAN. (2018). *Bestemmelse for sanitetskompetanse i Forsvaret*. Sjef Forsvaret sanitet.
- Generalmajor Jon Gerhard Reichelt. (2020). *Konseptet for Forsvarets traumesystem i Norge*. Forsvaret Sanitet.
- Gerhardt, R. T., Hermstad, E. L., Oakes, M., Wiegert, R. S. & Oliver, J. (2008). An Experimental Predeployment Training Program Improves Self-Reported Patient Treatment Confidence and Preparedness of Army Combat Medics. *Prehospital Emergency Care*, 12(3), 359-365.

- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforl.
- Hanstad, T. (2013). *Lokale tiltak for å øke ståtid blant grenaderer i Hæren*.
- Hastie, R. (2001). Problems for judgment and decision making. *Annual review of psychology*, 52(1), 653-683.
- Hærens våpenskole. (2018). *Håndbok for sanitetslaget*. Sjef Hærens våpenskole.
- Inger Texmon og Nils Martin Stølen. (2009). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030* (9). Statistisk sentralbyrå.
https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200909/rapp_200909.pdf
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Le, T. D., Gurney, J. M., Nnamani, N. S., Gross, K. R., Chung, K. K., Stockinger, Z. T., Nessen, S. C., Pusateri, A. E. & Akers, K. S. (2018). A 12-year analysis of nonbattle injury among US service members deployed to Iraq and Afghanistan. *JAMA surgery*.
- Lyons, T. M. (2018). *Bridging a Training-Practice Gap in Army Combat Medics* [University of South Carolina].
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning-forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(25), 2468-2472.
- Mona W. Claussen. (2011, 12/10-11). Norge mangler 10 av 24 militærleger. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/Pd3v0/norge-mangler-10-av-24-militaerleger>
- Nguyen, C., Mbuthia, J. & Dobson, C. P. (2020). Reduction in medical evacuations from Iraq and Syria following introduction of an asynchronous telehealth system. *Military medicine*, 185(9-10), e1693-e1699.
- NOKUT. (2011). *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring*. Kunnskapsdepartementet.
https://www.nokut.no/siteassets/nkr/250414_nasjonalt_kvalifikasjonsrammeverk_for_livslang_laring_nkr.pdf
- Norsk senter for dataforskning, N. (2018). *Forske på egen arbeidsplass*. Hentet 18/4 2018 fra
http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen_arbeidsplass.html
- Patel, V. L., Kaufman, D. R. & Arocha, J. F. (2002). Emerging paradigms of cognition in medical decision-making. *Journal of biomedical informatics*, 35(1), 52-75.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed. utg.). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pollard, C. A., Burns, D., Ho, B. & Johnston, A. M. (2017). Meningoencephalitis in a Royal Marine after skinning reindeer in Norway. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, jramc-2017-000848.
- Sanders, J. W., Putnam, S. D., Frankart, C., Frenck, R. W., Monteville, M. R., Riddle, M. S., Rockabrand, D. M., Sharp, T. W. & Tribble, D. R. (2005). Impact of illness and non-combat injury during Operations Iraqi Freedom and Enduring Freedom (Afghanistan). *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 73(4), 713-719.

- Schauer, S. G. & Pfaff, J. A. (2017). Emergency Department Wounds Managed by Combat Medics: A Case Series. *Military medicine*, 182(suppl_1), 353-354.
- Schermann, H., Karakis, I., Dolkart, O., Maman, E., Kadar, A. & Chechik, O. (2017). Olecranon Bursitis in a Military Population: Epidemiology and Evidence for Prolonged Morbidity in Combat Recruits. *Military medicine*, 182(9-10), e1976-e1980.
- Sjef Hærens våpenskole. (2014). *Sanitetstjeneste i brigade*. Hæren.
- Teyhen, D. S., Shaffer, S. W., Butler, R. J., Goffar, S. L., Kiesel, K. B., Rhon, D. I., Williamson, J. N. & Plisky, P. J. (2015). What risk factors are associated with musculoskeletal injury in US Army Rangers? A prospective prognostic study. *Clinical Orthopaedics and Related Research*®, 473(9), 2948-2958.
- Thagaard, T. (2018). Systematikk og innlevelse. (utg. 5) Bergen: Fagbokforlaget.
- Ulvik, M., Riese, H. & Roness, D. (2016). *Å forske på egen praksis : aksjonsforskning og andre tilnærminger til profesjonell utvikling i utdanningsfeltet*. Fagbokforl.
- Viseadmiral Elisabeth Natvig. (2019). *Høring-NOU-211- 13 Når krisen treffer*. Forsvaret forsvarsstaben.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d19f56d9f240423f9a935543dc4f5270/forsvaret---forsvarsstaben.pdf?uid=Forsvaret - Forsvarsstaben>
- Wright, M. & Endsley, M. (2008). Building shared situation awareness in healthcare settings. *Improving healthcare team communication: Building lessons from aviation and aerospace*, 97-114.
- Øverberg, E. (2015). *Det må jo være norgesrekord!* Hentet 11/8-18 fra https://uit.no/nyheter/artikkel?p_document_id=432757&p_dim=88106