

Utdannelsen til de vervede medicene i sanitetsbataljonen

Kadett Ellen Ingeborg Kolstø



KRIGSSKOLEN

Bachelor i militære studier, ledelse og landmakt

Krigsskolen

Høst 2013

Ord: 8349

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	3
1.1	Bakgrunn	3
1.2	Problemstilling	4
1.3	Hensikt.....	4
1.4	Avgrensninger	4
1.5	Definisjoner	5
2	Metode	6
2.1	Valg av metode.....	6
2.2	Metodebeskrivelse, intervju og intervjuguide	6
2.3	Begrunnelse for valg av respondenter og informanter	8
2.4	Analyse av datamaterialet og utvalg av litteratur/teori.....	8
2.4.1	Utvalg av litteratur/teori	9
2.5	Metodekritikk	9
3	Teori.....	11
3.1	Motivasjon.....	11
3.2	Behov for kompetanse og opplevd mestringsevne	11
3.3	Kompetanse	13
3.4	Målsettingsteori	14
3.5	Goal versus Purpose	14
4	Drøfting	16
5	Konklusjon.....	25
6	Referanseliste	26
7	Vedlegg	29
	Vedlegg 1	30
	Vedlegg 2	31
	Vedlegg 3	33
	Vedlegg 4	35

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Sanitetsbataljonen er Hærens eksperter på førstehjelp og medisinsk behandling i felt. Sanitetsbataljonens oppgave er å behandle syke og sårede, snarest etter at skaden eller sykdom har oppstått, for å redde liv og redusere omfanget av skadene samt forhindre ettervirkninger. Videre er sanitetsbataljonens oppdrag å bistå med evakuering og utdanning av vernepliktige sanitetssoldater til Hæren og til operasjoner i utlandet (Web 1). Soldater som er «medics» i sanitetsbataljonen har som primæroppgave å utøve livreddende førstehjelp under alle stridsforhold (Web 2). En av hovedoppgavene til en medic er å stabilisere og behandle syke og sårede for videre evakuering. Dette stiller store krav til medicene fordi det i ytterste konsekvens står mellom liv og død (Web 1). Medicene må være profesjonelle, og ha den kompetansen det trengs for å kunne redde liv.

Sanitetsutdannelsen er en læringsprosess som i vesentlig grad er rettet mot å tilføre soldaten en generell kompetanse. Denne kompetansen kan utnyttes i flere sammenhenger. Utdannelsen til de vervede medicene består av både teoretisk og praktisk sanitetsutdanning (HVS Sanitet, 2011). Grunnleggende sanitetsutdanning som vervede mediser får i dag, er nivå 2 og nivå 3 kurs. Pr dags dato er det tilfeldig hvem som videre får kompetansehevende kurs. Sanitetsnivå 2 kurs er for vanlig tjenestegjørende mannskap (Forsvarets sanitet, 2009). Førstehjelpskurs nivå 2 skal gi soldatene grunnleggende kunnskaper og ferdigheter for å kunne gjøre enkle livreddende tiltak. Kurset baserer seg på det utstyret soldaten har i sin personlige utrustning (HVS Sanitet, 2011). Nivå 3 kurset er det høyeste nivået innen sanitetskunnskap for personell uten helsefag tjeneste (HVS Sanitet, 2011). Nivå 3 skal gjøre medicen i stand til å utføre livreddende tiltak som første person på et skadested, og kunne ivareta stabiliserte pasienter under evakuering. Et krav i stillingsbeskrivelsen til en vervede medic er fullført førstegangstjeneste og sanitetsnivå 2 kurs. Kjernen i utdanningen til mediser er å redde liv.

Det å være i stand til å redde liv, og ha en jobb som kan utgjøre en forskjell på liv og død er noe som engasjerer meg. For meg gir denne jobben meg mye, og den sanitetsutdannelsen jeg har er noe som kan ha betydning for meg resten av livet. Jeg fikk interesse for temaet på bakgrunn av at jeg har en 3 års erfaring fra sanitetsbataljonen (sanbn). Jeg har selv blitt utdannet medic i sanbn, og vært med på å utdanne mediser da jeg var befal i sanbn. Jeg valgte dette temaet fordi jeg kommer til å jobbe sammen med vervede mediser etter min tid på

krigsskolen, og fordi jeg mener oppgavens innhold kan være med på å forsterke sanitetsbataljonens motto som er «*Profesjonalitet skaper troverdighet*».

1.2 Problemstilling

Opplever de vervede medicene i sanitetsbataljonen at utdannelsen er i samsvar med sanbn's oppdrag og oppgaver? Hvordan bør utdannelsen være for å holde vervede medicer lengre i stilling?

1.3 Hensikt

Hensikten med denne undersøkelsen er å bidra til å gjøre sanitetsbataljonen best mulig. Det vil jeg gjøre ved å se på utdanningen av grenaderer, fordi utdanning gjør at grenaderene blir kompetente og vil således gjøre sanbn bedre. En grenader er en midlertidig tjenestemann med militær status (Forsvarsstaben, 2012), og vil nevnes i denne oppgaven som en vervede medic. Jeg ønsker å finne ut om de vervede medicene i sanbn opplever at utdannelsen deres er i samsvar med bataljonens oppdrag og oppgaver. Sanitetsbataljonens oppdrag og oppgaver har jeg belyst ovenfor og jeg ser de som ambisiøse, og det stiller store krav til de vervede medicene. Jeg har valgt å ha fokus på motivasjon, kompetanse og kjerneområdet i sanitetsutdannelsen.

1.4 Avgrensninger

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å ha fokus på vervede medicer, soldater som er grenaderer i sanitetsbataljonen. Jeg har valgt å ta for meg sanitetsutdannelsen til de vervede medicene, jeg har ikke tatt for meg eller tatt hensyn til resten av soldatutdannelsen. Jeg tok ikke med resten av soldatutdannelsen da det ikke er relevant for problemstillingen.

Karriere- og tjenesteplan for Hærens Sanitet nevner ingenting om de vervede medicers utdanningsplan (Anderssen, 2010). Jeg kommer derfor til å ha utgangspunkt i den grunnleggende sanitetsutdannelsen de får, men også ta med kurs og videre kompetansehevede tiltak som har påvirkning på sanitetsutdannelsen deres.

1.5 Definisjoner

En medic vil være tilsvarende som en sanitetssoldat. En medic er førstehjelper, og har som primæroppgave å utøve livreddende førstehjelp under alle stridsforhold. En medic skal være i stand til å bistå fagpersonell (lege/sykepleier). Alle medicere utdannes i nivå 3 førstehjelp, som er det høyeste nivået innen førstehjelp uten videre høyskole eller universitet (Web 2).

Med vervede medicere menes det i denne oppgaven grenaderer som har stilling som medic.

Grenader er midlertidig tilsatte tjenestemenn med militær status(Forsvarsstaben, 2012). Kontraktene til en grenader er vanligvis av tre års varighet, med mulighet for forlengelse med en- unntaksvis to- perioder. En grenader kan tjenestegjøre i maksimum ni år.

2 Metode

I dette kapitlet vil jeg ta for meg hvilken metode jeg har benyttet i arbeidet med å besvare oppgavens problemstilling. Jeg skal beskrive metodevalget og metoden, deretter vil jeg beskrive hvordan jeg har gjennomført undersøkelsen. Til slutt tar jeg for meg metodekritikk.

2.1 Valg av metode

Innenfor metode er det flere tilnærminger for å komme frem til svaret på en problemstilling. Min oppgave baserer seg på menneskers forståelse der hensikten er å få frem meninger rundt medicenes opplevelse av utdannelsen og kompetansen deres. Dette er egnet for en kvalitativ tilnærming, fordi jeg er avhengig av å analysere menneskers meninger og tanker om spørsmålene i problemstillingen. Slik Jacobsen(2005) skriver, bør det velges en kvalitativ tilnærming når vi ønsker beskrivelser av hvordan mennesker forstår og fortolker en situasjon. Oppgaven vil gå videre inn i forståelsen av de vervede medicenes motivasjon, kompetanse og kjerneområdet i utdannelsen. Kvalitative teknikker vil gjerne gå sammen med en hermeneutisk tilnærming der en søker å tolke meninger. Metoden som velges kan oppfattes som åpen ettersom forskeren forsøker å legge så få føringer som mulig på den informasjonen som skal samles inn(Jacobsen, 2005, s 127). Kvalitativ metode er konsentrert omkring primærdata som samles inn i form av ord, setninger og fortellinger (Jacobsen, 2005, s 163). Det er valgt å samle inn primærdata til oppgaven gjennom individuelle intervju av 2 medicer og 2 offiserer.

2.2 Metodebeskrivelse, intervju og intervjuguide

Innledningsvis i denne oppgaveprosessen deltok jeg på sanitetsoperativt seminar arrangert av Sanitetsbataljonen. Etter endt foredrag fra Hærens våpenskole sanitet, vervede medicer og en sanitets troppssjef ønsket jeg å endre retningen på oppgaven min. Jeg fikk informasjon om hvordan statusen er i sanitetsbataljonen i dag og hva framtidsplanene er. Dette førte til at jeg fikk vesentlige avklaringer rundt oppgaven min og jeg fikk korrekt fokusområdet på oppgaven. Det ble gjennomført et forintervju med et utvalg befall i forbindelse med seminaret. Dette var viktig for utarbeidelse av endelig problemstilling. Jeg studerte utdanningsdokumenter fra sanitetsbataljonen og fagbrev på ambulanse som var viktig for problemstillingen. Program fra sanitetsoperative seminaret og samtlige intervjuguider ligger vedlagt som vedlegg 1,2 og 3. Videre har jeg gjennomført intervju av 2 medicer og 2 offiserer for å få svar på problemstillingen.

