



Forsvarets høgskole

våren 2013

Masteroppgave

Sanitetsetterretning

«I spenningsfeltet mellom krisemaksimering, ryggdekning og
militær nytteverdi.»

Torun Utkilen

Sammendrag

Sanitetsetterretning har som en av sine funksjoner å bidra til bedre innsikt og forståelse av mulige trussler og helserisiki i internasjonale operasjoner. For å utvikle gode medisinske styrkeforebyggende tiltak er det avgjørende at, det forefinnes kunnskaper om, og vurderinger av operasjonsområdet. Denne oppgaven har følgende problemformulering:

Hva er sanitetsetterretning, hvordan utøves sanitetsetterretning, og hvilken betydning har sanitetsetterretning for utformingen av medisinsk styrkebeskyttelse i Norge?

Sanitetsetterretning som begrep utenfor Etterretningsorganisasjonen er et fenomen, og har derfor ikke et tydelig definert innhold, men er basert på skjønn. Doktriner er avhengig av tre forhold, teoriforståelse, kultur og innhold, videre har kulturforståelsen innvirkning på teoriforståelsen, og oppgaven viser at det har vært utfordrende å enes om en felles teoriplattform. Dette viser at NATO-doktrinen som omhandler sanitetsetterretning har liten autoritet.

Videre har oppgaven analysert, hvordan sanitetsetterretning utøves, og belyst hvilke organisatoriske forutsetninger som bør være til sted for å kunne utforme medisinsk styrkebeskyttelse fra sanitetsetterretning. Tilfellestudier som illustrerer dette er fra Sudan 2004, Afghanistan 2005 og KNM Fridtjof Nansen 2009.

Abstract

Medical intelligence contributes to an improved understanding of possible threats and health risks in international operations. Disease and non-battle related injuries pose a threat to personnel deployed in international operations around the world. Medical force protection is one of many factors that have a decisive impact on mitigating the impact of this threat on personnel health and combat capability and as such NATO medical doctrines describe medical support as a cornerstone of support operations. Further, medical intelligence is a vital component in the foundation of effective medical force protection. As such, this thesis seeks to investigate the following:

What is medical intelligence, how it conducted and what is its effect on the planning of medical force protection within the Norwegian Armed Forces.

Medical intelligence as a concept outside of regular intelligence organizations is a phenomenon without clearly defined content and limitations. It is instead based on case-by-case judgement. Doctrines rely on three factors: understanding of theory, culture and contents. These factors are interconnected and influence each other, and as the thesis shows it is challenging to find an agreed upon common definition. As such the current NATO doctrines have little authority.

The thesis also explores how medical intelligence is conducted and illuminates which organizational conditions which must be present to design and conduct effective medical force protection as a result of medical intelligence gathering and analysis. In support of this, case studies from operations in Sudan (2004), Afghanistan (2005) and HNoMS Fridtjof Nansen (Gulf of Aden 2009) are presented.

Innhold

| | |
|--|-----------|
| Sammendrag | 3 |
| Abstract | 4 |
| 1 Innledning | 6 |
| 1.1 BAKGRUNN | 6 |
| 1.2 PROBLEMSTILLING | 8 |
| 1.3 SENTRALE BEGREPER I PROBLEMSTILLINGEN | 9 |
| 1.4 PROBLEMSTILLINGENS RELEVANS | 10 |
| 1.5 AVGRENSNINGER | 11 |
| 1.6 METODE | 12 |
| 1.6.1 Struktur | 13 |
| 2 Hva er sanitetsetterretning? | 15 |
| 2.1 HISTORISKE EKSEMPLER PÅ MANGLENDE SANITETSETTERRETNING? | 15 |
| 2.2 ETTERRETNING | 16 |
| 2.3 SANITETSETTERRETNING | 20 |
| 2.4 DOKTRINEGRUNNLAG | 20 |
| 2.5 FAKTORER I SANITETSETTERRETNING VESENTLIGE FOR MEDISINSK STYRKEBESKYTTELSE | 24 |
| 2.5.1 Smittsomme sykdommer | 24 |
| 2.5.2 Miljømessige helseutfordringer | 26 |
| 2.5.3 Stråling | 28 |
| 2.5.4 Helseinfrastruktur | 29 |
| 2.5.5 Biologiske våpen | 29 |
| 3 Hvordan utøves sanitetsetterretning i Norge? | 31 |
| 3.1 Hvordan benytter de ulike kommandonivåer sanitetsetterretning? | 31 |
| 3.1.1 Strategisk | 31 |
| 3.1.2 Operasjonelt | 32 |
| 3.1.3 Taktisk nivå | 33 |
| 3.2 SANITETSETTERRETNINGENS UTVIKLING I FRA 2003 TIL NÅTID | 34 |
| 3.3 GRENSESNIETTET FSAN-ETTERRETNINGSTJENESTEN | 35 |
| 3.4 KONTOR FOR SANITETSREKOGNOSERING (SANREK) | 38 |
| 3.5 HVORDAN FREMSTÅR SANITETSETTERRETNING FOR BRUKEREN I DAG? | 40 |
| 4 Sanitetsetterretningens betydning for utforming av medisinsk styrkebeskyttelse. | 41 |
| 4.1 MEDISINSK STYRKEBESKYTTELSE | 41 |
| 4.2 FN BIDRAG TIL SUDAN I 2004. | 43 |
| 4.2.1 Sanitetsetterretningens betydning Sudan | 45 |
| 4.3 LEISHMANIASUTBRUDD I AFGHANISTAN HØSTEN 2005 | 46 |
| 4.3.1 Sanitetsetterretningens betydning Afghanistan | 48 |
| 4.4 KNM FRIDTJOF NANSEN TIL AFRIKAS HORN | 49 |
| 4.4.1 Sanitetsetterretningens betydning Afrikas Horn | 51 |
| 5 Konklusjon | 52 |
| Forkortelser | 54 |
| Litteratur | 55 |
| Vedlegg A: Informasjon til respondent | 57 |
| Vedlegg B: Intervjuguide | 58 |
| Vedlegg C: Kildeliste | 61 |

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Det er kjent at sykdommer og ikke-stridsrelaterte skader kan utgjøre en trussel mot personell i internasjonale operasjoner. For god ivaretagelse av personellet er medisinsk styrkebeskyttelse en av mange faktorer som vil ha en avgjørende betydning for personellets helse og stridsevne. Deltagelse i internasjonale operasjoner, fordrer derfor at det iverksettes tiltak som skal redusere risikoen for skade, sykdom og død. Utvikling av medisinsk styrkebeskyttelse er derfor en viktig faktor for ivaretagelse av personell, før, under og etter deployering.

Alle kommandonivå er avhengig av omfattende informasjon og etterretninger om et operasjonsområde. Behovene og detaljnivået er selvfølgelig svært ulikt på de forskjellige kommandonivå.

Sanitetsetterretninger skal bidra til økt kunnskap om helsetrusler og helserisiki i et operasjonsområde. Denne kunnskapen er anvendbar til planlegging av styrkebidragets art på politisk og militærstrategisk nivå. Kunnskap om helserisiki og trussler kan føre til bidragets art kan tilpasses. Eksempler på dette kan være, transportkapasitet til en operasjon i form av transportfly, kontra et ingeniørkompani på bakken. Bidraget bestående av transportfly har man mulighet til å opprette base for i et land i nærheten, med bedre infrastruktur og mindre press av endemiske sykdommer. Ingeniørkompaniet som skal jobbe i området kan vanskelig forlegges på tilsvarende vis. Forskjellen for disse bidragene hva gjelder sannsynlighet for å pådra seg endemisk sykdom vil være stor.

Iverksettelsesdirektivet for forsvarssektoren (2009-2012) påpeker nødvendigheten av informasjonsinnhenting. Informasjon relatert til helseutfordringer innhentes, analyseres og distribueres som sanitetsetterretning. Sanitetsetterretningene inneholder en prediksjon av trussler og risiki relatert til helse:

(...) i tillegg til tradisjonell etterretning, vil det også være nødvendig å fremskaffe etterretninger relatert til miljø, industrielle trusler, samt medisinsk etterretning rettet mot å analysere helsemessige utfordringer og trusler i et operasjonsområde (Forsvarsdepartement, 2008, s. pkt.48).

På operativt nivå vil sanitetsetterretning være avgjørende for hvordan operasjonsplanen skal utvikles. I tillegg er det behov for at sanitetsetterretningene nå har blitt bearbeidet og at det er produsert tiltak for medisinsk styrkebeskyttelse. Mange av tiltakene som skal iverksettes er det FLO (Forsvarets logistikk organisasjon), styrkeprodusentene og Forsvarets sanitet som

skal utforme. Det er mange funksjoner og organisasjoner som skal inneha kunnskap om et operasjonsområde for å være i stand til å gi bistand til styrken som skal deployeres.

På taktisk nivå skal et også gjøres forberedelser, det er derfor viktig at alle forutgående kommandonivåer har inngående kunnskaper om operasjonsområdet og at de medisinske styrkeforebyggende tiltak blir utformet på en måte som tjener den enkelte soldat på taktisk nivå.

Allied Joint Medical Support doctrine (AJP4.10(A)) er sanitetsmiljøets viktigste plandokument for planlegging av operasjoner i NATO. Denne doktrinen beskriver at et viktig fundament for utøvelse av medisinsk styrkebeskyttelse er sanitetsetterretning (NATO, 2011b).

Medical Intelligence is the product of the processing of medical, bio-scientific, epidemiological, environmental, and other information related to human or animal health. This intelligence, being of a specific technical nature, requires informed medical expertise during its direction and processing within the intelligence cycle (NATO, 2011a, s. 0102).

Etterretningen har en viktig plass i beslutningsprosesser fordi dens oppgaver er å innhente opplysninger og analysere disse slik at sluttproduktet kan bistå oppdragsgivere på alle nivå i kommandokjeden. «Fra innhenting av data, gjennom bearbeiding og analyse frem til sluttproduktene og hvordan disse brukes av beslutningstakerne» (Høgskole, 2012-2013, s. 72). Bistand til beslutningsprosesser beskrives som en sentral oppgave for Etterretningstjenesten.

Sanitetsetterretning er innsamlede og analyserte kunnskaper som kan benyttes til utvikling av medisinsk styrkebeskyttelse. Disse kunnskapene om operasjonsområdet blir benyttet av sanitetsmiljøet for å utvikle tiltak, til beskyttelse mot helsemessige utfordringer og trusler. Resultatet av innsamlede rådata blir gjennom analyse til sanitetsetterretning som kan predikere trussler og gradere risiki for et operasjonsområde. De risikoer og trusler våre styrker kan beskyttes mot, og det er trusler og risikoer det er utfordrende å kunne beskytte personellet imot. Målsetningen er å bistå styrkens sjef i de valg han eller hun må ta i forhold til helserelevante utfordringer. Sanitet er et sjefsansvar, og ivaretagelse av personellet er en av de viktigste oppgaver han eller hun har.

Denne oppgaven søker å belyse sanitetsetterretningens funksjon i dette arbeidet. Oppgaven søker derfor å fremstille hva sanitetsetterretning er, hvordan dette blir utøvd og hvilken betydning sanitetsetterretning har for utvikling av styrkebeskyttelse.

1.2 Problemstilling

Oppgavens formål er å beskrive hva sanitetsetterretning er, videre å beskrive hvordan sanitetsetterretning har blitt utøvd i Norge fra 2003 og frem til i dag. Og i kapitel fire, vil tre tilfellestudier bli benyttet som empiri, for å fremstille sanitetsetterretningens betydning for utvikling av medisinsk styrkebeskyttelse. Tilfellestudiene som blir benyttet er: et planlagt bidrag til Sudan i 2004, Leishmaniasis i Afghanistan og KNM Fritjof Nansens deployering til Afrikas Horn i 2009.

Sanitetsetterretning er et relativt ungt fagfelt og meningene om bruksområdet er delte. For det første hevder enkelte at sanitetsetterretning fremstår som *krisemaksimering* hvor potensielle trusler mot styrkebidraget trekkes frem og houses opp på en slik måte at «unødvendige» og fordyrende mot-tiltak blir iverksatt. For det andre tar enkelte til orde for sanitetsetterretning brukes som *ryggdekning* for våre politikere i den forstand at de overfor sine velgere kan hevde at de har undersøkt alle potensielle farer og truffet alle tenkelige mot-tiltak for å unngå at personellet skal bli rammet av sykdom eller død i tjeneste for Norge i utenlandsoperasjoner. Den tredje forklaringsmekanismen er at sanitetsetterretning faktisk har en reel militær *nytteverdi* som bidrar til oppdragsløsning for styrken.

I operasjonsområder hvor norske styrker har tjenestegjort eller har vært tiltenkt benyttet, har det vært utfordringer relatert til trusler og risiko forbundet med helse. Den overordnede problemstillingen er:

Hva er sanitetsetterretning, hvordan utøves sanitetsetterretning, og hvilken betydning har sanitetsetterretning for utformingen av medisinsk styrkebeskyttelse i Norge?

Sanitetsetterretning defineres først ved bruk av NATO-doktriner. Videre ser oppgaven på hvordan dette utøves i Norge og hvordan Etterretningstjenesten og Forsvarets sanitet samarbeider. Oppgavens respondenter vil være et viktig bidrag til empiri i denne oppgaven. Deres erfaring, forståelse og kunnskap vil være viktig informasjon for forståelse. I tillegg benyttes også lovverk, stortingsdokumenter, samarbeidsavtaler, notat, osv.

For å analysere hvilken betydning sanitetsetterretning har hatt for utformingen av medisinsk styrkebeskyttelse benyttes tre tilfellestudier. Disse omhandler planlagte eller utførte oppdrag til Sudan, Afghanistan og Afrikas Horn. Empiri til denne delen av oppgaven vil også komme

fra oppgavens respondenter, men i tillegg underbygges av dokumentasjon som er særegen for disse tilfellestudiene.

1.3 Sentrale begreper i problemstillingen

I denne oppgaven er sanitetsetterretning det norske begrepet for Medical Intelligence.