Jeg valgte å intervju 2 mediser og 2 offiserer, det ble derfor utarbeidet to sett med intervjuguides, en til medicene og en til offiserene. Det var middels struktur på intervjuguidene. Det vil si at det var et åpent intervju hvor respondentene og informantene kunne prate fritt. Jeg hadde tre hovedtema som skulle dekkes i intervjuet; 1) medicenes motivasjon, 2) kompetanse og 3) utdanning. For å sørge for at temaene ble besvart i intervjuet stilte jeg utvalgte spørsmål knyttet til hovedtemaene. Intervjuguidene ble laget med en løs struktur, alle temaene ble dekket. Det betyr at intervjuobjektene selv kan ta opp tema, men hvis temaene ikke ble dekket, sørget jeg for at dette ble tatt opp (Jacobsen, 2005, s 146).

I følge Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010, s 135) karakteriseres det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale med en struktur og formål. Jeg valgte individuelt intervju for å få informasjon om erfaringer, opplevelser og tanker rundt medicenes motivasjon, kompetanse og utdanning. Jeg tok valget med å ha ansikt-til-ansikt intervju for å kunne oppnå kontakt med intervjuobjektet, slik at personen ville åpne seg mer og slik at jeg lettere kunne skape fortrolighet med den jeg intervjuet (Jacobsen, 2005).

Intervjuene ble gjennomført på intervjupersonenes arbeidssted. De ble holdt på kontor og klasserom som medicene og offiserene kjente godt. Jeg valgte å holde intervjuene på et sted som var naturlig for intervjupersonen. Dette fordi trygge omgivelser kan påvirke svarene til intervjuobjektet, fordi ved ukjente og «nøytrale» omgivelser er det en tendens til at intervjuobjektene gir kunstige svar (Jacobsen, 2005, s 147).

Intensjonen med intervjuet av medicene var å få vite hva deres indre motivasjon til den jobben de gjør er. Med bakgrunn i problemstillingen ønsket jeg å finne ut om de har iver og engasjement til det de gjør, og videre finne ut av hvorfor de har det, og eventuelt hvorfor de ikke har det. Jeg ville søke å få svar på hvordan de ser på den kompetansen de har opparbeidet seg fra sanitetsutdannelsen og om den er i samsvar med sanbn's oppdrag og oppgaver.

Intensjonen med intervjuet av offiserene var å få vite hva sjefene tenker om de vervede medisers indre motivasjon til den jobben de utfører. Jeg ønsket informasjon om hva de tenker om de vervede medicenes evne til å løse sanbn's oppdrag og oppgaver. Jeg ville høre med erfarne sanitetspersonell hvordan de opplever kompetansen til de vervede medicene opp mot utdannelsen deres, og hva de mener om utdannelsen i fremtiden.

Det ble gjort båndopptak, og det ble informert at disse skulle bli slettet i etterkant. Medicene og offiserene samtykket i dette, og ble informert om at deltakelsen var frivillig. Intervjuene

tok mellom 45 og 75 minutter. Jeg opplevde at jeg fikk fram den relevante informasjon jeg behøvde for å oppnå intensjonen med intervjuet.

2.3 Begrunnelse for valg av respondenter og informanter

Jeg valgte å intervju 2 mediser og 2 offiserer. Offiserene hadde god kunnskap om det jeg ønsket å undersøke. Medicene hadde selv opplevd det jeg ønsket å undersøke. Begge gruppene er derfor viktig(Jacobsen, 2005). Jeg valgte å intervju 2 vervede mediser som fremdeles er i tjeneste. Formålet med intervjuene var å få tak i respondentenes og informantenes perspektiver, meninger og tanker rundt medicenes motivasjon til stillingen, kompetansen og utdannelsen deres.

Offiserene ble valgt på bakgrunn av at de har lang erfaring og god kunnskap om sanitetsfaget, samt at informantene også er med på å planlegge de vervede medisers utdanning. Viktige kriterier for dette var at de kunne gi meg best mulig informasjon om utdannelsen og fremtidsplanene til vervede mediser.

Kriteriene for valg av medicene var å få informasjon og forståelse om stillingen. Valget ble tatt ut fra at medicene kunne gi meg spesiell informasjon. Bredde var ikke en vesentlig faktor i denne undersøkelsen(Jacobsen, 2005).

2.4 Analyse av datamaterialet og utvalg av litteratur/teori

Etter at intervjuene var gjennomført ble båndopptakene renskrevet. Jeg skrev opp alle spørsmålene jeg hadde stilt intervjupersonene og skrev ned svarene som var relevante, ved at de inneholdt informasjon om de 3 temaene jeg hadde delt intervju spørsmålene inn i. Deretter ble det laget et nytt dokument med kategori inndeling. Jeg fulgte her beskrivelsen til Jacobsen(2005) om hvordan man skal analysere datamaterialet. Funnene fra svarene ble delt inn i de ulike kategorier som samsvarte med hovedtemaene for oppgaven 1) medicenes motivasjon, 2) medicenes kompetanse og 3) sanitetsutdannelsen. Svarene som hadde sammenheng og fellestrekk ble satt inn i kategoriene. De svarene som var gjengangere og i samsvar med problemstillingen ble også satt inn i de ulike kategoriene. Produktet jeg satt igjen med da ble grunnlaget for å analysere og drøfte opp mot utvalgt teori. Kategori inndelingen er vedlagt som vedlegg 4.

2.4.1 Utvalg av litteratur/teori

Jeg valgte teorier som kunne nyttes til å tolke de datafunnene jeg fikk. Teoriene hjalp meg til å sette funnene inn i en større sammenheng. Jeg brukte videre teoriene for å kunne forstå hvorfor medicene opplever utdannelsen og kompetansen deres slik de gjør, og hvilke konsekvenser dette kan ha (Jacobsen, 2005, s 378). Teorien jeg valgte ble fokusert ut fra de tre fokusområdene for oppgaven. Anerkjente teoretiker og litteratur innen motivasjon, kompetanse og utdanning ble valgt ut. Hovedteoriene er hentet fra Deci og Ryan, Bandura, Dreyfus og Dreyfus, Burns og Rost. Teorigrunnlaget og funnene ble videre drøftet i drøftingskapittelet.

2.5 Metodekritikk

En svakhet i oppgaven min er at jeg ikke har intervjuet flere respondenter. Det ville gitt oppgaven et større og bredere bilde, og gitt muligheten til å generalisere funnene. Grunnet tid og ressurser måtte jeg begrense utvalget av respondenter og informanter. Det er likevel mange fellestrekk i funnene fra offiserene og medicene som vil kunne øke påliteligheten. Påliteligheten kan også styrkes ved at jeg har gitt en åpen og detaljert beskrivelse av framgangsmåten i intervjuene jeg holdt. Individuelle intervju tar lang tid å gjennomføre, fordi intervjuguidene, selve intervjuet, analysering og behandling av data tar lang tid. I intervjuet vil intervjupersonens tolkning av temaet som jeg tar opp påvirke hvor lite eller mye personen vil gi av informasjon til meg. Jeg som person kan også påvirke hva intervjupersonen vil gi av seg selv og graden av ærlighet. Dette prøvde jeg å løse ved å reise til deres tjenestested for å få en mer uformelle og kjente omgivelser for intervjupersonen, samt at jeg hadde en åpen fremtoning til de jeg intervjuet. Videre kan konteksten ha betydning for innholdet i intervjuet (Jacobsen, 2005). Tre av dem jeg intervjuet var i en travel periode hvor de gjorde seg klar til strid. På dagen jeg intervjuet dem skulle de forberede seg til å dra ut på øvelse, og dette kan ha påvirket at de gir meg kunstige eller korte svar fordi de hadde mye å gjøre. Min opplevelse var at dette ikke hadde påvirkning underveis i intervjuene, og jeg var meget fornøyd med de svarene og de utdypningene de jeg intervjuet gav meg.

Intern gyldighet sier om de datamaterialene jeg har samlet inn og de funnene og konklusjonene jeg har tatt ut, er riktige (Jacobsen, 2005 s 212). Det går på om jeg har fått samlet inn det jeg ønsker å få samlet inn. Med validere menes å teste gyldigheten, det har jeg gjort ved å se funnene fra de jeg intervjuet opp i mot hverandre og om de kommer frem til de samme konklusjonene. Som tidligere beskrevet er det fellestrekk i funnene fra offiserene og medicene. Det mener jeg styrker validiteten av intervjuet. Jeg brukte også mye tid

innledningsvis på å avklare riktig fokusområdet for undersøkelsen, ved å delta på seminar og gjennomføre forintervju. Min erfaring fra sanitetsbataljonen og fra den sivile ambulansetjenesten kan også være med på å styrke validiteten, fordi dette vil si at jeg har kjennskap til det som undersøkes og kunne da velge relevante funn fra datamaterialet (Johannesen et al. 2010, s 230). Det at jeg har kunnskaper og erfaring om teamet kan imidlertid også være en svakhet i oppgaven min, fordi de funnene jeg har valgt ut kan være et resultat av min subjektive forståelse. Det har jeg prøvd å forhindre med å ha en grundig og synlig beskrivelse av de valgene jeg har tatt underveis i oppgaven. Det som også styrker objektiviteten er at funnene fra datamaterialet synes å underbygges av litteratur (Johannesen et al. 2010, s 232). Her har jeg brukt bl.a. Deci og Ryans selvbestemmelsesteori og Bandura sin teori om mestringssevne.

3 Teori

Dette kapittelet skal gjøre rede for teoriene jeg skal bruke i drøftingen av funnene fra intervjuene. Først skal jeg forklare begrepet motivasjon, og videre forklare behovet for kompetanse og mestringstro. Jeg har valgt Deci og Ryans teori om selvbestemt motivasjon, hvor kompetanse er avgjørende. Videre gjøres det rede for deler av Banduras teori om «self-efficacy». Deretter vil jeg ta for meg kompetansebegrepet, og se på deler av Dreyfus og Dreyfus sin teori om kompetansemodellen. Dette skal jeg gjøre for å finne ut hvordan kompetansen til de vervede medicene kan sammenlignes med de ulike nivåene av kompetansemodellen. Etter jeg har tatt for meg kompetansedelen skal jeg kort forklare målsettingsteori. Videre vil jeg se på Rost sin problematisering av Burns sin transformasjonsledelses teori. Hvor *goal* og *purpose* er fokusområdet. Teori kapittelet vil danne grunnlag for forståelse av intervjufunnene og for drøfting av medicenes motivasjon, kompetanse og sanitetsutdanning.