Utfordringen med begrepet sanitetsetterretning er at det innenfor NATO alliansens samarbeidspartnere ikke foreligger entydig definisjon av hva begrepet skal inneholde. I tillegg er etterretning et nasjonalt ansvar, som utføres i henhold til nasjonale doktriner. NATO definerer sanitetsetterretning til å være:

Medisinsk Etterretning er et produkt av behandlingen av medisinske, bio-vitenskapelig, epidemiologisk, miljømessige og annen informasjon relatert til menneskers eller dyrs helse. Denne etterretningen, er av en bestemt teknisk karakter, krever informert medisinsk kompetanse i løpet av sin retning og behandling innen etterretnings-syklus (NATO, 2011a, s. 0102).

Utydeligheten er spesielt fremtredende sett opp mot Etterretning. Doktrinene som omhandler sanitetsetterretning er formulert slik at definisjonen kan tolkes vidt. I NATO er det store forskjeller på hvordan etterretningsmiljøene og sanitetsmiljøene samarbeider. Våre viktigste samarbeidspartner har egn sanitetsetterretningsorganisasjon og andre nasjoner med størrelse som oss, er i en etableringsfase av hvordan sanitetsetterretning skal integreres mellom sanitetstjenesten og etterretningstjenesten. I de nasjoner hvor samarbeid utøves er det variasjoner i hvorledes samhandlingen utøves.

Et annet begrep som også oppfattes å inneha mange definisjoner, er trussel: «En trusselvurdering er å analysere og vurdere potensielle aktørers evne og vilje til å utføre anslag mot en virksomhet eller stats personell, materiell og verdier» (PST).

Endemiske sykdommer har ingen egen evne og vilje til å gjøre et menneske sykt, det har derimot menneske om de benytter mikrober for å påføre andre sykdom. Et eksempel på dette er, dersom en aktør har vilje og evne til å bringe sykdom til et operasjonsområde er dette en trussel. Trusselvurdering benyttes i de sammenhenger hvor partene benytter biologiske, kjemiske eller andre metoder for med foresett å påføre mennesker og dyr sykdom.

Etterretningstjenesten vurderer trussler, ved at de ser på et lands vilje og evne til å utføre anslag av denne art. Helseisiki vurderinger utøves etter fastsatte kriterier og prosedyrer for hver sykdom. Det er FSANs oppgave å utvikle tiltak og preventiver som fører til at sannsynligheten for å bli påført sykdom eller skade reduseres.

Risiko er et mål som kombinerer sannsynligheten og virkningen av en hendelse. Begrepet brukes mest om negative eller farlige hendelser, slik som ulykker, naturkatastrofer eller epidemier. Risikoanalyse er et verktøy som benyttes for å skaffe seg oversikt over risiko på en systematisk måte.

Sanitetsetterretning kan benyttes som et av flere kunnskapsgrunnlag når medisinsk styrkebeskyttelse skal utvikles. Sanitetsetterretning er informasjon innhentet gjennom en innhentingssplan som er ledet. Gjennom analyse blir informasjonen til predikert kunnskap, og denne kunnskapen blir videre distribuert til dem som har et behov, eller har etterspurt slik kunnskap. Informasjoner som blir til sanitetsetterretning kan være frembragt av sanitetsorganisasjonen. Og analyse av sanitetsetterretning fordrer personell som har kunnskap som er relevant og som har forutsetninger for å delta i dette analysearbeidet.

Sanitetsinformasjon er i denne sammenheng all informasjon som ikke har vært gjenstand for prosessering igjennom etterretningssyklusen. Etterretningstjenesten har faste kriterier og prosedyrer for vurdering av trusler og risiko. Medisinske tiltak som skal redusere trusler og risikoer har FSAN som er fagmyndighet i sanitetsspørsmål ansvar for å utforme og gi råd om. Medisinsk styrkebeskyttelse er de tiltak som iverksettes for å redusere personellens helserisiko.

1.4 Problemstillingens relevans

Problemstillingen har sin relevans ved at den søker å bringe på det rene hva sanitetsetterretning er, og hvordan dette utøves i Norge. Nasjonens engasjement i det internasjonale samfunn fører også til at vi i de kommende år, vil delta i internasjonale operasjoner i alle verdenshjørner.

I operasjonsområder hvor norske styrker har tjenestegjort eller har vært tiltenkt benyttet, har det vært utfordringer relatert til trusler og risiko forbundet med helse. Forsvarets målsetning er at styrker som deployeres skal være selektert, utdannet og forberedt til å møte disse risiki og trussler.

Forsvarsdepartementets ambisjonsnivå er definert til å være: «I fredstid skal vårt personell ha tilnærmet lik medisinsk behandling når de er i internasjonale operasjoner som de ville fått hjemme» (Forsvarsdepartement, 2008, s. 78).

For å kunne planlegge å utføre medisinsk behandling tilsvarende det soldaten ville fått hjemme, er sanitetsorganisasjonen avhengig av gode informasjoner om operasjonsområdet. Disse informasjonene må være innhentet i god tid før styrkebidraget skal deployeres.

Begge strategiske nivå, både det politiske og det militære må også inneha kunnskaper om disse forhold da det er disse myndigheter som skal vurdere hvilke styrkebidrag som skal deployeres. I denne prosessen må tidsaspektet som er nødvendig for å utvikle medisinsk styrkebeskyttelse også medregnes. På operasjonelt nivå er det en forutsetning for FOH i utvikling av OPLAN at det forefinnes kunnskaper om operasjonsområdet slik at operasjonsplanen kan forberede medisinsk styrkebeskyttelse i forhold til så mange faktorer som mulig. Økonomiske forhold har også betydning i utvikling av medisinske styrkeforebyggende tiltak. Det vil medføre en stor merbelastning om vann til alle formål må medbringes til teateret.

I dagens operasjoner ser vi ofte at mindre styrkebidrag blir deployert, og at sårbarheten i forhold til personelltall er tilstede. På samme tid er vi også kjent med at en person har mange oppgaver og at ved tap eller sykdom vil det i operasjonsområdet også føre til tap av funksjoner som kan være essensielle. Dette fører da igjen til at skade på personellet selv i liten skala kan bli katastrofalt både for operasjonen og nasjonen.

1.5 Avgrensninger

Oppgaven avgrenses til å omfatte sanitetsetterretning, organiseringen av dette fenomenet fra 2003. Tidsaspektet avgrenses til 2003 for det er i hovedsak kan se ut som om fenomenet ble etablert som en struktur og med dedikert personell til å utføre dette. Oppgaven vil søke å analysere i hvilken grad utvikling av medisinsk styrkebeskyttelse er avhengig av sanitetsetterretning. Oppgaven vil derfor omfatte sanitetsetterretning, organisering av denne og sanitetsetterretningens betydning for utvikling av medisinsk styrkebeskyttelse. Oppgaven begrenses også til å se på sanitetsetterretninger benyttet til medisinsk styrkebeskyttelse i internasjonale operasjoner. Med internasjonale operasjoner menes i denne oppgaven operasjoner i regi av FN, NATO og EU, utenfor norsk territorie innbefattet norsk territorialfarvann.

Oppgaven vil ikke se på hvilke skader personellet kan utsettes for, ved å bruke medisinske styrkeforebyggende tiltak. Et eksempel på dette er for eksempel «Gulfsyndromet» hvor det er dannet hypoteser som sier at, profylaksen som ble benyttet i forhold til trusselen om kjemiske angrep førte til sykdom.

1.6 Metode

Reduksjon av trusler og risiko forbundet med helse er et formål de fleste kan stille seg bak. I denne oppgaven har jeg sett på forhold som kan bidra til dette. Problemstillingen ser på tre faktorer som kan medvirke til at trusler og risiko forbundet med helse kan reduseres. Disse faktorene er sanitetsetterretning som beskrives i kapitel to. Utøvelse, samvirke, kommunikasjon, beskrives i kapitel tre og i kapitel fire beskrives medisinsk styrkebeskyttelse. Samvirke som utspiller seg i mellomrommet sanitetsetterretning og ferdigstilte tiltak til anvendelse for medisinsk styrkebeskyttelse er navet som skal binde det hele sammen til å bli et produkt som sikrer våre soldater beskyttelse mot trussler og risiki forbundet med helse. I tillegg kan dette navet ha en betydning under produksjon av sanitetsetterretning i form av medisinsk ekspertise.

Oppgaven søker å fremskaffe kunnskap om de overnevnte forhold ved å se på hvilken mening og hensikt begrepene har for oppgavens respondenter. De har delt sine kunnskaper og erfaringer gjennom intervju som har vært semistrukturerte. Tilfellestudiene ser på hendelser som kan fortelle mer om fenomenets innhold og betydning. Doktriner er også benyttet i den hensikt å definere sanitetsetterretning. Utfordringen har vært å finne et entydig begrep i forhold til hva sanitetsetterretning er. Det fremkommer ikke i samtale med oppgavens respondenter at de oppfatter at det finnes et begrep som kan beskrive innholdet. Doktrinen har også en svært vid definisjon av fenomenet.

Intervjusituasjonen har benyttet både strukturert og semistrukturert intervju. Spørsmålene har blitt benyttet strukturert om det ikke var mulig å etablere en noe friere dialog om emnet. Og semistrukturerte når det var forutsetning for å gjøre dette. I de semistrukturerte intervjuene har respondentene snakket om de viktigste faktorene i intervjuguiden. Det har vært nødvendig å modifisere problemformuleringen underveis ettersom kunnskap om nye sider ved tema har kommet frem, men dette har ikke influert på strukturen i intervjuene, og således ikke rokket ved spørsmålsstillingens validitet. En prosess som denne, den kvalitative skal vel også føre til at ny kunnskap etableres og videre et behov for å presisere problemformuleringen.

Litteraturtilgangen har ikke vært overveldende, og det har vært utfordrende å definere hva sanitetsetterretning er. Og som Kåre Willoch har uttalt: «uklare begreper fører til uklare tanker». Sanitetsetterretning er beskrevet i politiske dokumenter og NATO doktriner de siste ti år, med en tydelig begrepsdefinisjon har vært utfordrende å slå fast. Ved at innholdet i begreper ikke har samme betydning for samtalepartnere blir det utfordrende å definere begrepet. På samme tid har det vært viktig å få frem respondentenes forskjellige oppfatninger.

Oppgaven har ikke som mål å trekke presise slutninger i forhold til problemstillingens innhold, heller ikke å generalisere funn. Mine respondenter er også valgt med tanke på at de hadde en viss innsikt i fenomenet. Jeg har ikke kunnskap til å si om dette er bra eller dårligt, men det fremkommer store variasjoner selv i en respondentgruppe på elleve. Intensjonen var å intervju fjorten slik at jeg kunne inkludere alle forsvarsgrener, dette ble det ikke tid for.

Respondentene i denne oppgaven tjenestegjør i FSAN, Etterretningstjenesten, Sjøforsvaret, Hæren, FOH. Det var respondenter fra FD og Luftforsvaret jeg ikke fikk tid til å intervju.

Representant fra FD burde nok vært prioritert.

Mine respondenter ble først forespurt på e-post om de kunne tenke seg å bidra til min masteroppgave. Respondentene fikk deretter tilsendt et brev hvor de ble informert om temaet for masteroppgaven, og hvordan intervjuet skulle benyttes i oppgaven. Tiden for samtale var avsatt til 1,5 time. Intervjuene ble lagret på diktafon og vil bli slettet når sensuren er falt.

Mange av intervjuene vart også utover 1,5 timer som var estimert. I dette skrevet hadde jeg formidlet at de kunne lese oppgaven før den ble publisert og at de kunne trekke sine uttalelser om de ønsket dette. Dette ble jeg senere orientert om ikke var så lurt. Jeg snakket derfor med alle respondenter før intervjuets start og forklarte at jeg ikke hadde reflektert nok over hvilke konsekvenser dette kunne medføre. Mine respondenter gav uttrykk for at jeg kunne benytte materialet slik jeg fant det mest formålstjenlig. Etske aspekter har forfatteren reflektert over i hele prosessen. Det er også benyttet deltagende observasjon ved at forfatteren har vært tilstedeværende på to møter hvor varigheten for disse sammenkomstene var fire for begge. Det første møtet var et møte mellom sanitetsetterretnings personell i en gruppe av samarbeidende land. Det andre møtet var Medical Intelligence Expert Panels vår sesjon.

1.6.1 Struktur

For å belyse problemformuleringen har jeg i kapittel 2 benyttet doktriner for å redegjøre for hva etterretning og sanitetsetterretning. I dette kapitelet har jeg også beskrevet noen av de faktorer som sanitetsetterretning er ment å inneholde. Hensikten med dette kapitelet er å forsøke å forstå hva sanitetsetterretning er og hvordan sanitetsetterretning er tenkt benyttet.

I kapittel 3 starter jeg med å beskrive de ulike kommandonivå, for videre å belyse hvordan sanitetsetterretning kan komme til anvendelse på de ulike nivå. Ved å beskrive sanitetsetterretningens utvikling fra 2003 og frem til i dag vil jeg for det første fortelle at dette er en ung disiplin. For det andre å belyse funksjonen som på den ene siden kan bidra med

informasjon til sanitetsetterretningsprosessen og bistå etterretningsorganisasjonen med kunnskap i forhold til analyse og på den andre side skal sørge for å organisere at den ferdigstilte sanitetsetterretningen blir føyd sammen med de tiltak som er nødvendige for at det i sum skal utgjøre medisinsk styrkebeskyttelse. I kapitel 4 søker jeg å beskrive i hvilken grad sanitetsetterretning har bidradd til utvikling av medisinsk styrkebeskyttelse.