3.1 Motivasjon

Jeg vil nå redegjøre for begrepet motivasjon. « To be motivated means *to be moved* to do something» (Ryan & Deci, 2000, s 54). Under et intervju i Ukeavisen Ledelse sier en av verdens fremste motivasjonsforskere Edward L. Deci at motivasjon er i sin enkleste form den energien som skal til for å skape handling(Myklemyr, 2012). Motivasjon kan sees som drivkraften til handlingen vår, eller det som bestemmer at vi vil opprettholde handlingen vår. Det er vanlig å dele motivasjon inn i indre og ytre motivasjon. Ytre motivasjon er de ytre faktorene som motiverer en til arbeidet. Det kan være belønning som lønn og status fra et stillingsopprykk. Motivasjonen er utenfor selve arbeidsutførelsen, det er det som motiverer en person til noe annet enn selve yrket og jobbutførelsen(Kaufmann & Kaufmann, 2009). I kontrast til ytre motivasjon finnes indre motivasjon, den indre iver og engasjement en person har til selve yrket og det man gjør. I intervjuet av Deci sier han at når vi er indre motivert gjør vi noe fordi vi liker det og fordi det er morsomt og interessant(Myklemyr, 2012). For å finne ut hvordan motivasjonen til medicene kan føre til at de opplever at sanitetsutdanningen og kompetansen deres er i samsvar med sanbn's oppdrag og oppgaver, vil jeg ta for meg behov for kompetanse og mestringsevne.

3.2 Behov for kompetanse og opplevd mestringsevne

Deci og Ryan sier i sin selvbestemmelse teori at motivasjon er avhengig av 3 grunnleggende, psykologiske behov. Mennesker har behov for å føle at vi har kompetanse, autonomi og

relasjoner til andre mennesker (Ryan & Deci, 2000). «We saw that social contextual conditions that support one's feelings of competence, autonomy, and relatedness are the basis for one maintaining intrinsic motivation and becoming more self-determined with respect to extrinsic motivation» (Ryan & Deci, 2000, s 65). Mennesker har behov for å føle seg kompetente. Hvis en ikke føler seg kompetent nok, at man stagnerer, ikke blir utfordret og videreutviklet vil dette få betydning for hvordan man opplever det man skal gjøre opp i mot de kravene som stilles. Ifølge Lai (2006, s 54) og Bandura (1990) er «tro på egen kompetanse og mestringsevne er av stor betydning for motivasjon, ytelse og selvfølelse». En annen motivasjonsteoretiker, Abraham H. Maslow (1943) sier også i sin behovsteori at mennesker har behov for selvfølelse. Selvfølelsen blir dekket ved å føle seg kompetent, oppnå noe og å få respekt fra andre. Ifølge Kaufmann & Kaufmann (2009, s 95) sitt syn på Maslows teori er behov for personlig vekst, videreutvikle kompetanse og personlige egenskaper av stor betydning i arbeidslivet.

Self- efficacy oversatt til mestringsevne defineres av Bandura (1994) som menneskers tro på deres kapasiteter til å produsere og utføre handlinger for å skape en spesifikk prestasjon. Det kan også sees på som menneskers selvopplevde evne til å mestre en bestemt type oppgave. Det er en sammenheng mellom behov for å føle seg kompetent og det å oppleve selv at man mestrer den oppgaven man skal gjøre. Ifølge Bandura (1994) bygger opplevelsen av kompetansen på tidligere prestasjoner og observasjoner av andre. Å se andre personer i samme situasjon som deg lykkes/presterer vil kunne smitte over på din egen tro om å få det til. Kuvaas og Dysvik (2012, s 64) hevder at subjektiv mestringsevne «(...) har klare paralleller til betydningen av å dekke behovet for å føle seg kompetent». Menneskers oppfatning av deres egen evne blir påvirket av flere ting, men den mest effektive måten å oppnå en sterk følelse av mestringsevne er gjennom å ha erfart mestring (Bandura, 1994).

3.3 Kompetanse

For å finne ut om medicenes sanitetsutdannelse er i samsvar med sanbn's oppdrag og oppgaver skal jeg undersøke om deres kompetanse er i samsvar med det de skal gjøre. Jeg vil derfor videre forklare begrepet kompetanse. «Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål»(Lai, 2006, s 48). Innenfor kompetanse har jeg valgt å ta for meg Dreyfus og Dreyfus sin kompetansemodell. Jeg kommer til å ta for meg tre av stadiene i kompetansemodellen. Jeg har valgt å gjøre dette for å knytte kompetansen til de vervede medicene opp mot sanbn's oppdrag og oppgaver.

Modellen til Dreyfus og Dreyfus beskriver 5 stadier i utviklingen av kompetanse. De fem ulike nivåene kan ses som *nybegynner*, *viderekommende*, *kompetanse/kompetent*, *dyktighet/dyktig* og den siste *ekspertise/ekspert*(Dreyfus & Dreyfus, 2004). Det tredje nivået er kompetanse. Her evner utøveren å velge ut det som er viktig i den enkelte situasjon. En kompetent utøver vil utvikle sterke følelser til oppgavene sine, men er ikke enda helt trygg på hva som er det rette å gjøre. Utøveren er personlig involvert i det han/hun gjør, derfor vil også konsekvensene av sluttproduktet påvirke utøveren. Hvis sluttproduktet får negative konsekvenser vil dette gå inn på utøveren, dermed bruke lengre tid på å overveie, og vurdere hva som skal gjøres før handlingen utføres(Dreyfus & Dreyfus, 2004).

Det fjerde nivået er dyktighet. Utøveren kan enda ikke reagere fullstendig på automatikk siden de ikke har hatt lang nok erfaring med forskjellige typer situasjoner. Utøveren vil på dette nivået bruke mindre tid på å oppfatte situasjonen og reagere på den, enn en som bare er kompetent. Her vil utøveren være mer trygg på egen kompetanse og klare å komme frem til riktig handling. Her evner utøveren å lese en situasjon intuitivt, men ikke handle intuitivt. Dreyfus og Dreyfus beskriver intuisjon i Sookermany(2005, s 196) som « å være en forståelse som innsatsløst oppstår i situasjoner der en ser likheter mellom tidligere erfaringer og nye situasjoner». Grunnen til at de enda ikke handler intuitivt er fordi de ikke har nok reell erfaring til mulige løsninger i de ulike situasjonene som kan oppstå. Dette betyr at utøveren vil fremdeles bruke tid på å vurdere hva som er det riktige å gjøre(Dreyfus & Dreyfus, 2004).

Det siste nivået er ekspertise. «*Ekspert*er ikke bare vet *hva* som skal oppnås, de vet også *hvordan*»(Dreyfus & Dreyfus, 2004, s 57). Her vil utøveren ha reell erfaring til mulige løsninger i flere situasjoner. Det som skiller utøveren i å være ekspert fra dyktig er at eksperten handler intuitivt. I tillegg forstår utøveren de ulike situasjonene og klarer

umiddelbart å handle på automatikk(Dreyfus & Dreyfus, 2004). En utøver som er ekspert har nok erfaringen fra reelle situasjoner, og har tilegnet seg en form for spesialisering innenfor sitt fagfelt og vil kunne utføre ekspertise på sitt felt.

Ifølge Hiim & Hippe(2001) hevder Dreyfus brødrene at realistisk yrkeserfaring er viktig i utdannelsen. Det kan være i form av utplassering, hospitering og lærlingordninger. Kompetanse og reell yrkeserfaring er viktig å ha for mediser for å kunne oppleve at de er gode nok til det oppgavene krever av dem. Som Anders McD Sookermany(2005) har forsket på i sin bok kan de forskjellige nivåene i Dreyfus og Dreyfus sin kompetansemodell sammenlignes med forskjellige militære nivåer. På kompetanse nivået kan det sammenlignes med en vervet medic, dyktighets nivå som en erfaren vervet medic og det siste nivået ekspert, hvor medicene er eksperter innenfor sitt fagfelt.

3.4 Målsettingsteori

Ifølge Kaufmann og Kaufmann(2009) ble teorien først utviklet av den amerikanske organisasjonspsykologen Edwin Locke i samarbeid med Gary. P Latham. Teorien kan sammenlignes med forventningsteori der det fokuseres på målets betydning som motivasjonsfaktor. Vider sier Kaufmann og Kaufmann(2009, s 100) at «Ifølge målsettingsteorien er intensjonen om å arbeide mot et bestemt mål en helt sentral motivasjonskraft». Å ha mål underveis i arbeidet du gjør er motiverende fordi det skaper forutsigbarhet, du vet hva du skal gjøre og du vet hvilke forventninger som kreves av deg. Det kan være spesifikke mål du skal nå innen en gitt periode. Det som er avgjørende for målsettingsteorien er faktoren at medarbeiderne forplikter seg til målet, det vil si at medarbeiderne føler seg forpliktet til å nå de målene som er satt. En annen faktor er knyttet til medarbeidernes mestringsevne. Hvis en medarbeider har høy mestringsevne vil han være trygg på egen kompetanse og være dyktig i oppgavene sine. En person med lav mestringsevne kan være usikker på seg selv og tviler på sin egen kompetanse. Ifølge Kaufmann og Kaufmann(2009) sine studier har personer med lav mestringsevne en tendens til å senke målene eller gi helt opp.

3.5 Goal versus Purpose

James Macgregor Burns introduserer transformasjonsledelse som “when one or more persons *engage* with others in such a way that leaders and followers raise one another to higher levels of motivation and mortality” (Burns, 1978, s 20). Joseph C. Rost tar utgangspunkt i Burns sin transformasjonsledelse, og problematiserer den med sin definisjon. Rost (1991, s 102)

definerer lederskap som: «*Leadership is an influence relationship among leaders and followers who intend real changes that reflect their mutual purpose*». Definisjonen hans baserer seg på at ledere og de som blir ledet må utvikle felles *purpose*. Det vil si at det skal utvikles noe større enn et mål, det skal være noe som har en overordnet mening og som utvikler en «gnist», og en indre motivasjon til det man skal gjøre. Den felles hensikten skal være dekkende for alle i en avdeling. Det vil si at lederen og de undergitte skal ha en felles *purpose* med det de gjør og hvorfor de gjør det (Rost, 1991).

Goal- Mål kan sees på som noe spesifikk man skal oppnå, ofte prioriterte mål på kort sikt. Kaufmann og Kaufmann (2009, s 100) sier at «Mål forteller oss hva vi trenger å gjøre, og hvilken innsats som er nødvendig for at vi skal komme dit». *Purpose* er derimot videre, mer integrert og mer orientert til hva mennesker tenker om en visjon eller til et oppdrag. Det å ha en felles mening mellom ledere og undergitte, betyr å ha større fokus på hva de er, istedenfor hva de gjør (Rost, 1991). *Purpose* kan ses på som formål og den indre «gnisten» i å gjøre noe meningsfullt. Det å kunne utgjøre en forskjell og gjøre noe for andre enn for deg selv. Eksempelvis vil det å ha et yrke som innebærer at du redder liv, være svært meningsfylt. *Purpose* begrepet vil videre i oppgaven bli nevnt som overordnet mening/hensikt.

Daniel H. Pink tar opp Deci og Ryans selvbestemmelsesteori i boken sin *Drive*, hvor han sier at autonomi og behov for kompetanse er avgjørende for motivasjon. Det legges til en ny tredje faktor som er nettopp *purpose* eller *mening/hensikt*. Her sier han at de mennesker som er mest motiverte, produktive og fornøyde er de som har en overordnet mening/hensikt bak det de gjør. Disse menneskene ønsker å gjøre noe med en sak, sett og opplevd som større enn seg selv (Pink, 2009).

Medicenes oppgaver er å behandle og redde liv. Ved å ha en meningsfull hensikt med det man gjør, kan det påvirke medicenes indre motivasjon. Kompetansen medicene tilegner seg kan oppfattes som mål, mens årsaken til at de ønsker å bli bedre kan tolkes som overordnet mening/hensikt.

4 Drøfting

Innledning

Jeg ønsker å drøfte om medicene opplever at de er i stand til å redde liv. Det å redde liv er hovedoppgaven til sanitetsbataljonen, og således det viktigste i utdannelsen til medicene. Som det står på sanitetsbataljonens side på forsvar.no « En annen av hovedoppgavene til sanitetssoldaten er å stabilisere og behandle syke og sårede for videre evakuering. Dette stiller store krav til den enkelte soldat, da det ofte kan stå om liv»(Web1). I HVS Sanitet (2011, s 17) står det beskrevet at «Eleven skal selvstendig og i samarbeid med andre kunne utføre førstehjelp i henhold til «Førstevurdering ved Traumer», Grunnleggende sanitetsfag, Nivå 3. Han/hun skal ha den nødvendige teoretiske bakgrunnsforståelse for å gjennomføre dette korrekt». Kjernen i utdanningen bør gi medicene en kompetanse som fører til at de kan redde liv i alle mulige situasjoner.

4.1 Hvordan opplever medicene at de er i stand til å utøve yrket sitt?

Funnene fra intervjuene viser at medicene føler seg gode nok til å utøve yrket sitt, fordi de har fått kurs og har erfaring utenom den grunnleggende utdanningen deres. En av medicene har vært i strid i Afghanistan, og utøvd førstehjelp på reelle pasienter. Medic 2 sier: «(...) *jobbet ute i Afghanistan som medic og det er en av hovedgrunnene til at jeg føler meg kompetent nok*». Dette har ført til at medicen har fått en god erfaringsbakgrunn. Medicen opplever at han/hun er i stand til å utøve yrket sitt på bakgrunn av behandling av syke og sårede pasienter i strid. Dette er i samsvar med det Sanitetsbataljonen beskriver er oppgaven til en medic: «har som primæroppgave å utøve livreddende førstehjelp under alle stridsforhold»(Web 2).

For å finne ut om medicenes sanitetsutdannelse er i samsvar med sanbn's oppdrag og oppgaver skal jeg undersøke om deres kompetanse er i samsvar med det de skal gjøre.

I teorikapittelet 3.3 forklarte jeg Dreyfus og Dreyfus 3 nivåer innenfor kompetanse. Her forklares det hva som kreves av utøveren for å nå kompetanse, dyktighet eller ekspert nivå. De vervede medicene bør være på et kompetansenivå som tilsvarer dyktig eller ekspert nivået til Dreyfus og Dreyfus sin kompetansemodell. Fordi Hærens Sanitet skal som tidligere beskrevet være eksperter på førstehjelp. Hvis kompetansen til medicene ikke er god nok, kan det i verste fall bety at pasienten dør. Det å være ansvarlig for at en person skal overleve eller dø, betyr at man må være profesjonell i jobben sin og for å kunne gjøre den ordentlig. Det kan i enkelte situasjoner være knapt med tid, derfor er det optimalt at medicene handler raskt og

intuitivt. Ifølge Dreyfus og Dreyfus(2004) evner eksperter å handle fort og presist. Det å handle intuitivt kan sammenlignes med at man er på ekspertnivå. For at medicene skal handle intuitivt må de ha en omfattende erfaringsbakgrunn.

Medic1 sier: *«Jeg vil si jeg er en profesjonell medic. Det har blitt en del av livsstilen min».* Dette kan sammenlignes med å bli personlig involvert som står i stil med Dreyfus og Dreyfus sine nivåbeskrivelser av det å være kompetent, dyktig eller ekspert.

Funnene fra intervjuene viser at medicene som har fått avdelingens utdanning, praktisk erfaring og vært på kompetansehevende kurs er gode nok. Medicenes kompetanse kan sammenlignes med dyktighet og ekspertnivå. Det kan da sies å være i samsvar med sanbn's oppdrag og oppgaver. Et fellestrekk fra intervjuene var at medicer som ikke har fått hele utdannelsen og kurs ikke er gode nok, fordi de ikke har fått utøvd yrket sitt nok. Det at de ikke har opparbeidet seg en god nok erfaringsbakgrunn kan sammenlignes med Dreyfus og Dreyfus sitt nivå kompetent. Dette støttes av hva offiser 1 sier: *«Det er ingen her som er selvtilfreds på kompetanse, slik jeg opplever det. De er i et yrke hvor de aldri blir ferdig utlært».*

Delkonklusjon

Medicene som har kurs og erfaring opplever at de er i stand til å utøve yrket sitt, og er kompetente nok. Det vil si at de har nådd dyktighet- eller ekspertnivået til Dreyfus og Dreyfus. Det innebærer at de vervede medicene har tilegnet seg en omfattende erfaringsbakgrunn, og det kan de få gjennom praktisk trening og erfaring. Medicene har et behov for videre utvikling og kompetanse. Ifølge funn fra intervjuene vil medicene som ikke har fått ekstra kurs og erfaring, ikke være i stand til å utøve oppdraget sitt på en god nok måte. Ifølge medicene som jeg intervjuet opplever de seg gode nok, men de vil bli bedre til å utøve yrket sitt, bedre på å redde liv.

4.2 Får medicene den utdanningen de mener de har behov for?

Grunnleggende sanitetsutdannelsen som de vervede medicene får i dag er nivå 3, deretter får de videre utdanning i avdelingene. Det står på Sanitetsbataljonens side på forsvaret.no(Web 1) at «Soldatene får en god og grundig utdanning i sanitetsfaget, og blir trent og kurset til å gjennomføre førstehjelp under svært stressende situasjoner».

Funnene fra intervjuene viser at de fleste vervede medicene har et større behov for tilbud om kompetanseheving, utvikling og utfordring enn det de får i dag. Det mangler en utdanningsplan og praktisk erfaring slik at de kan utøve yrket sitt på en best mulig måte. Medicene ønsker å bli bedre enn det de er i dag.

Karriere- og tjenesteplan for Hærens sanitet skal være et verktøy som skal gi den enkelte i Hærens sanitet mulighet til å kunne planlegge og påvirke sin egen fremtid(...) Intensjonen er at «Karriere og tjenesteplan HSAN» skal være et levende dokument som oppdateres som følge av nye utdanningstilbud, organisasjonsendringer eller andre endrede rammevilkår(Anderssen, 2010, s 2).

Karriere- og tjenesteplanen berører ikke vervet personell(Anderssen, 2010), altså ikke de vervede medicene.

Målsetningsteorien som blir beskrevet i teorikapittelet sier at det å arbeide mot et bestemt mål er en sentral motivasjonskraft. Har man en plan og klare mål underveis i arbeidet du gjør skaper man trivsel og forutsigbarhet til de undergitte. Mestringsevnen er en faktor som knyttes opp mot målsetningsteorien. Ifølge Kaufmann og Kaufmann (2009) sine studier har personer med lav mestringsevne en tendens til å senke målene eller gi helt opp.

Ifølge både Karriere- og tjenesteplan for Hærens Sanitet, offiserene og medicene kommer det frem at det mangler en utdanningsplan til de vervede medicene. Medicene sier også at det er behov for det. Funnene viser at det mangler en rød tråd fra dagen de starter i stilling og til slutt. Ifølge offiser 1 er målsetningen til slutt fagbrev på ambulanse, men det er ingen som har opparbeidet seg denne utdanningen. Offiser 1 sier: «*Det eksisterer ikke noen årsplan når du skal ta det og det kurset*». Jeg tolker det som at målene underveis er å få dra på kurs for å videreutvikle og opparbeide seg ny kompetanse.