2 Hva er sanitetsetterretning?

I dette kapitlet vil jeg innledningsvis redegjøre for hva sykdom kan medføre sett i et historisk perspektiv. Deretter beskrives etterretning, sanitet og etterretning er to felt som er fusjonert for å skape synergi og målet er et bedre beslutningsgrunnlag. Og prosessen som omformer informasjon til etterretning er den samme som benyttes for å prosessere sanitetsetterretning. I denne oppgaven benyttes NATOs definisjon av sanitetsetterretning. På dette grunnlag diskuteres også utfordringer relatert til sanitetsetterretning. Videre beskrives komponenter i sanitetsetterretning, som har relevans for utvikling av medisinsk styrkebeskyttelse, dette for å gi eksempler på faktorer som er viktig å ta hensyn til for å utvikle medisinsk styrkebeskyttelse.

2.1 Historiske eksempler på manglende sanitetsetterretning?

I et historisk perspektiv har sykdom utgjort en langt viktigere trussel mot militære styrker enn fiendens stridsmidler. I middelalderen forsøkte de stridende å frembringe sykdom hos sin motpart ved at de sendte pestinfiserte kropp og kroppsdel over festningsmurene. Formålet var å få motstanderen til å syke hen og dø. Ved at motstanderens soldater syknet og døde, kunne angriperen bli overlegne i kapasitet (NATO, 2008a).

Napoleons felttog mot Russland i 1812 gir et dramatisk eksempel på epidemienes rolle i krig. Armeen talte i utgangspunktet 600 000 mann. Da armeen nådde Moskva 14. september hadde den utkjempet tre slag, armeen var da halvert på grunn av kamphandlinger, sult og epidemier. I oktober var forholdene i Moskva så uholdbare at Napoleon beordret retrett. På dette tidspunktet var det 200 000 mann tilbake. Da Napoleon vendte tilbake til Frankrike et halvt år etter, var den store arme redusert til 10 000. Under tilbaketrekingen hadde tragedien blitt fullstendig, flere tusen ble syke av Tyfus, disse ble overlatt til seg selv. Flere frøs i hjel, eller ble drept av de forfølgende russiske styrkene. (Tuft, 1989, s. 16)

Under Krimkrigen (1853-1856) ble det tatt i bruk ny teknologi som telegraf og jernbane. Krigen ble utkjempet som en stillingskrig, dette medførte store tapstall i selve krigshandlingene, men enda større var tapene som følge av epidemier som kolera, dysenteri og influensasykdom («krimsjuka»). I tillegg døde soldater av kulde og infeksjoner på grunn av manglende sårstell. Florence Nightingales myte ble skapt under Krimkrigen, som en mild engel med lampe i hånden vandret hun gjennom de dystre sykehusstuene i Üsküdar og hvisket trøstende ord til sårede og syke engelske soldater. Virkeligheten var annerledes, hun var ikke den ømme og milde, men en autoritær organisator som ville ha orden i hospitalene og en plan

for hvordan sykdom skulle håndteres. Hun iverksatte hygieniske tiltak som latriner, sanitære anlegg, diettkjøkkener, rent sengetøy og frisk luft inn i sykehusrommene. (Wikipedia, 2013)

I perioden 1918-19 døde 50-100 millioner mennesker av den største kjente globale epidemi, en pandemi som fikk navnet «spanske syken». Dette var en influensa pandemi. Antall døde mennesker av denne pandemien, var langt større enn døde fra første verdenskrig. (Johnson, 2007)

Første verdenskrig beskrives også som "The Chemist's War" fordi kjemi spesielt i for av gass ble benyttet som våpen på slagmarken. Dette på tross av Haag konvensjonene fra 1899 og 1907 som forbød dette. I første verdenskrig ble mer enn en million soldater drept eller skadet av kloringass eller andre kjemiske våpen. Argumentet for bruk av disse substansene var at dette ville medføre tap av liv fordi dette ville redusere krigens varighet (Reddy, 2007).

Britenes operasjoner på Falklandsøyene i 1982 for å gjeninnnta øyene fra Argentinsk herredømme førte til at britene tapte 777 liv, av disse var 109 relatert til kuldeskader (NATO, 2008b).

2.2 Etterretning

«Etterretningens essens er å gi et bedre beslutningsgrunnlag for sine oppdragsgivere». (Høgskole, 2012-2013, s. 72). Etterretningens relevans, rettidighet og pålitelighet vektlegges. En helhetlig etterretningsprosess er innhentingskapasiteter, analyseprinsipper og kommunikasjon. Etterretningsdialog på alle nivå er nødvendig for å kunne gjennomføre denne prosessen. Etterretningens metoder må ofte være fordekte, og årsaken til dette er beskyttelse av metoder og kilder. Og dialog fremheves som et viktig verktøy både internt i organisasjonen, og med beslutningstakere (Høgskole, 2012-2013).

Michael Hermann(1996 s.287) skriver i sin bok at av etterretningshjulet er en militær oppfinnelse, prosessen er utviklet for å understøtte en militær sjefs behov for kunnskap i sin beslutningsprosess. Han beskriver at prosessen som nyttes i utvikling av etterretning i stor utstrekning også benyttes av Etterretningsorganisasjoner som ikke har militære oppgaver i sin portefølje: «This military doctrine is tacitly accepted more widely. Civilian intelligence has no formal intelligence community doctrine and has accepted the military thinking by seepage, faute de mieux” (Herman, 1996, s. 287).

Betyr dette at Etterretningsorganisasjoner som benytter denne prosessen, gjør dette fordi denne prosessen gir det godt nok resultat, eller blir den benyttet i mangel på noe bedre (faute

de mieux)! Eller er dette et uttrykk for at etterretning er en komplisert prosess, som det er et behov for å forenkle? Han sier videre at doktrinen har denne karakteristiske militære måten å fortolke ting på: (...) the emphasis on simplifying complex processes; standard linear sequences; and importance of drills (Herman, 1996, s. 287).

Etterretning innehar uendelig mange fasetter, og i denne oppgaven blir bare en liten del av disse belyst. AJP-2.0 er NATOs hoveddoktrine i etterretning. Etterretningsdoktrinen presenterer konseptet, prinsippene, og de viktigste funksjonene. Den definerer etterretningssyklusen som blir presentert i det følgende avsnitt. Først definisjonen av etterretning:

The product resulting from the processing of information concerning foreign nations, hostile or potentially hostile forces or elements, or areas of actual or potential operations (NATO, 2011, s. s.2-1-6).

Som sitatet indikerer handler altså etterretning om å bearbeide og verifisere informasjon, gjerne med bruk av flere uavhengige kilder. Etter prosessen settes denne informasjonen sammen og omtales da som etterretning. Hatlebrekke¹ sier i sin forskning at etterretning er usikre estimater som er gjort mindre usikre, og at ved hjelp av en kritisk etterretningsdialog søkes det å forstå og forklare foranderlige trussler i deres kontekst.

AJP-2.0 (NATO, 2003b) hevder at etterretningsbegrepet også brukes som:

Begrepet etterretning brukes også om bearbeidingsprosessen i seg selv, og som betegnelse på selve aktiviteten og de organisasjonene som utøver den. Etterretning som aktivitet skal redusere flertydighet for beslutningstagere ved å formidle relevant informasjon, forklaringer og prediksjoner² (NATO, 2003b).

«Etterretningshjulet beskrives ved hjelp av fire faser. Disse fasene er like på alle nivå, strategisk, operasjonelt og taktisk» (NATO, 2003b). Disse fasene består av behov/ledelse, innsamling, behandling/analyse og fordeling.

Behov for etterretning identifiseres av politisk nivå, operativ sjef, eller andre. Det er av betydning at det finnes en forståelse av den overordnede politikk, og det mandat som skal benyttes i operasjonen, og videre hva som skal oppnås med oppdraget. Det er også av

¹ Kjetil Hatlebrekke er forsker ved Senter for etterretningsstudier, og har en doktorgrad i krigsstudier fra King's College London. I sin doktorgrad fordypet Hatlebrekke seg i etterretning og etterretningssvikt. Han etablerte i 2008 "The Professional Advanced Intelligence Course" ved Forsvarets Høgskole.

² Predict; Say or estimate that will happened in the future or will be a consequence of something. (Oxford Dictionary of English 2nd edition)

betydning at man har en forståelse for sjefens oppdrag og oppdragsgivers intensjon. Dette har videre betydning for hvilken retning og med hvilke kapasiteter innhenting skal gjøres. (NATO, 2003b)

I operasjoner har en sjef kritiske informasjonsbehov (CCIR)³. Dette er kritiske spørsmål som sjefen har stilt og ønsker besvart. Svarene på disse spørsmålene vil støtte sjefen i kritiske avgjørelser. Spørsmålene som blir stilt av sjef⁴, vil gi føringer til Etterretningstjenesten i forhold til hvordan innhenting bør gjennomføres. (NATO, 2003b).

Innhentingsledelse sørger for å omsette sjefens behov til en innhentingsplan⁵.

Innhentingsledelse meddeler denne plan for innhenting til innhentingsorganene. Det er viktig at det identifiseres hvilken informasjon som trengs og hvem det er som kan svare på disse behovene. Videre er det viktig å gi klare innhentingsoppdrag for å sikre at riktig informasjon blir innhentet. I en fellesoperativ ramme er de taktiske enheters innhenting svært viktig. Enheter har i dag mange typer sensorer som kan bidra med viktig informasjon.

Innhentingsorganene blir benyttet til informasjonsinnhenting og dette er underlagt en koordinert og planlagt innhenting. Innhentingsdisipliner er for eksempel «Human Intelligence» (HUMINT), «Signals Intelligence» (SIGINT), «Open-Source Intelligence» (OSINT) osv. (NATO, 2003b).

Analysen er den del i prosessen hvor informasjon blir til etterretning. Denne analyseprosessen består av fem trinn. (1) Først blir relatert informasjon eller etterretninger sammenstilt. (2) Videre gjennomføres det en vurdering av informasjonens troverdighet. (3) Så identifiseres viktige deler og fakta for senere fortolkning. (4) Et utvalg informasjoner blir så satt i en sammenheng, hensikten med dette er å oppdage mønster som kan være vesentlige for å produsere og utvikle etterretninger. (5) Siste fase i analyseprosessen er tolkningen av hvilken betydning denne informasjonen kan ha for fremtiden. Det utvikles en hypotese. På grunnlag av denne analysen vil det fremstå en sannsynlighet for at noe vil skje. Dette kan være en trusselvurdering og en vurdering av hvor sannsynlig det er at trusselen vil inntreffe. (NATO, 2003b)

Behovet for etterretninger må beskrives nøyaktig fra dem som ønsker etterretninger fordi etterretningsproduksjonen startes og drives av dette spørsmålet. Når produktet foreligger er

³ CCIR Commanders Critical Information Requirements

⁴ Sjef blir her brukt for å forenkle fremstillingen

⁵ CCIRM Collection Co-ordination and Intelligence Requirements Management

det viktig at mottaker av produktet melder tilbake om produktet bidro til at oppdraget kunne løses (NATO, 2003b).

Etterretningstjenesten i Norge ble etablert for 70 år siden, og i dag er tjenestens hovedoppgave å levere rettidige, relevante og pålitelige etterretninger til norske myndigheter.

(Etterretningstjenesten, 2013, s. 3)

Etterretningstjenesten hadde under den kalde krigen fokus på nordområdene med Sovjetunionen som en viktig aktør, utover på 1990-tallet fremstod det et behov for etterretningstjenester fra og i land som tidligere Jugoslavia. Etterretningstjenesten fikk da for første gang i oppdrag å støtte militære styrker i internasjonale operasjoner

(Etterretningstjenesten, 2013, s. 4).

Lov om etterretningstjenester beskriver også at Etterretningstjenesten skal støtte styrker i internasjonale operasjoner og at etterretninger skal bidra til et best mulig beslutningsgrunnlag for militære sjefer, og gi et godt grunnlag for operasjonsplanlegging (Etterretningstjenesten, 2013, s. 6). På siste siden i FOKUS 2013 som er publisert av Etterretningstjenestens for å gi befolkningen en innsikt i hvilke oppgaver tjenesten utfører beskrives følgende:

I krig bistår tjenesten med informasjon som gir de øverste militære og politiske myndigheter grunnlag for å håndtere en væpnet konflikt. Etterretningstjenesten støtter også militære etterretningsbehov og bidrar til NATOs felles forsvar.

(Etterretningstjenesten, 2013)

Etterretningstjenesten har ansvar for etterretninger utenfor landets grenser, mens Politiets sikkerhetstjeneste (PST) har ansvar for etterretningsaktivitet innenfor landes grenser.

Etterretningstjenestens hovedoppgave er å sikre nasjonale interesser:

Etterretningstjenesten skal innhente, bearbeide og analysere informasjon som angår norske interesser sett i forhold til fremmede stater, organisasjoner eller individer, og på denne bakgrunn utarbeide trusselanalyser og etterretningsvurderinger, i den utstrekning det kan bidra til å sikre viktige nasjonale interesser (*Lov om Etterretningstjenesten, 1998, s. § 3*).

Sir David Omand foreleste ved forsvarets høyskole høsten 2012, i emnet Etterretning. Han beskriver en av etterretningens oppgaver til å være:

Intelligence enables action to be optimized by reducing ignorance; and secret intelligence achieves this objective in respect of information that others wish to remain hidden (Omand, 2010).

Han beskriver også Etterretning som: “Forward looking; informed by understanding of the past.» (Omand, 2010)

2.3 Sanitetsetterretning

Sanitetsetterretning er en prosess som krever samhandling mellom to organisasjoner:

Etterretningstjenesten og sanitetstjenesten. Fortolkningen og for hvordan disse to tjenester skal samhandle er ulik. Dette er en utfordring når dialog om felles resultat skal utøves. Kåre Willoch har en gang uttalt: « Uklare begreper fører til uklare tanker».

2.4 Doktrinegrunnlag

AJP 4.10 (A) er å anse som fundamentet for alle sanitetsdoktrinene etablert av NATO, til benyttelse for understøttelse av operasjoner. Den er bestemmende for NATOs medisinske politikk og fastsetter prinsipper for utøvelse av denne. Doktrinen fastsetter også på hvilken måte sanitetsetterretning bør utøves for å understøtte NATO-operasjoner.