Funnene viser at det viktigste behovet medicene har i utdannelsen er at de behøver en utdanningsplan. Det at det ikke finnes en utdanning- og årsplan til hver enkelt medic gjør at målet om å dra på kurs ikke blir nådd. Ifølge offiser 1 er det i dag tilfeldig hvem av medicene som får kurs. Jeg oppfatter at dette går ut over den utdanningen medicene kunne ha fått. Det at medicene ikke får dra på kurs, kan påvirke mestringsevnen fordi de ikke får hevet og utviklet kompetansen sin. Dette kan føre til at medicene får en lav mestringsevne, mister motivasjonen og ønsker å slutte i stilling. Sammenlignet med teorien om at personer med lav mestringsevne

har en tendens til å senke målene eller gi helt opp kan vise til at medicene ikke får den utdanningen de mener de har behov for, og derfor ønsker å slutte i stilling.

En klar utdanningsplan kan være en 6 års plan som eksempelvis kan være en årsplan hvor kursene beskrives, hvor også praktisk erfaring som hospitering er planlagt og fastsatt. Etter 2 år skal medicene ha vært på 2 kurs, etter 4 år i stillingen har de fått 2 nye kurs. Planen bør inneholde når medicene får dra på kurs, og hvilke kurs dette er slik at det skaper mer forutsigbarhet. Dette trengs fordi det kan skape trygghet og motivasjon til medicene fordi de vet når de får dra på kurs, og vet at kompetansen deres blir utviklet. Hvis det er tilfeldig hvem som får dra på kurs kan dette føre til at en medic har 4 kurs mens en annen medic har ingen. Karriere- og tjenesteplan for Hærens Sanitet skal hjelpe til i størst mulig grad å sikre at de får rett person på rett sted til riktig tid (Anderssen, 2010). Det er viktig å ha en plan for de vervede medicene slik at også avdelingen sender riktig person til rett tid på kurs og tilsvarende.

Grunnutdannelsen nivå 3 innebærer praktisk fokus, men det er ikke innført reel utøvelse av yrket på ordentlige pasienter (HVS Sanitet, 2011). Ifølge Offiser 2 vil medicer som kun har grunnutdannelsen ikke være gode nok, fordi det mangler at det er hovedfokus på de livreddende tiltakene. Medicene sier selv at de mangler noe i utdannelsen. Ifølge medicene mangler det praktisk erfaring og kurs. Medic 2 sier følgende: *«Vi må oppleve dårlige pasienter og død for å se om dette er det vi virkelig passer til(...) Man må få tilført noe i utdannelsen slik at man får testet sannheten. Erfaring fra virkeligheten»*.

Intervjuene viser at medicene som ikke har fått ekstra kurs og erfaring, ikke får den grundige utdanningen de har behov for. De må ut å praktisere og opparbeide seg erfaring fra ulike situasjoner for å få den utdannelsen de mener de har behov for.

Som det blir beskrevet i teorikapittelet 3.2 sier Deci, Ryan og Bandura at tro på egen kompetanse og mestringssevne er av stor betydning for motivasjon. Mennesker har behov for å føle seg kompetente. Hvis en ikke føler seg kompetent, man stagnerer, ikke blir utfordret og videreutviklet vil dette få betydning for hvordan man opplever det man skal gjøre opp mot de kravene som stilles.

Funn fra intervjuene viser at selv om medicene opplever at de er i stand til å utøve yrket sitt, ønsker de å tilegne seg en høyere kompetanse. Hvis de hadde fått kompetansehevende kurs og mer praktisk erfaring kunne de kalle seg spesialister og fått en spisskompetanse. Dette støttes opp av offiser 2 som sier: *«Jeg opplever at det er jevngangen at medicene ser at de ikke er*

gode nok, de trenger mer. Fordi de må utøve yrket sitt og trene på det. Klinikken og pasientkontakten er det som mangler på kompetansen til medicene våre. Det må vi ut i helsetjenesten å gjøre». Ifølge den ene medicen er det ikke nok tilbud, denne medicen har fått 2 kurs på 3 år. Medicen er overbevist om at det er ikke på grunn av utdanningen at han/hun og de andre medicene blir værende i stillingen.

Her vises det at det medicene sier stemmer overens med teorien. Hvis medicene ikke får dekket det behovet de har for kompetansen i utdanningen vil det føre til at de stagnerer, og motivasjonen synker og de trives mindre i jobben. Behovet for å dra på kurs og således utvikle kompetansen kan være avgjørende for at medicene skal føle at de er i stand til å redde liv og således i samsvar med sanbn's oppdrag og oppgaver.

Delkonklusjon

Det er ut fra funnene i denne delen mulig å si at medicene ikke får den utdanningen de mener de har behov for. Det er ingen klar utdanningsplan som kan tilføre medicene den utdanningen de mener de har behov for. I dag er det tilfeldig hvem som får kurs, og videre utvikling av kompetansen. Alle jeg intervjuet påpekte at det er et større behov for utdannelse enn slik det er i dag. Funnene viser at medicene har behov for en fast og forutsigbar plan, slik at de vet når de får dra på kurs. De har også behov for praktisk erfaring, slik at de får utøvd yrket sitt ordentlig. Intervjuene kan vise til at hvis medicene får kompetansehevende kurs og praktisk erfaring, vil de kunne få den utdanningen de mener de har behov for. For at medicene skal oppleve at de er i stand til å redde liv må de ha en god kompetanse og praktisk erfaring. Behov for kompetanse og en høy mestringsevne kan føre til at motivasjonen deres blir bedre.

4.3 Hva motiverer medicen til å være lengre i stilling?

Medic 2 sier: *«Jeg vil være den personen som redder den skadde.»*

Jeg opplever fra intervjuene at medicene vil være mediser fordi de har et ønske om å gjøre en forskjell, og at det de gjør er meget meningsfylt. Ut fra funnene opplever jeg at medicene og offiserene tenker på oppdraget sitt som det å bli best mulig til å redde liv. Ifølge medicene og offiserene har de en målsetning å få fagbrev på ambulanse. Det bør videre jobbes mot en felles mening/visjon til alle de vervede medicene rundt hvorfor man skal nå den målsetningen man har. Er målet å bli bedre fordi man da får status, eller ligger det en større og mer meningsfull årsak bak det?

Som Daniel Pink sier i teorikapittelet 3.5 vil de som er mest motiverte, produktive og fornøyde være de som har en overordnet mening/hensikt bak det de gjør. En overordnet mening/hensikt er viere, mer integrert og mer orientert til hva mennesker tenker om en visjon eller til et oppdrag.

Det jeg oppfatter som det viktigste funnet fra intervjuene er at medicene har en overordnet mening/hensikt med yrket sitt. De vil redde liv, og de vil gjøre en forskjell. Hvis medicene og offiserene har en felles overordnet mening/hensikt med oppdraget, det å redde liv kan det føre til at medicene vil være motiverte og således ønsker å bli værende i stilling. Arbeider man med noe større enn seg selv, i dette tilfellet med å redde liv, kan det føre til at man er motivert nok til å fortsette med det arbeidet man gjør. Hvis medicene tviler på deres evne til å redde liv eller ikke evner å redde liv, kan det føre til at den indre motivasjonen og «gnisten» slukkes. Dette kan være en av årsakene til at medicene slutter i stilling.

Funnene fra intervjuene viser at årsakene til at medicene slutter i stilling er fordi de ikke føler seg gode nok. Det vises også at de slutter fordi de ikke blir utfordret og utviklet slik de burde bli.

I teorikapittelet forklares det flere forskjellige måter å bli motivert på. Det kan være i form av den iver og engasjement en person har til selve yrket. Deci og Ryan beskriver at motivasjonen vår er avhengig av at vi føler oss kompetente. Det å føle oss kompetente er også i sammenheng med det Bandura skriver om mestringsevne. Bandura hevder at opplevelsen av kompetansen bygges på tidligere prestasjoner(1994). Det som også påvirker motivasjonen er målsetning, det å fokusere på målets betydning som motivasjonsfaktor.

Funnene viser at medicene blir motivert hvis de får en kompetanse som gjør de best mulig egnet til å redde liv. De har behov for flere kurs, mer praktisk erfaring og utfordringer, dette kan trolig løses hvis hver enkelt medic får en klar og fast årsplan. Det å ha klare mål vil skape forutsigbarhet og trygghet som videre vil motivere medicene. Hvis medicene får reelt utøve yrket sitt og mestrer dette vil det som Bandura sier føre til at opplevelsen av kompetansen deres blir bedre og de får en høyere mestringsevne som vil påvirke motivasjonen til det bedre.

Et annet funn som kommer tydelig frem i intervjuene er at fagbrev ambulanse er noe som vil motivere medicene. Fagbrev ambulanse er i dag en målsetning, men det er ingen medicer som har fått muligheten til å ta det. Ifølge medic 1 og 2 ville de ha fortsatt lenge i stilling hvis fagbrev ambulanse hadde vært en del av utdannelsen. Ifølge den ene medicen er en av

årsakene til at medicene slutter i stilling fordi fagbrev ambulanse er lite sannsynlig og realistisk. Medic 1 sier: «*Fagbrevet er så langt borti skyene en eller annen plass*».

Delkonklusjon

Ut fra de viktigste funnene innenfor motivasjon er min oppfatning at medicene er motivert for å være lengre i stilling fordi de har en overordnet mening/hensikt med det å redde liv. For å kunne redde liv på en best mulig måte må medicene ha tilegnet seg praktisk erfaring og oppleve reelle pasienter for å få en høyere mestringsevne og dekke behovet for kompetanse. Funnene viser at det å ha en utdanningsplan for hver enkelt medic vil også være med på å motivere medicene til å være lengre i stilling. Fagbrev på ambulanse er i dag noe som kan motivere medicene til å bli værende i stilling.

4.4 Hvorfor er fagbrev ambulanse en målsetning?

Fagbrev på ambulanse innebærer fullført og bestått opplæring til det medisinske og operative fagfeltet i ambulansetjenesten. Tverrfaglig prøve i lærefagene med eksamen må avlegges før man kan fremstille seg til fagprøve.

Ambulansetjenesten er den del av spesialisthelsetjenesten, opplæringen skal utvikle evnen til å arbeide under tidspress og ofte under vanskelige og fysisk krevende forhold. Når man har bestått fagbrev ambulanse er yrkestittelen ambulansarbeider. Grunnutdanningen til yrket som ambulansarbeider er fireårig. De to første årene består av skole, deretter følger to års læretid ved en godkjent lærebedrift(St.meld.nr 43 1999-2000). «Opplæring i bedrift er vanligvis ett års helstidsopplæring som kombineres med en ett års verdiskapning»(St. meld.nr 43 1999-2000, s 196). Man kan ta fagbrev enten ved å gå videregående skole ambulansfag, eller ved å ta eksamen i ambulansfag som privatist.

§ 3-5. Fag- og sveineprøve utan læreforhold og skole

Det er mogleg å ta fag- og sveineprøva på grunnlag av allsidig praksis i faget som er 25 prosent lengre enn den fastsette læretida. Fylkeskommunen avgjer om den praksisen kandidaten viser til, kan godkjennast, og kan i særlege tilfelle godkjenne kortare praksis (LOV-2013 oppl.kap 3-5).

Når man har fagbrev ambulanse innebærer det at medicen har prøvd prehospitale tiltak av følgende tilstander; livløs pasient, bevisstløse pasient, alvorlig syk pasient og traumatisert pasient(St.meld.nr 43 1999-2000). Fagbrev ambulanse innebærer at man får en yrkestittel, og man får god erfaring på å behandle syke og sårede som førstehjelper og under evakuering.

Har man fagbrev på ambulanse har man et bevis på at man er god nok. Man vil ha god erfaring med pasientkontakt og på pasientklinikken.

Funnene viser at den viktigste årsaken til at fagbrev ambulanse er målsetningen er fordi det fører til praktisk erfaring. De må utøve yrket sitt på ordentlige pasienter, oppleve klinikken og få pasientkontakt. Funnene viser at medicene hospiterer på ambulanse, og det gjør de for å kunne ta fagbrev ambulanse. Fra sanitetsoperativt seminar kom det frem at hospitering ikke var god nok praktisk erfaring. Hospitering innebærer ikke alltid at man får utøve de praktiske tiltakene. Hospitanter kan få forskjellige arbeidsoppgaver ut fra hvor man hospiterer hen. I noen tilfeller kan dette kun innebære observasjon, ikke utøvelse.

Offiser 2 sier: *«Alt løsner hvis de får fagbrev ambulanse»*. Med dette oppfatter jeg det slik at medicene får dekket det behovet de har for kompetanse. De får utfordringer og utviklet den kompetansen de har tilegnet seg til nå. Medicene får et håndfast bevis på at de er dyktige nok, som vil trolig kunne påvirke hvordan de opplever kompetansen sin og derfor få en høyere mestringsevne. Dette kan føre til at medicene opplever utdannelsen i samsvar med det som kreves av dem.

I funnene fra intervjuene kommer det også frem at det er utfordringer med å ha fagbrev ambulanse som målsetning. En utfordring er at det vil gå ut over den vanlige tjenesten. Som det står beskrevet ovenfor tar det tid å få opplæring på ambulanse slik at man kan gå opp til fagprøven. Dette innebærer at det må settes av tid fra tjenesten for å få hospitert og jobbe på ambulanse. Det må derfor prioriteres vekk tid fra den «vanlige» tjenesten. Ifølge offiser 1 vil en annen utfordring med ta fagbrev ambulanse være å holde medicene værende i avdeling etter de har tatt fagbrev på ambulanse. Det vil være ugunstig hvis ressursen (medicen med fullført fagbrev) forlater avdelingen og slutter i forsvaret etter å ha fått en «gratis» utdanning.

Fagbrev ambulanse vil som tidligere beskrevet kunne gi medicene praktisk erfaring. En ulempe med denne praktiske erfaringen er skadeomfanget. Ifølge offiser 2 bør utdannelsen ha hovedfokus på livreddende tiltak i stridsrelaterte skader. På sivil ambulanse vil man ofte stå ovenfor situasjoner hvor man må kjøre Olga på 75 år fra sykehjem til sykehus. Det er ikke ofte på sivil ambulanse man får oppleve skuddskader og lignende stridsrelaterte skader. Likevel vil erfaringen medicen får fra fagbrev ambulanse være unik. Man får pasientkontakt, se klinikken og komme i møte med den dårlige pasienten. Som medic 2 sier: *« Vi må oppleve dårlige pasienter og død for å se om dette er det vi virkelig passer til. Få de inntrykkene og klinikken(....) Erfaring fra virkeligheten»*.

Delkonklusjon

Funnene i denne drøftingen belyser at de har fagbrev ambulanse som målsetning fordi det vil gi medicene noe unikt. Hvis fagbrev ambulanse blir innført i utdannelsen ville begge medicene ha fortsatt lengre i stilling. Dette kan gi medicene en særdeles god kompetanse og praktisk erfaring.

5 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å bidra til å gjøre sanitetsbataljonen best mulig. Det har jeg gjort ved å se på utdannelsen til de vervede medicene.

Oppgavens problemstilling var; *Opplever de vervede medicene i sanitetsbataljonen at utdannelsen deres er i samsvar med sanbn's oppdrag og oppgaver? Hvordan bør sanitetsutdannelsen til de vervede medicene være?*

Funnene viser at de vervede medicene opplever at utdannelsen deres ikke er i samsvar med sanbn's oppdrag og oppgaver. Med ekstra kurs og erfaring opplever likevel medicene at kompetansen deres er i samsvar. Hvis man ser på den grunnleggende utdannelsen sammen med kompetansehevende kurs og erfaring er utdannelsen i samsvar med sanbn's oppdrag og oppgaver.

Funnene viser videre at det er et behov for videre kompetanseheving enn det de får tilbud om i dag. Det er et behov for en utdanningsplan slik at det skaper forutsigbarhet og som igjen kan føre til en bedring av medicenes motivasjon. Årsaken til at medicene vil bli bedre er fordi de har en mening bak det de gjør. Det er en målsetning i dag at de fleste vervede medicene i sanbn skal ta fagbrev på ambulanse. Dette er noe som bør innføres, og legges mer vekt på å nå i utdannelsen til medicene. Hvis fagbrev ambulanse blir innført som en del av utdannelsen kan dette føre til at medicene blir værende lengre i stilling. Det å få fagbrev på ambulanse kan dekke de behovene innenfor kompetanse, øke mestringsevnen og således øke den indre motivasjonen som får medicene til å bli værende lengre i stilling.

Det å redde liv er hovedoppgaven til sanitetsbataljonen, og således det viktigste i utdannelsen til medicene. Kjernen i utdanningen bør gi medicene en kompetanse som fører til at de kan redde liv i alle mulige situasjoner. Ved å få den kompetansen betyr det at de får en mening med det arbeidet de gjør. De får en overordnet mening/hensikt og en drivkraft til det de skal gjøre. Det kan føre til at de får en indre motivasjon til arbeidet de gjør og til videre utdanning. Utdannelsen må være tilpasset på en slik måte at medicene blir best mulig til å redde liv, og får den indre motivasjon som driver dem fremover. Hvis de ikke får riktig utdanning kan dette påvirke arbeidet de gjør. Ved at arbeidet gir en overordnet mening, kan det føre til at medicene blir værende lengre i stilling.

6 Referanseliste

Bøker:

- Bandura, A, (1990) *Conclusion: Reflections on Nonability Determinants of Competence*. Edited by Sternberg, J.R & JR, K.J. Yale university press New Haven and London
- Burns, J.M, (1978) *Leadership*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Dreyfus, H & Dreyfus, S, (2004) *Mesterlære og eksperters læring I Mesterlære Læring som sosial praksis*. Red: Nielsen, K & Kvale, S. Gyldendal Norsk Forlag AS, 2 opplag.
- Forsvarets sanitet, (2009) *Lærebok i sanitetsfag tjenesten*, UD 4-1-5, FSAN P-20, Zoom Grafisk AS.
- Hiim, H & Hippe, E, (2001) *Å utdanne Profesjonelle yrkesutøvere*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Jacobsen, D.I, (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? – Innføring i samfunnsvitenskapelig metode 2. utgave*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS-Norwegian Academic Press
- Johannessen, A, Tufte, P & Christoffersen, L (2010) *Introduksjon til SAMFUNNSVITENSKAPELIG METODE*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Kaufmann, G & Kaufmann, A, (2009) *Psykologi i organisasjon og ledelse*. 4 utgave. Grafisk produksjon: John Grieg AS, Bergen.
- Kuvaas, B & Dysvik, A (2012) *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser*. 2. utgave, Bergen: John Grieg AS
- Lai, Linda, (2006) *Strategisk kompetansestyring*. Bergen: Grafisk produksjon: John Grieg AS
- Pink, Daniel H (2009) *Drive*. New York: Riverhead Books
- Rost, Joseph C (1991) *Leadership for the Twenty-First Century*. Praeger Publishers, 88 Post Road West, Westport.
- Sookermany, McD Anders, (2005) *Fra vernepliktig rekrutt til ekspertsoldat, ferdighetslæring i det nye forsvaret*. Oslo: GAN Forlag AS

Dokumenter:

- Anderssen, M (2010), *Karriere- og tjenestepplan for HÆRENS SANITET*. Fagsjef sanitet i Hæren. Rena
- Det Kongelige Sosial- og helsedepartement (1999-2000). *St.meld.nr. 43: Om akuttmedisinsk beredskap*
- Det Kongelige Sosial- og helsedepartement (1999-2000). *St.meld.nr. 43: Om akuttmedisinsk beredskap*. Vedlegg 1: *Vedlegg til kap 4. 1.1 Om ambulansesfaget* (s 195-197).
- Forsvarsstaben, (2012) *Forsvarets personellhåndbok- Del D Forvaltning av vervede(grenaderer og matroser)*, Tom Simonsen, Direktør: Sjef Forsvarsstaben/Personellavdelingen
- HVS Sanitet (2011) *Sanitetsutdanning i Hæren*, SANUP 1, Nivå 1-3, Hærens utdanningsprogrammer, Fagansvar Sanitet i Hæren.
- Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova-oppl)(LOV-2013-06-21-98 fra 01.08.2013). Kunnskapsdepartementet.