Den første omtalen av sanitetsetterretning ser ut til å være i et draft til AJP-4.10.3 som er fra 2003. (NATO, 2003a) I draftet fokuseres det på at utvikling av sanitetsetterretning er et samarbeid mellom Etterretningstjenesten og sanitetsorganisasjonen. Et av hovedpoengene som understrekes er å utnytte kapasitetene til de to organisasjonene for å kunne produsere sanitetsetterretning. På dette tidspunktet får man inntrykk av at Etterretningstjenestene ikke hadde ansatt medisinsk personell og at medisinske personalet manglet tilgang til etterretningsprodukter. Et samarbeid som omfattet etterretning og sanitetsorganisasjonene ble ansett som et viktig bidrag til utforming av medisinsk styrkebeskyttelse. Doktrineutkastet foreslår derfor et samarbeid mellom disse to tjenestene. Doktrinen understreker også at nøkkelen til å kunne benytte ressursene på en slik måte, er et godt samarbeid mellom organisasjonene. Doktrinen stiller også spørsmålet om hvorfor etterretningsorganisasjonen skal foreta innsamling av informasjon som allerede kan være kjent av det medisinske miljøet. Doktrineforslaget vektlegger personell egnethet for god samhandling. (NATO, 2003a). Sanitetsetterretning hørte på dette tidspunktet Force Health Protection Working Group. I 2008 ble Medical Intelligence Expert Panel (MedIntel EP) opprettet. Denne gruppen hadde sitt utspring fra Force Health Protection Working Group (FHP).

I det følgende beskrives NATO Standardization Agency:

NSA, Joint Branch har som oppgave å forberede dokumentasjon og bistå grupper med sekretærfunksjoner. En av undergruppene i NSA er The Military Committee Medical Standardization Board (MCMedSB). Denne grupperingen består igjen av, arbeidsgrupper og ekspert panel. Et av disse ekspert panelene er Medical Intelligence Expert Panel (MedIntel EP).

Oppgaveporteføljen til MedIntel EP er blant annet å utvikle prinsipper, doktriner, program og teknikker som skal bistå til et bedre samarbeid mellom alliansens medlemmer, og PfP. Et av hovedformålene er å bistå i militær medisinsk planlegging. AJMedP-3 (A), gir også veiledning i hvordan NATOs sanitetsetterretning er tenkt gjennomført og hvordan den er tenkt benyttet innen NATOs kommandostruktur. MedIntel EP har revidert STANAG 2547 og den nye definisjonen (1) er:

Medical intelligence is the product of the processing of medical, bio-scientific, epidemiological, environmental and other information related to human or animal health. This intelligence, being of a specific technical nature, requires informed medical expertise during its direction and processing within the intelligence cycle (NATO, 2011a, s. 0102).

Definisjonen (2) som ble tatt med fra FHP er slik:

Intelligence derived from medical, bio-scientific, epidemiological, environmental and other information related to human or animal health. Note: This intelligence, being of a specific technical nature, requires medical expertise throughout its direction and processing within the intelligence cycle (NATO, 2011c, s. 2-M-4).

Definisjon (2) var etablert 06 Jan 2006 og det er fortsatt denne definisjonen som er gjengitt i AAP-06 (2013). Det kan derfor oppfattes som om definisjon (1) end ikke er godkjent av NSA. Definisjon (1) og (2) har samme STANAG identifisering.. Definisjonen som er ratifisert av Norge er datert 06 Jan 2006.

En av forskjellene ved disse to definisjonene er at (2) kan forveksles med en innhentingsaktivitet på linje med HUMINT eller IMINT. Sanitetsetterretning er ikke en innhentingsaktivitet. En innhentingsaktivitet gir et grunnlag for produksjon av etterretning. Etterretninger blir til ved en sammenstilling av innhentet informasjon og analyse. Sanitetsetterretning (Medintel) er et flerkilde produkt, ikke et enkeltkildeprodukt slik som for eksempel IMINT. Sanitetsetterretningsdoktriner er utviklet for sanitetsdelen og en av flere hensikter er at doktrinen skal søke å gi en forståelse av hva sanitetsetterretning som fenomen inneholder. I Annex A til MC 326/1 beskrives Medical Intelligence Staff slik:

That staff element which carries out the management, analysis, and distribution of medical intelligence. Organisationally, this staff element may be located variously, depending upon the force structure. It may be located within either the intelligence or medical staff sections, and may or may not work directly for the command or force surgeon, depending upon the force structure.(NATO, 1999)

Er det slik at sitatet ovenfor også kan bidra med en forklaring til forskjellene I definisjon (1) og (2), ved at (1) sier «Medical Intelligence is» og (2) sier «Intelligence derived from»?

Military Committee (MC) er det organ som legger politiske føringer for hvordan NATOs funksjoner skal utøves.

Kan det oppfattes som om sanitetsetterretning kan innsamles, analyseres og distribueres i sanitetsorganisasjonen?

I Etterretnings-doktriner er sanitetsetterretning omtalt som en av etterretningens emneområder, og det er mange emneområder knyttet til etterretning. Det som beskrives som spesielt for disse emneområdene er at det ofte kreves spesiell fagkompetanse for å analysere informasjoner og etterretninger knyttet til disse emnene. Den siste revisjonen av sanitetsetterretningsdoktrinen vektlegger viktigheten av sanitetsetterretning i planlegging av medisinsk styrkebeskyttelse på strategisk og operasjonelt nivå. Et annet fokus som vektlegges er at personell i operasjonsområdet har et ansvar for å rapportere tilbake om det oppstår situasjoner som kan ha konsekvenser for den helsemessige situasjonen til styrken. Dette skal tilbakemeldes i kommandostrukturen slik at tiltak kan iverksettes. Et eksempel på dette er tilfellestudie som omhandler utbrudd av Leishmaniasis i Afghanistan.

Forskjellen i disse definisjonene er blant annet at den reviderte definisjonen presiserer at sanitetsetterretning er resultatet av en prosess, hvor informasjon som har blitt prosessert er hentet fra områder som har innvirkning på menneskers og dyrs helse. Denne definisjonen kan også vise til et selvstendig felt i motsetning til den andre definisjonen hvor sanitetsetterretning kommer fra etterretning og modifiseres til sanitetsetterretning.

En av mine respondenter beskriver:

Arbeidet med å revidere doktrinen om sanitetsetterretning var utfordrende. Det var bred enighet om at doktrinen fra 2008 ikke var tilfredsstillende, men gruppen hadde store vansker om å enes om en ny utgave. (R5)

Det ble derfor besluttet at det ekspertgruppen kunne enes om ble nedfelt i STANAG 2547.

Andre prosedyrer og beskrivelser av sanitetsetterretning ble så nedfelt i en håndbok. I utviklingen av denne håndboken har hvert enkelt land et selvstendig ansvar for produksjon og

revisjon av egne kapitler. Håndboken er derfor ikke avhengig av konsensus før distribusjon. En av håndbokens oppgaver er blant annet å introdusere nye medarbeidere til fenomenet sanitetsetterretning. Kapitellindelingen i boken ser ut til å gjenspeile hva gruppen søker å formidle til medarbeidere som skal arbeide med sanitetsetterretning. Medical Intelligence Course i Oberammergau er også en introduksjon til sanitetsetterretning. På siste avholdte møte i Expert Panelet ble det også fremlagt et forslag at håndboken skulle kunne utdype kursets innhold.

Det kan se ut som om den største utfordringen for gruppen er å forøke og forene to så ulike disipliner som sanitet og etterretning. Disse fagfeltene har til dels motstridende målsetninger for utøvelse av sin virksomhet. Sanitetstjenesten skal bistå personell på begge sider i en konflikt, etterretningstjenestens hovedmål er å fremskaffe kunnskaper som medfører at motstanderen blir slått. En annen utfordring for medisinsk personell kan være forholdet til Genève-konvensjonen.

Medisinsk personell som jobber med spesielle områder i Sanitetsetterretning kan ikke gjøre krav på beskyttelse i henhold til Genève-konvensjonen.

I tillegg blir doktriner utviklet i et allianse-felleskap hvor landenes egne erfaringer og prosedyrer kan være svært ulike. Det kan derfor være vanskelig å oppnå konsensus.

Høiback skriver « I krigens vitenskap » at doktriner lett kan bli for styrende, og derfor irrelevante eller på den andre siden for lite styrende, og derfor ikke interessante. Videre beskriver han at en doktrine ikke skal fortelle hva som skal gjøre men hvordan det kan gjøres. (Ydstebø, 2012, s. 338)

Høiback beskriver videre en doktrinens hensikt er at den skal fortelle ham *hvordan* han skal gjøre det han vil gjøre. (Ibid.) Han sier; doktriner kan sammenlignes med språket, det kan fremstå som hemmende, samtidig som det fremstår umulig å være kreativ i felleskap med andre uten språk. (Ibid.) I tillegg er det å ha en felles forståelse for hva et fenomen inneholder av betydning for diskusjonen rundt fenomenet. En av oppgavens respondenter beskriver at det har manglet en felles forståelse av hva medisinsk etterretning egentlig er (R6).

En av Medical Intelligence Expert Panel prioriterte oppgaver er å utarbeide en doktrine som rommer fenomenets innhold, funksjon og virkeområde, slik at dette fremstår som tydelig for alliansens medlemmer og deres samarbeidspartnere. Klare definisjoner som alle kan enes om er en forutsetning for et produktivt samarbeid. Høiback beskriver at: «en doktrine skal legge til rette for koordinering i store organisasjoner, videre må doktrinen forklare hvorfor de prinsipper den angir er bedre enn alle realistiske alternativer (Ydstebø, 2012, s. 390).

Doktrinenes innhold skal altså forklare hvorfor den gir disse anbefalinger, og om den ikke gjør det er det ikke en doktrine, men et reglement eller instruks (Ydstebø, 2012, s. 390).

Høiback beskriver videre at en doktrines anatomi består av teori, kultur og autoritet. Kulturen doktrinen skal benyttes i vektlegges:

I motsetning til teorier generelt må en doktrine også ta hensyn til hvem som faktisk skal bruke den. En doktrine som passer et sted trenger overhode ikke gjøre det et annet.» (Ydstebø, 2012, s. 391)

Og her er kanskje stridens kjerne, det å forsøke å fusjonere Etterretning med sanitet fremstår ikke som noen enkel oppgave. Men som påpekt tidligere finnes det også synergieffekter for alle ved å gjøre dette. Dialog og samhandling er vesentlig for å kunne utføre dette samspillet. Sanitetsmiljøene i alliansens har varierende grad av samhandling med sine respektive etterretningstjenester.. Enkelte land i alliansen praktiserer svært nær kontakt mellom Etterretningstjenesten og sanitetsmiljøet, mens andre nærmest ikke har noen form for samarbeid. Andre nasjoner har egne organisasjoner som har sanitetsetterretning som hovedoppgave. Doktriner skal altså hjelpe oss til å redusere forvirring og slå fast hvilken vei man skal gå. Høiback beskriver at en doktrines sentrale oppgave er: « å slå fast hvilket system man skal følge» (Ydstebø, 2012, s. 394).

2.5 Faktorer i sanitetsetterretning vesentlige for medisinsk styrkebeskyttelse

I de følgende avsnitt vil et utvalg av faktorer, sanitetsetterretning har som fokus bli presentert. De fleste av disse faktorene har også egne arbeidsgrupper og ekspertpanel som beskriver hvordan disse skal utøves. Medisinske behandlings prosedyrer for biologiske agenser beskrives for eksempel i AJP-7. Kunnskapsomfanget som behøves for utvikling av medisinsk styrkebeskyttelse kan nærmest se uendelig ut. Doktriner som omhandler deteksjon, beskyttelse, behandling osv. må derfor konsulteres når operasjonsplanleggere utvikler medisinsk styrkebeskyttelse.

2.5.1 Smittsomme sykdommer

«Smittsomme sykdommer utgjør en økende global helsetrussel og er den største dødsårsak blant mennesker på verdensbasis. Estimer for 1998 beskriver at 14 millioner av 18 millioner, døde av infeksjøs sykdommer. Blant de fremtredende virus som var årsak til død

var HIV og hemoragis feber. Det er også en oppblomstring av «gamle» sykdommer som tuberkulose og malaria.» (Armed Forces Medical Intelligence Center, 2001)

De vanligste måter sykdommer overføres til mennesker er, vann, mat, luft, eller at menneske blir påført bitt fra organismer som fungerer som vektor eller bærer av sykdommen. Vektorene kan for eksempel være, fluer, mygg eller lus. Bærere kan også være mennesker eller dyr. Inhalasjon av smittestoff og overføring via seksuell aktivitet, er også en smittevei (Armed Forces Medical Intelligence Center, 2001).

Risikovurdering av en spesifikk sykdom fordrer at området sykdommen opptrer i kartlegges. Informasjon om hvor mange som er rapportert syke og spredningsmønsteret er av betydning for vurdering av sykdommen. Smitteårsakssammenheng og smittekilde er også viktige faktorer og kartlegge å frembringe. Er sykdommen sesongpreget og kan derfor forventes i sykluser? En del sykdommer vi tidligere hadde behandlings for, kan ikke lenger behandles fordi det er utviklet resistens. Smittsomme sykdommer kan ha en umiddelbar effekt, eller gi symptomer etter lengre tid. Informasjoner av denne art er viktig i analysearbeidet og risikovurderingen av den aktuelle sykdommen (Armed Forces Medical Intelligence Center, 2001).

I internasjonale operasjoner har det de siste årene vært økt fokus på opplæring av landets eget militære og politi vesen. Dette for å bidra til at sikkerhetssituasjonen i landet kan økes og at sikkerheten ivaretas av landets egne institusjoner. Mentorering medfører derfor at vi lever og arbeider tett med lokalbefolkningen. Dette kan også resultere i at sannsynligheten for å bli utsatt for endemisk sykdom øker (Armed Forces Medical Intelligence Center, 2001).

Det forekommer også store variasjoner i smittepress innenfor et lands grenser, en av flere årsaker kan være landets infrastruktur.

Folkehelseinstituttet skriver på sin web-side: «Forsvaret har rapportert utbrudd av shigellose blant norsk personell i ISAF-styrken i Afghanistan i 2004 med antatt 35 syke (S. flexneri) og 2006 med ca. 100 syke (S. sonnei).» (Folkehelseinstituttet, 2013b) Shigella er en gruppe bakterier som kan forårsake diare, magesmerter og kvalme. Sykdommen rammer hovedsakelig tykktarmen og kalles også bakteriell dysenteri (Folkehelseinstituttet, 2013a). Militære styrker har i uminnelige tider hatt utfordringer i forhold til dysenteri. Utbruddet i Afghanistan i 2006 beskrives av flere respondenter. Dette utbruddet av Shigella kunne tilskrives kontraktøren av mat. I prosessen med fremstilling og servering av mat var det svikt i grunnleggende hygienekrav. De senere år er det blitt mer vanlig å ansette kontraktører til å utføre tjenester vi tidligere utførte selv. I prosessen med å ansette en kontraktør til

matforpleining, er det fastsatte rutiner og kontroller. Dette gjøres for å forsikre seg om at de følger de prosedyrer og retningslinjer som er gjeldende for håndtering av næringsmidler. I dette tilfellet ble ikke kontraktøren undersøkt av egen veterinærtjeneste, men av et annet medlem av ISAF-styrken. Vår samarbeidspartner hadde tidligere vist at de hadde svært gode rutiner for kontroll av enheter som skulle håndtere matvarer. I dette tilfelle viste det seg ikke å stemme. Hovedårsaken til utbruddet av Shigella var at oppvaskmaskinen hadde for lav arbeidstemperatur. Det ble videre påvist at smitten kom fra den lokale kjøkkenhjelpen. Resultatet av dårlig håndhygiene og for lav temperatur på oppvaskmaskinen ble årsaksforklaringen av dette Shigellautbruddet. FSANs veterinærtjeneste har et særlig fokus på næringsmiddelhygiene og om man ser på overnevnte eksempel understreker dette viktigheten av at veterinærtjenesten er representert i alle ledd. Dette innbefatter inngåelse av kontrakter til kontroll av den som utøver matproduksjonen og rutinekontroller under hele operasjonens varighet. Dette eksempelet viser også at næringsmidler og vann kan gjøre våre styrker syke og ikke stridsdyktige. Dette utbruddet av Shigella medførte at 117 nordmenn i tjeneste i Afghanistan fikk akutt sykdom. Til alt hell var det bare sanitetspersonellet som hadde aktiv vakt som ble syke, vaktlaget som ikke hadde tjeneste på dette tidspunktet var invitert til å spise sammen med norske politikere et annet sted. Til alt hell ble sykdommen opprinnelse raskt konstatert, videre spredning ble derfor stoppet på et tidlig stadium av utbruddet. På bakgrunn av disse funn var det også mulig å iverksette målrettet behandling tidlig. En av behandlingsformene som var avgjørende var transfusjon av intravenøs væske. En av mine respondenter fortalte at det i gjennomsnitt ble benyttet 6L væske per syk person som var hospitalisert. Det store forbruket av intravenøs væske medførte at det måtte flys inn mer av dette medikamentet fra Dubai.

Dette eksempelet kan ikke karakteriseres som sanitetsetterretning. Men sanitetsetterretninger hadde tidligere pekt på faren for slike utbrudd om ikke gode tiltak ble iverksatt for å forhindre utbrudd av denne art. Det var beskrevet av russiske styrker at de hadde store utfordringer i forhold til sykdommer av denne art. Planlegging på strategisk og operasjonelt nivå kunne muligens forhindre et slikt sykdomsutbrudd ved at FLO ble tildelt tilstrekkelig med økonomiske midler og at egne kjøkkenfasiliteter ble bragt til operasjonsområdet.

2.5.2 Miljømessige helseutfordringer

Styrkebidrag kan utsettes for miljømessige utfordringer gjennom forurenset vann, mat, luft og jord. Industrianlegg kan i kamphandlinger bli skadet og forårsake lekkasjer. Dette kan være en

villet handling eller en ulykke. Slike utslipp kan ha en umiddelbar virkning, eller påvirke menneske på lengre sikt (Armed Forces Medical Intelligence Center, 2001).

Miljømessige helsetrusler i et operasjonsområde må derfor analyseres og substanser i jord, luft og vann bør inngå i disse analysene. Videre må omfanget av trusselen eller risikoen kartlegges, dette omfatter mengde, type, lokalisering osv.

Når miljømessige helsetrusler skal analyseres i et gitt område er det viktig å forstå regionen som helhet, fordi trusler utenfor eget operasjonsområde kan ha innvirkning på operasjonen. Andre faktorer som kan påvirke operasjonsområde er naturfenomener som storm, oversvømmelser, vulkanutbrudd, osv. Dette kan blant annet medføre store ødeleggelser på infrastruktur. Som igjen fører til trusler og risiko for personellets helse. Det er også av betydning å kartlegge faktorer som kan forårsake trusler og risiko for personellets helse. Dette innebærer å ha kjennskap til industri og andre aktiviteter området har som kan medvirke til forurensning av miljøet. (R3) Andre miljømessige forhold slik som for høyde og temperatur har også innvirkning på menneskelige fysiologi og bør derfor tas hensyn til. Kroppen trenger tid til akklimatisering.

Andre eksempler på miljømessige utfordringer er luftforurensning, og defineres som tilstedeværelse av substanser menneske kan reagere på. Dette kan være substanser fra kjemikalier, støv, røyk eller andre partikler som finnes i luften. Det er sjelden mulig å unngå luftforurensning totalt, men det er viktig å overvåke hvilken type luftforurensning styrken blir eller kan bli utsatt for (Armed Forces Medical Intelligence Center, 2001). Det er kjent at: «Militære operasjoner kan være svært krevende og foregå i miljø som stiller store krav til helsen. Derfor legges det i dag vekt på medisinsk seleksjon og på å forstå de helsemessige utfordringene i operasjonsområdene» (Hjelle, 2009). Medisinsk seleksjon betyr blant annet at personell med kjente utfordringer til luftveier ikke blir selektert for deltagelse.

Forurenset jordsmonn kan opptas gjennom luftveiene, huden eller gjennom drikkevann og mat. Forurensningen kan komme fra industri, pesticider benyttet i landbruk, gruvedrift, gass og oljeindustri osv. I tillegg kan jordsmonnet være forurenset av kjemikalier som er benyttet i krigføringen. Forurenset mat er en kjent kilde til sykdom hos mennesker. Forurensningen art kan være kjemikalier, ugressmidler, mikrobiologiske, sopp osv. Mer enn 200 sykdommer er antatt å smitte gjennom mat (Armed Forces Medical Intelligence Center, 2001).

Matsikkerhet og kontroll utført av egne veterinærmyndigheter er derfor svært viktig.

Personlig hygiene er også en vesentlig faktor for å forhindre sykdom. Disse forhold blir anda

mer fremtredende ved varmt og fuktig klima. Det skal også rettes oppmerksomhet mot at forurensning av mat være en villet handling, som har som intensjon og påføre mennesker eller dyr sykdom (Armed Forces Medical Intelligence Center, 2001).

Forurenset vann er en stor utfordring både for den lokale befolkning og for styrker som er i området. Kjemisk, mikrobiologisk eller mineraler kan føre til at vannet er helseskadelig å innta, det kan også være skadelig å benytte dette til personlig hygiene. Forurensning av vann er et utstrakt problem og fører i de fleste internasjonale operasjoner til økte kostnader (R6).

Vannkilder i operasjonsområdet må undersøkes. Kostnader ved en operasjon kan arte seg helt annerledes om alt vann må fraktes inn i området. Konkurransen om vannressurser i et område kan også skape konflikter, det kan sågar være en av de bakenforliggende årsaker til at styrken befinner seg der (R5).

2.5.3 Stråling

Since radioactive material may migrate through the air or in water, people can acutely or chronically be injured by ingesting radioactively contaminated food or water, by breathing radioactively contaminated air, or by exposure to radiation from radionuclides in the air or on the ground (*Armed Forces Medical Intelligence Center, 2001*).

I Norge har vi siden deployeringen til Kosovo i 1999, hatt en diskusjon rundt bruk av ammunisjon som inneholdt utarmet uran. Temaet for denne diskusjonen har vært om utarmet uran har medført helseskade på deployert personell. Tema har gjentatte ganger vært belyst av media og i mai 2013 var det også en artikkel om dette på Forsvaret.no hvor blant annet dette blir uttalt:

«I forkant av enhver deployering med norske styrker i internasjonale operasjoner blir det foretatt en bred trusselvurdering som både inkluderer fiendtlig aktivitet og medisinske forhold». (Forsvaret, 2013)

Denne uttalelsen kan vel også tolkes som et forsøk på «ryggdekning». Her benyttes sanitetsetterretning i etterkant for å gi en årsaksforklaring. På 90-tallet var vel ikke sanitetsetterretning et veldig etablert fenomen. Videre står sjefen for Forsvarets ABC-skole frem og sier at: «Ingeniørstyrken i den første kontingenten i Kosovo undersøkte og kartla potensielle strålingsfarlige områder der norske styrker opererte. Gjennom kontrollmålinger ble det aldri påvist ioniserende stråling i dette området.» (Forsvaret, 2013)

2.5.4 Helseinfrastruktur

Å fremskaffe informasjon om militære og sivile helsetjenester i det aktuelle landet vil også ha stor nytteverdi for produksjon av medisinsk styrkebeskyttelse. En kartlegging av et lands eller områdes helsetjenester kan fortelle mye om landets kapasitet og kapabilitet.

Kartleggingen belyser i hvilken utstrekning det er mulig for sanitetsplanleggere å inkludere disse i sin planlegging. De kan få svar på om dette er tjenester de kan benytte eller ikke. I mange av de områder våre styrker har vært deployert, har ikke vertslandet hatt et helsesystem som har vært i den forfatning at av våre styrker har kunne benytte disse. Spesielt i Sudan og Afghanistan har det ikke vært tilrådelig å benytte landenes helseinfrastruktur da dette ville utsatt vårt personell for stor helserisiko. Det har derfor vært nødvendig å medbringe alle helsetjenester til operasjonsområdet. I Afghanistan har Forsvarets Sanitets i mange år hatt et samarbeid med et lokalt sykehus for å hjelpe dem å utvikle en anestesikapasitet som har hatt til hensikt å styrke den lokale helseinfrastrukturen (R3).

2.5.5 Biologiske våpen

(...) nasjonale sikringstiltak som straffelovgivning, overvåkningsmekanismer som skal ta for seg eventuelle mistenkelige, ikke naturlige utbrudd av epidemiske sykdommer, styrking av internasjonal respons på biokrisisesituasjoner, og mulig styrking av relevante nasjonale og internasjonale institusjoner. *(Regjeringen, 2005b)*

Sykdom kan være en indikator på at biologiske stridsmidler er under utvikling eller i bruk ved at mennesker får symptomer på sykdom i et bestemt område. Det var et utbrudd av miltbrann i Sverdlovsk (Ekatrineburg) i 1979, russiske myndigheter prøvde å gi infisert dyrekjøtt skylden for utbruddet. Etterretnings personell fra USA mente derimot at folk hadde blitt syke fordi de hadde pustet inn miltbrannspora som kom fra et militært mikrobiologisk laboratorium. I november 1998 ble det utgitt en forskningsrapport av amerikanske forskere som støttet dette synet (Matthew S. Meselson, 1994).

Enklere eksempler på biologiske utfordringer er beskrevet fra Vietnamkrigen. Human avføring ble påført bambusstokker og disse stokkene ble videre plassert hvor det var forventet at amerikanske soldater skulle patruljere. Fellene var konstruert slik at stokkene ville penetrere hud og sannsynligvis gi infeksjon. Dette er i motsetning til Agent Orange kanskje et svært uskyldig virkemiddel! Den samme virkningsmekanismen er også funnet ved bruk av IED i Afghanistan. Det er det avdekket biologisk materiale på splintkomponenter brukt i IED (Defence, 2006).

Det kan i mange tilfeller være vanskelig å påvise at et biologisk terrorangrep er forsøkt utført fordi mennesker som er utsatt for dette vil ikke oppdage noe før sykdommen bryter ut. Når sykdommen bryter ut vil det ta tid før man er i stand til å si noe om årsaken til utbruddet og det kan videre være vanskelig å finne kilden for smitten. Foreløpig er det slik at det ikke finnes hensiktsmessig spredningskapasitet for slike midler. I tillegg er det vanskelig å produsere høye konsentrasjoner (Regjeringen, 2005a).

Eksempler på sykdommer som har potensiale for overlagt spredning er blant annet: kopper, miltbrann, botulisme, og pest. Med overlagt spredning menes villet spredning av potensielt svært farlige sykdommer som medfører at et stort antall mennesker vil bli syke og mange av dem vil dø. En av årsakene til dette er at befolkningen ikke lenger har immunitet mot disse sykdommene. Eksempler på sykdommer som fører til stridsudyktighet, Brucellose, Q-feber og harepest (Folkehelseinstituttet, 2013b).

Organisasjonen som skal være ansvarlig for å utvikle sanitetsetterretning må være i stand å reflektere og uten forsinkelser bidra til forståelse av endringer i den operative situasjonen. Dette kan for eksempel være at det er oppdaget og funnet evidens for at motparten har kapasitet og har vist vilje til å bruke biologiske agens. Sanitetsetterretningen må da kunne være i stand til å agere raskt da det kan være kort tid mellom eksponering og utbrudd av sykdom. Videre må en forutse konsekvensene av en slik handling (NATO, 2008b). Et eksempel på dette kan være medikamenter benyttet som motmidler til nervegass. I Norge er våre soldater utstyrt med en autoinjektor som skal benyttes umiddelbart etter påvirkning av nervegass. Medikamentene i denne autoinjektoren er atropin og oksimet toksogonin. Virkningsmekanismen for nervegasser er at den angriper sentralnervesystemet og blokkerer overføring av impulser. Dette fører blant annet til at kroppens muskelsystem ikke lenger fungerer, og dette medfører videre at vi ikke er i stand til å puste.