Artikler:

- Bandura, A(1994) *Self-Efficacy*. In V.S Ramachaudran (Ed), *Encyclopedia of Human behavior* (Vol. 4, pp 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman, *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- Maslow, A. H (1943) *A Theory of Human Motivation*. Originally Published in *Psychological Review*, 50, 370-396. Posted August 2000.
- Myklemyr, Anita (2012) Intervju med Deci L. Edward. “*Det er ikke lederens jobb å motivere medarbeiderne*”. Ukeavisen Ledelse- Seksjon: Liv & Ledelse, 16.11.2012, Side 11-14.
- Ryan, R & Deci, E (2000) *Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions*. *Contemporary Educational Psychology* 25, s 54-67. University of Rochester.

Elektroniske kilder:

- Web1:<http://forsvaret.no/om-forsvaret/organisasjon/haren/avdelinger/brigadenord/Sider/Sanitetsbataljonen.aspx>
(Lokalisert 07.11.2013 kl 12.43)

- Web2:<http://forsvaret.no/verneplikt/muligheter/Sider/sanitetssoldat-i-sanitetsbataljonen.aspx> (Lokalisert:08.11.2013 kl 1423)

Informanter:

- Offiser, sanitetsbataljonen (2013)
- Offiser, Hærens Våpenskole Sanitet (2013)

Respondenter:

- Vervede medic, sanitetsbataljonen (2013)
- Vervede medic, sanitetsbataljonen (2013)

7 Vedlegg

Vedlegg 1 Sanitetsoperativt seminar 2013 program





Vedlegg 2 Intervjuguide respondentene

Vedlegg 3 Intervjuguide informantene

Vedlegg 4 Kategori inndeling

Vedlegg 1

Sanitetsoperativt seminar 2013 program

SANITETSPERATIVT SEMINAR 2013	
SANITETSBATALJONEN "PROFESJONALITET SKAPER TROVERDIGHET"	
	
	
TORSDAG 31. OKTOBER	FRIDAG 1. NOVEMBER
SANITET I Brigade-N	Overordnet
0730-0830 Registrering, fyller kaffekopp	0730-0800 Registrering, fyller kaffekopp
0830-0845 Åpning Administrativt ved Sjef Sanbn / S-3 Sanbn	0800-0900 Sjef Brigade-N Brigader Odin Johannessen
0845-0915 Sanitetsbataljonen ved sjef Sanbn Oblt Sakserud	0905-0925 FSAN led Oblt Morten Andersen
0915-0945 Grenader i sanitetsavdeling. Grenader Sankp 3	0930-0950 Sjef Sanitetet i Sjøforsvaret Kommandør Sommerfelt-Pettersen
0945-1000 Pause	0950-1000 Pause
1000-1020 Troppsjef i sanitetsavdeling, Nk Sankp 1 Lt Sanden	1000-1045 Hærens våpenskole SAN ved Oblt Trond Sjaaeng
1020-1100 Kpsjef i Sanbn/Samvirke kp Sjef Sankp 3 Maj Solås	1045-1130 Hærens våpenskole SAN Nye konsepter, SOP, TTP
1100-1145 Lunsj	1130-1215 Lunsj
1145-1230 Bn lege Sanbn Jan Harald Nilisen	FSAN 125 ÅR
1235-1320 2bn Sankonsept, lett inf konsept. Sjef STØkp 2bn Kapt Jan Heen	1215-1330 Fagsjef HSAN Oberst Asle Gaarder
1320-1330 Pause	1330-1350 Torkild Skallerud kpsjef 1953-1954
1330-1430 Erfaringer FOH In Amenas Maj Amundsen	1350-1410 Erfaringer Sankp Brig-N Maj (R) Figenschau
1435-1520 Kompetanse, strids sanitet med mer Oblt Terje Svetlet	1410-1425 Pause
1530-1630 Sanitetet i FSK ved Steinar Gjellum	1425-1545 Tjeneste i Normedcoy Oblt Kåre Emil Brændeland
	1545- Avslutning ved sjef Sanbn Oblt Oddveig Sakserud

Vedlegg 2

Intervjuguide for respondentene

Intervjuguide for respondentene

- Intensjonen med intervjuet

Innledning:

- Presentasjon av meg selv
- Presentasjon av oppgaven min
- Hensikten med oppgaven
- Problemstillingen

Fakta spørsmål:

Hvilke stilling hun/han har hatt eller sitter i?

Tidligere erfaring og tjenestegjøring?

Åpne spørsmål for vervede medicer i sanitetsbataljonen:

1. Hvorfor ville du bli medic i sanitetsbataljonen?
2. Hva er det som gjør medic stillingen givende for deg?
3. Hva oppfatter du er sanbn's oppdrag og oppgaver? Og de kravene som stilles til medicene?
4. Hva tenker du om kompetansen du har som medic?(dyktig, ekspertise, profesjonell)
5. Opplever du at du som medic har fått den sanitetsutdannelsen som er tilstrekkelig nok? (mtp sanbn's oppdrag/oppgaver)

Hvis ja- Hvorfor og hva i utdannelsen(kurs etc) er det mest vesentlige?

Hvis nei- Hvorfor ikke? Hva mener du at medicene mangler?

6. Vil du si at du er en profesjonell medic? Hvorfor/hvorfor ikke? (utdanning og erfaring)
7. Har du fått noe mer enn den grunnleggende medics utdannelsen, kurs, hospitering etc?
8. Hvilke kompetansehevende kurs el lignende skulle du hatt for å motivere deg til å fortsette i stillingen?
9. Mener du det bør tilføres annen utdanning (kurs etc) slik at du kan bli enda mer profesjonell og kompetent opp mot oppdraget til sanbn?
10. Hva var det med sanitetsutdannelsen som motiverte deg til å bli medic?
11. Tenker du å fortsette som medic? Hvorfor/hvorfor ikke?
12. Hva skulle blitt gjort slik at du vil fortsette i stillingen?
13. Hvordan tror du utdannelsen bør være for å holde grenaderer lengre i stillingene?

Avslutning:

Er det noe innenfor temaet som vi ikke har vært innom som du vil legge til?

Har du noen avsluttende kommentarer?

Tusen takk for at du tok deg tiden til å bli intervjuet!

Temaliste:

- Profesjonalitet skaper troverdighet
- Sanitetsbataljonens oppdrag og oppgaver
- Medic stillingen
- Kompetanse
- Utdannelsen
- Motivasjon
- Mestring

Vedlegg 3

Intervjuguide for informantene

Intervjuguide for informantene

- Intensjonen med intervjuet

Innledning:

- Presentasjon av meg selv
- Presentasjon av oppgaven min
- Hensikten med oppgaven
- Problemstillingen min
- Intervju anonymisert, ikke navngitte, båndopptak slettes
- Jeg vil påpeke at jeg er ute etter deres forståelse, meninger og tanker

Fakta spørsmål:

Hvilke stilling hun/han har hatt eller sitter i?

Tidligere erfaring og tjenestegjøring?

Åpne spørsmål om de vervede medicene i sanitetsbataljonen:

1. Hva oppfatter du som årsakene til at medicene dine har valgt å jobbe i sanbn?
2. Oppfatter du at medicene dine har et spesielt forhold (engasjement og iver) til de oppgavene de skal gjøre? (sanbn's oppdrag og oppgaver?)
3. Hva tenker du om medicene dine sin kompetanse til å løse sanbn's oppdrag og oppgaver?
4. Hvor god er den? (viderekommende, kompetente, dyktige, eksperter?)
5. Vil du si at de vervede medicene er kompetente nok?

Hvorfor/Hvorfor ikke?

6. Opplever du at medicene har fått den sanitetsutdannelsen som gjør at de oppfatter seg selv som tilstrekkelig profesjonelle opp mot sanbn's oppdrag og oppgaver?

Hvis ja, hvorfor det? Hva i utdannelsen bidrar konkret til dette?

Hvis nei, hvorfor ikke? Hva i utdannelsen er det som mangler?

7. Hva mener du bør legges inn i utdanningen ut fra hensynet til det å være profesjonell og kompetent?

8. Hvilke kurs, erfaring e.l lignende tror du vil heve kompetansen til de vervede medicene utenom det vanlige utdanningsforløpet deres?
9. Hvorfor akkurat disse kurs etc? Tror du det vil det skape ytre eller indre motivasjon?
10. Hva tenker du om årsakene til at vervede medicer vil fortsette i stillingen?
11. Hva tror du er årsaken til at vervede medicer slutter i stillingen?
12. Hva tror du er de største utfordringene for å holde på grenaderene?
13. Hva tror du må til for å holde på de vervede medicer?
14. Hvorfor er det viktig for Sanitetsbataljonen å holde på de vervede medicene?

Avslutning:

Er det noe innenfor temaet som vi ikke har vært innom som du vil legge til?

Har du noen avsluttende kommentarer?

Tusen takk for at du tok deg tiden til å bli intervjuet!