3 Hvordan utøves sanitetsetterretning i Norge?

I dette kapitlet omtales først de fire kommandonivåer, og hvordan sanitetsetterretning benyttes av de forskjellige nivåene. Videre Sanitetsetterretningens utvikling i fra 2003 til nåtid. Samarbeid FSAN-Etterretningstjenesten for å gi en bedre forståelse av hvordan dette har som intensjon å fungere og hvilken funksjon kontor for sanitetsrekognosering har i dette samarbeidet. Og til slutt hva synes brukeren om sanitetsetterretning?

3.1 Hvordan benytter de ulike kommandonivåer sanitetsetterretning?



Fig.1 Fire kommandonivåer (Willumsen, 2012)

3.1.1 Strategisk

FFOD beskriver at etterretninger på strategisk nivå er etterretninger som vil ha konsekvenser for landets eller alliansens overordnede militære situasjon (Forsvarsstaben, 2007, s. 145).

AJP-4.10(A) beskriver at sanitetsetterretning har en viktig betydning på strategisk og operasjonelt nivå i forhold til vurdering og planlegging av operasjoner. Sanitetsetterretning kan bistå med kunnskap til vurderinger strategisk nivå må gjøre i forhold til operasjonsområdet. Det kan for eksempel være vurderinger om hvilke styrkebidrag som er hensiktsmessige sett ut fra mange forhold. Et eksempel på dette kan være at en det bestemmes at en hærstyrke skal bidra i et operasjonsområde som har en høy helsemessig risiko, sannsynligheten for at disse styrkene pådrar seg sykdom vil være betydelig større, enn for et bidrag bestående av transportfly, som kan ha base utenfor det området som er mest belastet i forhold til å pådra seg sykdom.(R4)

På dette nivået vurderes også kostnadene ved styrkebidrag. Et eksempel på store kostnadsforskjeller kan være vann. Om det er slik at sanitetsetterretning har vist at vannet er uegnet som drikkevann, og i tillegg uegnet til benyttelse i hygieniske øyemed, vil dette medføre svært ulike kostnader.(R5)

Å ta vare på vårt personell er en av våre viktigste oppgaver. Medisinsk styrkebeskyttelse er en forutsetning for ivaretagelse av vårt personell. De helsemessige utfordringene i internasjonale operasjoner kan være mange. I en artikkel i Internasjonal Politikk beskriver Oma forholdet i Stoltenberg II-regjeringens beslutningsgrunnlaget for styrkebidrag til Afghanistan (ISAF). Og Oma sier: «Faren for tap av egne soldaters liv er et viktig vurderingsmoment før en regjering bestemmer seg» (M.Oma, 2011, s. 167)

Sanitetsetterretning vil på dette nivået også kunne bidra med kunnskap som sier noe om behovet for hvilke medisinske kapasiteter som må medbringes til operasjonsområdet. Sagt med andre ord hvilke medisinske kapasiteter er dette styrkebidraget avhengig av, for å kunne ivareta den medisinske styrkebeskyttelsen til deployert personell. Den norske stat har også uttrykt at dette personellet helse skal ivaretas på tilnærmet lik måte som de ville blitt om de var i Norge.

3.1.2 Operasjonelt

På operasjonelt nivå vil sanitetsetterretning også være viktig for å kunne utøve god sanitetsplanlegging, og medisinsk styrkebeskyttelse. Operasjonelt nivå har ansvar for å planlegge operasjoner, dette innbefatter også sanitetsplanlegging.

Ved forespørsel om styrkebidrag fra NATO vil spørsmålet komme fra NAC og bli stillet til FD/FST. Før oppdragsforespørselen sendes til FOH for en operativ analyse, vil departementet også søke informasjon. Det er på dette tidspunkt også viktig at de har tilgang på sanitetsinformasjon. FOH er videre avhengig av sanitetsetterretninger for å svare på den operative analysen. Når FOH har utferdiget sin analyse går denne tilbake til FD/FST. Om dette organet finner det formålstjenlig å fortsette prosessen blir det nå sendt et iverksettelsesbrev til FOH og samtidig blir det sendt forespørsel til Forsvarets Logistikk organisasjon, styrkeprodusentene og FSAN slik at disse kan utrede om det forefinnes muligheter for å levere det etterspurte produkt. Det kan være at svaret blir ja, nei, eller ja med begrensning slik eller slik. Når det er klart hvilke kapasiteter vi skal bidra med sender FD/FST deployeringsbrev til FOH. FOH iverksetter så arbeidet med å utvikle OPLAN.

FOH gir uttrykk for at det er av stor betydning for deres sanitetsplanlegging at sanitetsetterretninger er tilgjengelig på et tidlig stadium. De gir også uttrykk for viktigheten av FSANs medvirkning i disse prosessene på alle beslutningsnivå. FOH har i sine første forberedelsesfaser behov for kunnskap, denne benyttes i operasjonsanalyse som for FOH er den første del av prosessen frem til deployering. Det er for eksempel her de har behov for å ha kunnskap om hvilke beskyttelsestiltak som er nødvendig å iverksette. Dette fordi FLO som skal fremskaffe materiell må få mulighet for se om dette er mulig.

Det beskrives tilfeller hvor FD/FST går rett til styrkeprodusentene, dette medfører at styrkeprodusentene iverksetter arbeid og at FOH kommer «bakpå» i utvikling av OPLAN (R10)

Det understrekes at prosessene er viktige, og at de gjennomføres i riktig rekkefølge. Om de ikke gjør dette kan det føre til at styrkeprodusenten har utformet store deler av sitt bidrag før FOH har utferdiget sin OPLAN. Dette var i stor grad tilfelle under operasjon Atalanta i 2009.(R10) I denne operasjonen foregikk planleggingen på taktisk og operasjonelt nivå samtidig. Politisk nivå hadde bestemt seg for hvilket styrkebidrag de ønsket å bidra med. De hadde kanskje et behov for å skaffe seg ryggdekning, for alle skattebetalernes midler benyttet på nye fregatter. I dette tilfelle mottok operativt og taktisk nivå ordre om deployering på samme tid. Ordren kom seks måneder før avreise. Taktisk nivå hadde formidlet et behov om en klargjøringstid på seks måneder. Denne tiden var estimert, ut fra det behov som forelå til opptrening og fremskaffelse av utstyr som var nødvendig for deltagelse i denne operasjonen. I det lange løp og for utvikling av god medisinsk styrkebeskyttelse er det ikke bra at planprosesser blir kortsluttet. (R10)

Forsvarets Fellesoperative doktrine beskriver at det er en forutsetning, at det forefinnes en plan for hvordan vi best kan opprettholde helse og stridsevne. Dette omfatter både forberedelsesfasen, gjennomføringsfasen og avslutning av operasjonen: «Detaljerte sanitetsetterretninger, sanitetsplaner og høy beredskap er viktig for å sikre effektiv sanitetstjeneste fra de tidligste fasene av en operasjon» (Forsvarsstaben, 2007, s. 155).

3.1.3 Taktisk nivå

Operasjonell etterretning er etterretning som skal bistå og opplyse om den militære situasjonen i et gitt operasjonsområde. Det vil være viktig å fremskaffe sanitetsetterretninger som kan tilføre militære sjef kunnskap slik at han kan benytte denne kunnskapen i sine

avgjørelser. En sjefs intensjon vil være et ønske om å disponere sine styrker på den mest hensiktsmessige måte. mulig (Forsvarsstaben, 2007, s. 146).

På taktisk nivå vil det være viktig og forstå operasjonens helserisiko, og videre ha kapasiteter som evner å iverksette tiltak mot oppdukkende trussler. Robuste sanitetsavdelinger kan være en måte å utøve god beredskap. For at kapasiteter som dette skal være tilstede, er det en forutsetning at høyere kommandonivå har planlagt og utformet kapasiteter disse kapasiteter. Taktisk nivå har også et ansvar for å sende informasjon bakover i kommandokjeden. Mange hendelser i et operasjonsområde kan ha behov for støtte fra kommandonivået over, og er det store endringer som må foretas impliserer også dette de to strategiske nivå. Et eksempel på dette er Leishmaniasis utbruddet i Afghanistan. Når taktisk nivå rapporterte til FOH at det var et utbrudd av sykdom hos det nederlandske styrkebidraget nord i Afghanistan, ble det iverksatt tiltak. FOH i samråd med FSAN sendte et team som skulle undersøke sykdomsforekomsten. Rapid Deployable Investigasjon Team (RDOIT). Teamet som ble sendt bestod av personell fra forsvarets mikrobiologisk institutt (FMI), veterinærinspektøren og SANREK. Teamet kartla situasjonen og tiltak ble utformet. Dette er beskrevet mer utdypende i tilfellestudie nummer to.

3.2 Sanitetsetterretningens utvikling i fra 2003 til nåtid

Avsnittet beskriver sanitetsetterretningen utvikling i FSAN fra 2003 og frem til i dag.

Forsvarets Sanitet (FSAN) ble etablert som fellesinstitusjon for alle forsvarsgrenene 1.januar 2003. Blant FSANs oppgaver er fagmyndighetsansvar og premissleverandør på strategisk og operativt nivå (Rosen, 2003).

Den delen av fagområdet sanitet og veterinærtjeneste som er felles for alle forsvarsgrener, samles i et Militærmedisinsk utdannings- og kompetansesenter (MUKS) slik Stortinget har besluttet i Innst. S. nr. 342 (2000-2001). MUKS vil være under kommando av sjefen for den nye sanitetsorganisasjonen. I tillegg til grunnleggende sanitetsutdanning vil MUKS også være sanitetssjefens faglige organ med ansvar for planlegging og resultatanalyse av medisinsk etterretningsvirksomhet (Forsvarsdepartementet, 2001 s.2.1.1. pkt.2.1.3).

I dette sitatet ligger formuleringer som har skapt strid i miljøet som arbeider med sanitetsetterretning, fordi her står det: «med ansvar for planlegging og resultatanalyse av medisinsk etterretningsvirksomhet», dette tolkes hos noen som at FSAN skal produsere

sanitetsetterretning. En annen fortolkning er ikke gjennomføring av analyse som fører til sanitetsetterretning, men bistå med personell til hjelp i å besvare RFI.

Når general Rosen i 2003 beskriver sanitetstjenestens formål inkluderte han også medisinsk etterretning. Han beskriver videre at formålet med medisinsk etterretning er å kartlegge og analysere operasjonsområdet slik at faktorer som kan forringe stridsevnen, for eksempel endemiske sykdommer, miljøgifter og luftforurensning må kartlegges (Rosen, 2003).

Den første samhandlingsavtalen mellom Forsvarets Sanitet og Etterretningstjenesten ble undertegnet i 2004. Avtalen ble revidert i 2011 men har nå tittelen samarbeidsavtale.

Samhandlingsavtalen fra 2004 representerer en klargjøring og videreutvikling av rollefordelingen mellom Etterretningstjenesten og Forsvarets sanitet. Rollefordelingen mellom disse tjenestene fremstår som noe mer difus ved opprettelsen av FSAN i 2003.

Forsvarsstaben (FST) hadde allerede i 2001 etablerte en rådgivningsgruppe som hadde til hensikt å vurdere helsemessig risiko for blant annet internasjonale operasjoner. Gruppens medlemmer kom fra FO/O, FO/SAN, FO/E og FFI. Denne rådgivningsgruppen var ledet av Sjef Situasjonssenteret/FST. En av respondentene beskriver formålet med denne rådgivningsgruppen til å være:

Sikre rettidig og orienterende informasjon, videre å utveksle informasjon og diskutere helsetrussler. Formålet med forumet var at helsetrussler og risikoer skulle belyses. Intensjonen var å se på årsak, påvirkning, motvirkning og konsekvenser. Rådgivningsgruppen skulle representere et tillegg til den normale stabsvurderingen, og formålet var å belyse konsekvenser helsetrusler kan få for operasjoner. Rådgivningsgruppen var sammensatt av aktører og «eksperter» på helserisiko.(R3)

Det oppstod uenighet om sanitetsetterretningsrapporten for Sudan, utformet i 2003. Hvor det ble uttrykt at sanitetsetterretnings-rapporten krisemaksimerte sine funn. Det var mange utfordringer knyttet til deployering av styrker til Sudan, disse er nærmere beskrevet i tilfellestudie en. Det er videre ukjent for mine respondenter hvordan denne gruppen fungerer i dag, og antagelsen er at denne ikke har vært i funksjon siden 2004.

3.3 Grensesnittet FSAN-Etterretningstjenesten

Forsvarssjefen oppdrag til Sjef FSAN og Sjef Etterretningstjenesten er å utvikle og å etablere en samhandlingsavtale innen fagområdet sanitets etterretninger» (*Forsvarsdepartementet, 2001*).

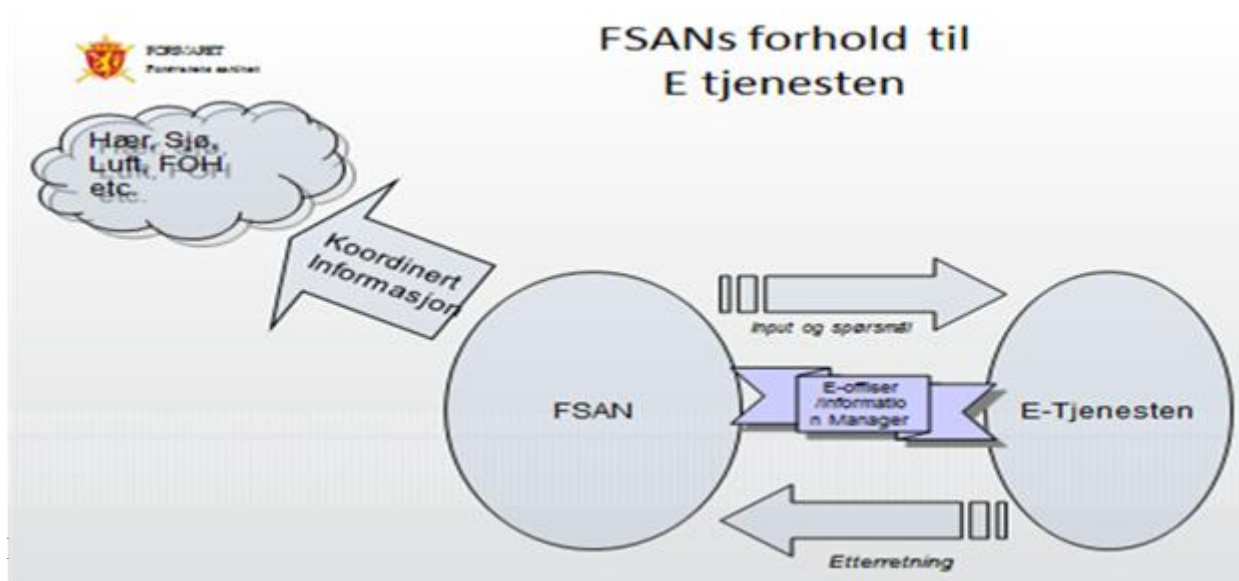
Formålet den første den første samhandlingsavtalen var:

Å synliggjøre ansvar og myndighetsforhold innen sanitetsetterretninger (SAN-E) samt å identifisere grensesnitt mellom Sjef FSAN og Sjef E-tjenestens ansvarsområder. Avtalen vil videre beskrive hvordan FSAN og E-tjenesten skal håndtere disse grensesnittene (Sanitet, 2004)

Videre beskrives det i denne avtalen i pkt. 6.2 hvordan sanitetsetterretninger er tenkt benyttet:

Sanitetsetterretning tjener formål på strategisk, operasjonelt og taktisk nivå. Etterretnings- og operasjonelle stabers utarbeidelse av strategiske vurderinger vil kunne påvirkes av sanitetsetterretninger. Sanitetsplanleggingen, herunder styrkegenerering og forebyggende medisin vil også påvirkes av sanitetsetterretninger (Sanitet, 2004).

I Norge er det sjef FSAN som er forsvarssjefens rådgiver i alle sanitets -og veterinærfaglige spørsmål, han er også den øverste faglige myndighet på disse fagområdene. I samarbeidsavtalen mellom etterretningstjenesten og FSAN beskrives det at etterretninger produseres av Etterretningstjenesten. Sanitetsinformasjon har FSAN ansvar for blir innhentet og vurdert. Dette kan være informasjon som FSAN innhenter fra operasjonsområder hvor styrker skal deployeres. I samarbeidsavtalen mellom Etterretningstjenesten og FSAN, beskriver FSAN at de også benytter sanitetsinformasjon som kunnskapsgrunnlag for utvikling av medisinske styrkeforebyggende tiltak. Ved behov for sanitetsetterretninger må Etterretningstjenesten forespørres om dette i form av RFI. Det fremkommer tydelig i denne avtalen at det er Etterretningstjenesten som produserer sanitetsetterretning. I Norge er det sjef Etterretningstjenesten som er forsvarssjefens rådgiver i alle etterretningsfaglige spørsmål, han er også øverste faglige myndighet i alle saker underlagt lov om etterretningstjenester. Sanitetsetterretning kommer inn under lov om etterretningstjenester. I samarbeidsavtalen mellom SJ FSAN og SJE beskrives det at produksjon av etterretninger gjennomføres av Etterretningstjenesten, videre beskrives det at spesielt klarert personell fra FSAN kan delta i dette arbeidet for en faglig kvalitetssikring av produktet.



Denne illustrasjonen forsøker å fremstille forholdet mellom Etterretningstjenesten og FSAN. En av funksjonene i SANREK er også « inkorporert i E-tjenesten for og fasilitere analyse og produksjon av sanitetsetterretning» (FSSS, 2011)

Den første samhandlingsavtalen ble inngått mellom Forsvarets Sanitet og etterretningstjenesten 18. november 2004.(Forsvaret, 2004) denne avtalen ble avløst av en samarbeidsavtale inngått mellom Sjef FSAN og Sjef etterretningstjenesten i 2011(Forsvaret, 2011).

Samhandlingsavtalen fra 2004 beskriver at:

Produksjon av Etterretninger gjennomføres av Etterretningstjenesten basert på de behov som meldes inn fra brukere av Etterretningstjenesten gjennom RFI (Request for Information). Spesielt klarert personell fra FSAN kan delta i dette arbeidet for å sikre behovsbeskrivelse (Sanitet, 2004).

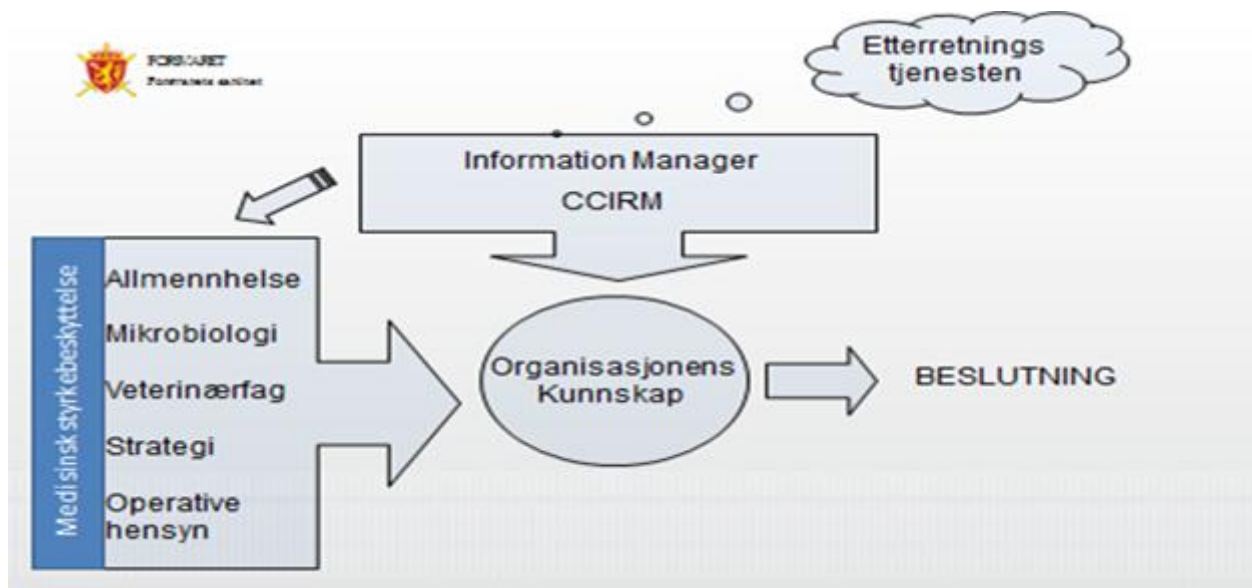
Forsvarets Sanitets oppgave er å være ansvarlig for faglig tiltaksbeskrivelse og øvrig resultatanalyse av sanitetsetterretnings produkter (Samhandlingsavtalen 2004).

Når det angjelder produksjon av sanitetsinformasjon beskrives dette slik:

FSAN skal forestå innsamling av medisinsk informasjon som ikke kommer inn under lov om Etterretningstjenester, herunder innhenting og analyse av informasjon relatert til fysiske, radiologiske, kjemiske eller biologiske agents/substanser innen områder der Norsk militært personell er deployert. Dette er å betrakte som medisinsk relatert informasjon. FSAN er ansvarlig for alle praktiske forhold relatert til Helse og Miljø sikkerhet i felt. (Sanitet, 2004)

Videre beskrives det:

At denne informasjonen vil være tilgjengelig for å bistå i produksjonen av sanitetsetterretninger. Den medisinske informasjonen er i seg selv ikke å betrakte som etterretning, og således ikke underlagt lov om etterretningstjenester (Sanitet, 2004).



Skissen søker å illustrere forholdet ved at etterretningstjenesten har ansvar for produksjon av etterretning også sanitetsetterretning. Ved FSAN er det en funksjon i form av en stilling som har som ansvar å være bindeledd mellom Etterretningstjenesten og FSAN. Hovedoppgaven i denne stillingen er å sørge for at Etterretningstjenesten får den sanitetsinformasjon som Etterretningstjenesten har behov for slik at de kan bruke denne informasjonen til å validere egne etterretninger eller utvikle nye. På den andre siden har FSAN tilgang til sanitetsetterretninger som skal bistå forsvarsgrenene og andre til å motta en koordinert informasjon om områder disse skal deployere styrker til. Det er også rom for at forsvarsgrenene eller andre kan stille spørsmål for å få verifisert sine informasjoner om et operasjonsområde.

3.4 Kontor for sanitetsrekognosering (SANREK)

En av hovedutfordringene til det som oppfattes som en usikkerhet i forhold til arbeidsoppgaver kan mulig tilskrives den funksjonen dette kontoret har. For det første skal de innhente og bearbeide informasjon om områder som forsvaret er eller kan bli involvert i (FSSS, 2011). Og det fremgår også at de har ansvar for informasjon relatert til fysiske, radiologiske, kjemiske eller biologiske agents/substanser. (Sanitet, 2011) I samarbeidsavtalen beskrives dette som medisinsk relatert informasjon. Det er videre presisert at FSAN er ansvarlig for alle praktiske forhold relatert til Helse og Miljø sikkerhet i felt (Sanitet, 2011).

Kontoret ble etablert i 2003 i starten var sanitetsetterretning som felt nytt og mange ildsjeler la ned et stort arbeid i å få dette til å fungere på en god måte. Kontoret for sanitetsrekognosering i MUKS hadde fått tildelt fagpersonell med medisinsk, veterinærmedisinsk og fagmilitær kompetanse. De første årene får man inntrykk av at produktiviteten er bra og at det leveres produkter som er til hjelp i sanitetsplenleggingen på de forskjellige kommandonivånivå.

Deres hovedoppgaver er beskrevet til å være innhenting og analysere sanitetsinformasjon.

Sanitetsinformasjonen benyttes også i rapporter som utgis om de forskjellige operasjonsområder. Personellet gjennomfører også forelesninger for personell som skal (Notat 2008). Ved undervisning fremstod det tydelig at det ikke var tilstrekkelig bare å fortelle om hva som var helsetrusslene og farene, det var også et stort behov fra personell som skulle deployeres å få innsikt i hvordan disse helsetrusslene og farene skulle håndteres. Det fremstod som tydelig at helheten manglet. Forelesningene var kun en del av en helhet. Den medisinske styrkebeskyttelsen manglet. Det å utvikle medisinske styrkeforebyggende tiltak krever innsats fra mange fageksperter. Og som nevnt tidligere er det FSAN som har det overordnede ansvar for dette. Det ble tydelig at en vesentlig del manglet. Mangelen var en koordinerende funksjon som kunne sette sammen all kunnskap. Det var en slik kunnskap personellet som skulle deployeres hadde behov for. Det er lite hensiktsmessig å fortelle noen om farer om det samtidig ikke inngår hvordan disse farene skal håndteres(R8). Dette var frustrerende for ansvarlig personell og friksjon oppstod. I tillegg var personellet svært uenig i hva som var sanitetsetterretning og hvem som hadde ansvaret for å produsere dette.

En av respondentene beskriver forholdet mellom sanitetsinformasjon og sanitetsetterretning på følgende måte:

Det er bred enighet om at medisinsk informasjonsinnhenting og analyse er et fagansvar som krever informert medisinsk ekspertise for raskt å kunne gi sjefer både på strategisk, operasjonelt og taktisk nivå best mulig situasjonsforståelse og beslutningsgrunnlag. I hvilken grad dette kan beskrives som etterretning, eller simpelthen som å skaffe tilveie informasjon og fakta, er en pågående diskusjon. Tradisjonell etterretning regnes som et uunnværlig verktøy for den militære sjefen, og det å iverksette en militær operasjon uten en grundig, kontinuerlig trussel-analyse, blir sammenliknet med å gå i krigen med bind for øynene (R5).

Kontoret ble oppløst i 2008 og personellet i avdelingen ble fordelt til andre avdelinger i FSAN. Etter 2008 har det ikke vært samhandling ved dette kontoret, og det fremstår som utydlig hvem som har hatt et fast ansvar for de oppgaver som er beskrevet at SANREK kontoret skulle utøve. Landinformasjon og helserisikovurderinger har derfor blitt levert sporadisk og utenom et etablert system (5).

FOH har utført mye av dette arbeidet etter 2008, og de uttrykker at det er viktig at disse oppgavene blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte (R10).

3.5 Hvordan fremstår sanitetsetterretning for brukeren i dag?

I Forsvarssjefens direktiv for operative krav beskrives det blant annet at FSAN ved skal: «SANREK innhenter sanitetsinformasjon for å underbygge trusselvurderinger og operative beslutninger (Forsvarssjefen, 2013).

Brukere har et noe ulikt syn på hva sanitetsetterretning er. Og det kan fremstå som mange har utfordringer i forhold til å se hvem som har ansvaret for hva. Det er fortsatt diskusjoner innad i gruppen som i mange år har arbeidet med å formidle sanitetsetterretning, da de ikke anerkjenner at det er Etterretningstjenesten som har ansvar for å produsere sanitetsetterretninger i Norge. Dette er vel først og fremst et spørsmål om hvordan sanitetsetterretning blir definert. På den ene siden har man personell som beskriver at FSAN står for utvikling av sanitetsetterretning. Det er mulig at de da vektlegger etterretning som en aktivitet. Etterretning som aktivitet kan alle bedrive. Er da noe usikker på hvordan samarbeidsavtalen mellom FSAN og Etterretningstjenesten skal tolkes. På den andre side beskrives det at denne avtalen omhandler hvordan informasjon skal benyttes. NATO-doktriner beskriver også at det er opp til det enkelte land hvordan de organiserer sin sanitetsetterretning og at hos enkelt er dette blitt lagt til sanitetsorganisasjonen fordi dette er etterretning som krever at den blir analysert av medisinsk, veterinærmedisinsk eller annet personale. En av innvendingene er at etterretningstjenesten ikke har fagpersonell som kan ivareta analyse av sanitetsetterretning. Andre bruker har ikke sett behovet for sanitetsetterretning da de har ment at informasjonen de hadde tilgjengelig var tilstrekkelig, og at etterretninger utover dette ikke var nødvendig.