Temaliste:

- Sanitetsbataljonens oppdrag og oppgaver
- Profesjonalitet skaper troverdighet
- Vervede medicer
- De vervede medicenes kompetanse
- Motivasjon, indre og ytre
- Utdanningen til medicene
- Attraktiv utdanning
- Holde på de vervede medicene

Vedlegg 4

Kategori inndeling

Kategori: Medicenes motivasjon for yrket		
Informant/ respondent	Kontekst	Vurdering
Offiser 1	Jobbet med medicer og har hatt samtaler med medicer	Arbeidsmiljø og ønsket til å bli bedre. -Trivsel i avdelingen -Ønsket om å bli bedre og utfordre og utvikle seg, de vil videre å få mer. Oppfatter at de vil passe best mulig til de oppgaver som krever av dem. -Saniteten må bevise så mye siden saniteten er litt «på siden». Jo bedre man er, jo bedre blir du til å redde liv Holdningsmessig: bli best mulig
Offiser 2	Jobbet tett sammen med medicer og har sett en tendens på hvorfor medicene har valgt dette yrket	Har en overførbarhet til det sivile helsemiljøet. Enorm interesse til faget, og det gjenspeiler at de fleste vil bli best mulig
Medic 1	Jobbet som medic i 5 år	Interesse for helsefaget Det å kunne jobben er motivasjon i seg selv Det å strekke seg lengre, bli bedre Går opp og ned, motivasjonsmessig, men når jeg får god tilbakemelding på at jeg er flink blir jeg mer motivert
Medic 2	Jobbet som medic i 4 år, både utlandet og innland	Interesse for helsefaget Roller som medic jeg har tilhørighet til Jeg vil være den personen som redder den skadde Vi i saniteten blir verdsatt, og folk forstår virkelig din oppgave. De føler deg trygge, da er jeg fornøyd. Hvis jeg hadde fått de kursene jeg trenger kan jeg kalle meg spesialist. Og bli anerkjent. Være en ekspert og ha den spisskompetansen. Vi er ikke så anerkjent av de høyere sjefene.

Kategori: Medicenes kompetanse		
Informant/ respondent	Kontekst	Vurdering
Offiser 1		<p>De kan mye, men mye de ikke kan. Forskjellig kompetanse nivå fra hvor lenge de har vært her.</p> <p>Militær sanitets hovedproblem er jo at vi øver stort sett kun på dukker og markører. Det går til et vist punkt hvor man må oppleve noe.</p> <p>Medicine er gode nok på bakgrunn av minimum kurs de må ha.</p> <p>Opplever ikke at medicine tror de er gode nok, fordi de er så opptatt av å gjøre mer og bli utfordret. Det er ingen her som er selvtilfreds på kompetanse, slik jeg opplever det. De er i et yrke hvor de aldri blir ferdig utlært. Lite praktisk trening, og praktisk erfaring.</p>
Offiser 2		<p>De medicine som kun har grunnutdannelsen er ikke gode nok. Medicine som har fått sanitetsutdanningen de får i avdeling er gode nok.</p> <p>De medicine som har fått hele kurs pakka, i den prehospitale traume behandlingen vil jeg si er profesjonelle.</p> <p>Lavere kompetanse på sykdomslære.</p> <p>Jeg opplever at det er jevngangen at medicine ser at de ikke er gode nok, de trenger mer. Fordi de må utøve yrket sitt og trene på det.</p> <p>Klinikken og pasient kontakten er det som mangler på kompetansen til medicine våre. Det må vi ut i helsetjenesten å gjøre. Hospitere/vikariere.</p>
Medic 1		<p>Jeg føler meg god nok på traume biten, men ikke så god på sykdomslære. Jeg føler at jeg er god nok. Nå går det på automatikk. Trenger ikke følge skjema, men tenker utenfor boksen. Jeg vil si jeg er en</p>

		profesjonell medic. Det har blitt en del av livsstilen min. Det er mange mediser her som kun har nivå 3 (grunnutdannelsen). Jeg har tatt 2 kurs på 3 år.
Medic 2		Ja jeg føler meg kompetent nok, ut fra den erfaringen jeg har. På bakgrunn av de kursene jeg har fått og den erfaringen vil jeg si jeg er spesialist og profesjonell medic. Jeg har 4 kurs og har vært her 3 år. Men jobbet ute i afghanistan som medic og det er en av hovedgrunnene til at jeg føler meg kompetent nok. Jeg har fått prøvd alt, sett død, plukket opp lik etc.

Kategori: Samsvar/sammenheng mellom medicenes kompetanse opp mot sanbn's oppdrag og oppgaver.		
Informant/ respondent	Kontekst	Vurdering
Offiser 1		Ja, jeg vil si de er gode nok og derfor i samsvar med sanbn's oppdrag og oppgaver.
Offiser 2		Ikke de medicene som kun har grunnutdannelsen(ikke samsvar) Fordi de ikke er kompetente nok. Men etter endt utdanning i avdeling er de det ja, og er klare til å dra ut og være operative..
Medic 1		Det er høye krav. De som ikke har den erfaringen og de kursene vil ikke være gode nok.
Medic 2		Det er høye krav. Jeg føler jeg er det. Fordi jeg har fått de kursene og den erfaringen. De som ikke har det er ikke det.

Kategori: Sanitetsutdannelsen		
Informant/ respondent	Kontekst	Vurdering
Offiser 1		Det mangler noe i sanitetsutdannelsen. Kurs og utdannelsen er veldig bra, men

		<p>ikke sammenheng i det. Det er tilfeldig hvem som får kursene. Vi jobber med å få noe fast. Det eksisterer ikke noen årsplan når du skal det og det kurset.</p> <p>Det mangler en rød tråd i utdannelsen (fra start til slutt)</p> <p>Fagbrevet er målsettingen (slutt)</p> <p>Få alle i avdelingen til å se på målet, som da er fagbrev. Målsetningen er å få alle mediser til å få den målsetningen at alt de gjør sanitetsmessig skal lede mot en fagprøve. Alt de skal gjøre skal ha med fagbrev å gjøre.</p> <p>Da behøver man hospitering og vikariering.</p> <p>Det må bli mer forutsigbart</p> <p>Kurs årsplan</p> <p>Ikke nok tid. Vi må være med på øvelser med samvirkepartnere.</p> <p>Det av utdanning de får i avdeling er bra nok, men tiden og evnen til å planlegge er det som mangler.</p> <p>Pasientkontakt mangler, det får de ved å hospitere. Hovedprioritering er erfaring, slik at de kan ta fagbrev ambulanse.</p> <p>Men det er det ikke tid til.</p>
Offiser 2		<p>Selve utdannelsen de får i avdeling er god nok. Men grunnutdannelsen nivå 2 og nivå 3 er ikke god nok. Denne må revideres og oppdateres. Det som mangler er hovedfokus på de livreddende tiltakene.</p> <p>Det mangler også en plan til de vervede medicene. Minimum x antall uker på hospitering, for å få pasient håndtering. Kurs for å trene håndgrep og prosedyre. Noe som er reelt som får dem til å føle mestring.</p>
Medic 1		<p>Sanitetsutdannelsen er god nok på traume. Men ikke god nok på det medisinske og sykdomslære.</p> <p>Det bør tilføres mer i utdannelsen til medicene, nivå 3</p>

		+ og med en pakke kurs. Praktisk erfaring - Og selvfølgelig en plan på hver enkelt medic
Medic 2		Det trengs mer mengdeøvelser i bunn. Kurs i utlandet (patrol medic) i tyskland. Dette kurset baserer seg på erfaringer og er rent militært. Kompetanse heving Hospitering må til. Vi må oppleve dårlige pasienter og død for å se om dette er det vi virkelig passer til. Få de inntrykkene og klinikken. Man må få tilført noe i utdannelsen slik at man får testet sannheten. Erfaring fra virkeligheten. Være psykisk forberedt. -Skikkelig utdanningsmal og plan Sjefene må satse på de profesjonelle og da trenger vi den utdannelsen som gjør at vi blir det.

Kategori: Årsaken til at medicene blir værende i stilling		
Informant/ respondent	Kontekst	Vurdering
Offiser 1		Arbeidsmiljø og trivsel(hygiene faktorene) De ser at det er mulig å få fagbrev Alt løsner hvis de får fagbrev ambulanse De må ha en plan Utfordringer
Offiser 2		De må få: -Revidere grunnutdannelsen -En forutsigbar plan -Fastere dette med fagbrev -Bli trygg i møte med pasienter (hospitering)
Medic 1		Grunnen til at det er god ståtad her er pga trivsel i avdelingen, hadde det ikke vært det da hadde folk slutta. Det er jeg 100 % sikker på. Det er ikke noe tilbud her. Jeg har fått 2 kurs på

		3 år. Da skulle det vært en fast plan. En 6 års kontrakt, etter 2 år skal du disse kursene etter 4 år disse. Fagbrev ambulanse
Medic 2		Forutsigbarhet Ha en plan- du vet når du får komme på kursene, det er et mål å komme på kur, det er status å få dra på slike kurs. Fagbrev ambulanse

Kategori: Årsak til at medicene slutter i stilling		
Informant/ respondent	Kontekst	Vurdering
Offiser 1		De får ikke utdanning og ser det ikke realistisk å få fagbrevet Summen av årsakene er utdanning
Offiser 2		De føler seg ikke gode nok De får ikke nok, føler seg ikke trygg med pasientene Få en utdannelse Lysten til å dra ut å gjøre jobben sin skikkelig, fullt ut.
Medic 1		Ikke noe plan på den enkelte Vi blir ikke utfordret, og utvikler oss ikke slik vi burde. Blir ikke verdsatt Internasjonal tjeneste er ikke «dra eple» lengre. Fagbrevet er så langt borti skyene en eller annen plass.
Medic 2		Ikke noe plan Begynner å bli lei som medic, kompiser har master og jeg har ingenting. Få en utdannelse og karriere Ikke anerkjent