Andre gir uttrykk for at sanitetsetterretning er en viktig funksjon og at den hører hjemme i Etterretningstjenesten sammen med all annen etterretning og at etterretning har betydning for produksjon av medisinsk styrkebeskyttelse i noen tilfeller (R8).

4 Sanitetsetterretningens betydning for utforming av medisinsk styrkebeskyttelse.

Først i dette kapitlet beskrives medisinsk styrkebeskyttelse. Videre belyses betydningen av sanitetsetterretning for utvikling av medisinsk styrkebeskyttelse ved å beskrive tre tilfellestudier. I mange tilfeller kan medisinsk styrkebeskyttelse utvikles ved hjelp av sanitetsinformasjon og rekognosering av det aktuelle operasjonsområdet. Denne oppgaven undersøker sanitetsetterretningens betydning i utvikling av medisinsk styrkebeskyttelse. Denne fremstillingen bygger på empiri fra oppgavens respondenter og forfatterens egne erfaringer er fremstilt i siste tilfellestudie. De tre tilfellestudiene omhandler en planlagt deployering til Sudan i 2004. Tilfelle to omtaler utbruddet av Leishmaniasis i Afghanistan i 2006. Tredje tilfellestudie beskriver KNM Fridtjof Nansen deployering til Afrikas Horn i Operasjon Atalanta i 2009. Ved å beskrive disse tre tilfellestudiene er målsetningen å vise i hvilken grad sanitetsetterretning ble benyttet, og analysere på hvilket av de fire nivåene sanitetsetterretning hadde størst betydning for operasjonen.

4.1 Medisinsk styrkebeskyttelse

Sykdommer og ikke stridsrelaterte skader vil alltid være en risiko for personell som er deployert i internasjonale operasjoner. Målet for medisinsk styrkebeskyttelse er å gjøre denne risikoen mindre, og at risikoen kan være på et slikt nivå at styrkens operative kapasitet blir minst mulig påvirket. I «Et forsvar til vern om Norges sikkerhet, interesser og verdier» beskrives det hvordan sanitetstjenesten for personellet skal utøves:

Sanitet i internasjonale operasjoner er et nasjonalt ansvar som skal ligge så nær opp til sivil standard som mulig og være i samsvar med det faglige ambisjonsnivået til sanitetstjenesten i NATO. Sanitetstjenesten skal planlegges, dimensjoneres og utøves for å vedlikeholde stridsevnen, samt ivareta tjenestegjørende som skades eller blir syke (Forsvarsdepartement, 2007-2008, s. 116).

For å utvikle medisinsk styrkebeskyttelse er kunnskap et grunnleggende behov i nivå av planleggingsprosessen. Sanitetsplanleggere har behov for at det forefinnes et system som på en systematisk og institusjonalisert måte bidrar til at sanitetsetterretninger blir fremskaffet, videre må disse presenteres for politiskstrategisk og militærstrategisk nivå på et tidlig stadium i planprosessen.

Det er videre viktig at sanitetsetterretninger blir presentert på en slik måte at de ikke oppfattes som en form for krisemaksimering av operasjonsområdet(R3). Dette kan lett bli tilfelle ved spørsmål om styrkebidrag som skal deployeres til land i Afrika, hvor enkelte land har

befunnet seg i en krigslignende tilstand i tiår etter tiår. Dette har igjen har ført til at styresettet, som også innbefatter helsetjenester i landet nærmest har kollapset. Og i tillegg finnes det et stort antall endemiske sykdommer, som er vanskelig å behandle. Det er derfor av betydning at den sanitetsetterretning som blir benyttet til å analysere landets situasjon er så tidsriktig og nøyaktig som forutsetningene tilsier. Utvikling av medisinsk styrkebeskyttelse krever at det forefinnes kunnskap før planen utformes:

Planlegging av sanitetstjenesten må baseres på medisinsk etterretning, herunder informasjon om trusselsituasjonen, og epidemiologiske data om forekomst av sykdom og skade. For å bidra til at personellet får tilstrekkelig og forsvarlige sanitetstjenester (Forsvarsdepartement, 2007-2008, s. 116).

I NATO-doktrinen beskrives det at sanitetsetterretningen har som en av sine oppgaver å gi en bedre innsikt og forståelse av mulige helsetrusler og helserisikoer i et operasjonsområde.

NATO-definisjonen av styrkebeskyttelse:

Measures and means to minimize the vulnerability of personnel, facilities, materiel, operations and activities from threats and hazards in order to preserve freedom of action and operational effectiveness thereby contributing to mission success (NATO, 2001, s. 10004).

Medisinsk styrkebeskyttelse er en kritisk forutsetning for at Forsvaret skal kunne operere effektivt i aktuelle operasjonsområder. Det er særlig aktuelt i forbindelse med norske styrkebidrag i -Afrika og Afghanistan (Forsvarsdepartementet, 2009).

Videre kan sanitetsetterretning bidra til at sanitetsplanleggere får innsikt i hvilke medisinske behandlingsskapasiteter som finnes i et operasjonsområde. Sanitetsetterretninger vil også kunne si noe om hvilken standart de medisinske fasilitetene har, videre kapasitet, og nivå på de helsetjenester som utøves. Å fremskaffe informasjon om sykehuspersonellens faglige standart er vesentlig. Og avansert medisinsk teknologi er til liten nytte om personale ikke er opplært eller er i stand til å benytte dette utstyret. Videre er de hygieniske forhold ved institusjonen viktig å kartlegge. Hvordan utøves forebyggende medisin i forhold til infeksjonssykdommer? Blod kan være et livreddende produkt ved traumatiske skader. Det vil ikke være god medisin å redde pasienten i første fase, for siden la pasienten dø av transfundert smitte som ikke kan behandles.

Det er mange kategorier personell som bidrar til produksjon av medisinsk styrkebeskyttelse i FSAN. I tillegg til at det er ett samarbeid med statlige institusjoner, innehar FSAN mange egne kapasiteter. Sanitet er virksomhet knyttet til medisin og medisinsk behandling som skal sikre helsemessige forhold slik at stridsevne opprettholdes. Av egne kapasiteter kan nevnes

mikrobiologisk laboratorium, RDOIT team og medisinsk fagekspertise av mange kategorier(R04). Veterinærtjenesten i FSAN utfører en svært viktig funksjon i sin rådgivende og utøvende tjenester i forhold til mattrygghet, avdelingshygiene, dyrevelferd og dyrehelse. Veterinærmedisin har alltid forstått viktige bidrag sett opp mot utforming av medisinsk styrkebeskyttelse (R6).

4.2 FN bidrag til Sudan i 2004.

Sudan er det største, og kanskje et av de land i Afrika med størst variasjon i topografi. I Sudan finnes det både ørkener, fjellkjeder, sumper og regnskoger.

Bortsett fra en periode på elleve år med fred, har landet mer eller mindre hatt borgerkrigsliknende tilstander mellom det hovedsakelig muslimske nord og animister og kristne i sør. Dette har pågått siden landets uavhengighet fra Egypt/Storbritannia i 1956. Regjeringen og opprørerne har lovet å slutføre en fredsavtale med sikte på å få slutt på konflikten.

I 2003, mens regjeringen og opprørere fra den sørlige delen av landet nærmet seg en fredsavtale, brøt det ut opprør i den vestlige regionen Darfur. Opprørerne ønsket større selvstyre i den vestlige regionen. Mer enn 1,5 millioner mennesker har flyktet fra hjemmene sine og titusener av mennesker har blitt drept. Pro-statlige arabiske militsgrupper blir anklaget for å gjennomføre en kampanje for etnisk rensing mot ikke-arabiske grupper i regionen.

Sudan betyr på arabisk landet for de svarte. Arabisk er det offisielle språket og islam er statsreligionen. Landet har også en stor ikke-arabisk talende og ikke-muslimske befolkning som er bosatt sør i landet. Denne delen av befolkningen er kristne og animistiske, og de avviser å bli underlagt islamsk Sharia lov. Sudan har store områder med dyrkbar jord, samt gull og bomull. Oljereserver er moden for videre utnyttelse.

I borgerkrigen som har herjet landet har flere stater i regionen vært involvert, blant annet Uganda, Libya og Egypt. Borgerkrigene har kostet landet omkring 1,5 millioner menneskeliv. Og den vedvarende konflikten i den vestlige regionen Darfur har drevet to millioner mennesker på flukt. Etter to år med forhandlinger, undertegnet opprørerne en omfattende fredsavtale med regjeringen for å avslutte borgerkrigen i januar 2005 (BBC).

Det var på dette tidspunktet at den norske stat ønsket å bidra med norske styrker i regi av FN.

Det må tillegges at Norge i denne perioden hadde FN-observatører i Sudan. Senere ble et sykehus deployert til nabolandet Tsjad. Diskusjonene om dette styrkebidraget foregikk på

begge strategiske nivå. Trussel og helserisikovurderingene var også gjenstand for oppslag i dagspressen. Det ble brukt betegnelser som krisemaksimering om helsevurderingene (R3). Strategisk nivå fikk presentert rådata av trusler og risikoer. Det er operativt nivå som i hovedsak beskriver tiltak som kan iverksettes for å redusere trusler og risikoer. Medisinsk styrkebeskyttelse har som formål å omforme trusselen til risiko.

Risiko vil finnes men den kan reguleres fra høy til lav sannsynlighet for at hendelsen inntreffer. I noen situasjoner forefinnes det en vilje til å ta en stor risiko og i andre situasjoner er det ikke like stor villighet. Og eksempelet som er nevnt tidligere i forhold til type styrkebidrag er også av betydning for helserisiko og helsetrussel. Ved at styrken må operere inne i konfliktområdet er trusselen mot styrken hva gjelder helsemessige utfordringer. Styrken som befinner i Sudan vil ha en mye høyere risiko for å pådra seg endemiske sykdommer.

Sanitetsetterretninger hadde predikert at å benytte vann og næringsmidler fra området ville medføre høy risiko for sykdom. Med andre ord vann og alle næringsmidler måtte fraktes til operasjonsområdet. Om det er vilje, kunnskap og økonomiske kapasitet er de fleste operasjoner mulig å gjennomføre. I tillegg må det på politisk nivå gjøres en vurdering av hvor stor risiko man er villig til å utsette styrker for, og hvor store tap av menneskers liv som kan regnes som forsvarlige i en operasjon av denne type. For å kunne utvikle gode medisinske styrkeforebyggende tiltak er det avgjørende at planleggerne har inngående kjennskap til krisens natur. Det må også bringes på det rene hvilke helsemessige risikoer styrken kan bli utsatt for. Kjente risikoer er det mulig å analysere slik at det fremkommer hvilke risikoer som kan reduseres og risikoer som ikke kan reduseres. Videre kan det utøves en helhetlig vurdering av situasjonen, hvorpå det kan tas en beslutning. En av respondentene uttrykte dette på følgende måte: «Hva er det vi faktisk ser, hva sier analysene og hvordan beslutter vi oss for å handle, og med hva skal vi handle» (R3).

Forståelse av krisens natur er også viktig sett opp mot medisinsk styrkebeskyttelse. I Sudan var det på dette tidspunktet 1,5 millioner mennesker på flukt. Flyktningeproblematikken omfattet både interne og eksterne fordrevne. Sudan var også på dette tidspunkt et land hvor kampen om vann og næringsmidler var stor. Ved at antallet mennesker i form av flykninger øker i et område hvor resursene i utgangspunktet er minimale og vanntilgangen er liten fører ikke til at denne situasjonen blir bedre. Det er også en kjent sak at ved vannmangel og underernæring får sykdommer lettere fotfeste. I tillegg som nevnt tidligere er dette et land med stor naturlig forekomst av sykdom. Og i borgerkrigstilstander er vi også kjent med at infrastruktur som helse, vann, kloakk, transportsystem osv. kan være i svært dårlig forfatning

eller ikkeeksisterende. Ved å analysere operasjonsområdet kan faktorer som dette forstås og det kan sette inn tiltak mot disse faktorene.

Den Afrikanske Union hadde på dette tidspunkt militære styrker i Sudan. Rapporter tyder på at denne styrken til enhver tid hadde 20 % sykdom. Ved at en så stor del av styrken blir arbeidsudyktig og ikke er i stand til å skjytte sine oppgaver, kan dette medføre store konsekvenser for operasjonen. Har denne styrken oppgaver som for eksempel vakthold for andre deltagende nasjoner kan dette også medføre en trussel for dette personellet (R3).

Det kan også tillegges at afrikanske styrker av naturlige årsaker har opparbeidet en bedre resistens mot mange av bakteriene som fantes, ville dette ført til at vestlige styrker ville hatt en enda høyere sykkelighet?

I planlegging av styrkebidrag hvor disse skal deployeres til områder som Sudan er det avgjørende for utvikling av medisinsk styrkebeskyttelse at det forefinnes informasjoner som kan gi et så riktig bilde av situasjonen som mulig. Det kan da innebære utfordringer å skulle hente alle sine informasjoner fra åpne kilder. Og dette kan i slike tilfeller være en utfordring at det er kjent at land av mange årsaker kan ønske å holde tilbake eller skjule informasjon for verdenssamfunnet.

4.2.1 Sanitetsetterretningens betydning Sudan

I dette tilfelle hadde sanitetsetterretning stor betydning. Forholdet i landet var kartlagt, sanitetsetterretninger var frembragt. Om disse opplysningene ikke umiddelbart ble ansett som konstruktive har vel strengt tatt ikke noe med sanitetsetterretningen å gjøre.

Sanitetsetterretning skal frembringe kunnskap. Det er andre instanser som skal utforme tiltak som skal medføre at truslene og risikoene reduseres. I denne situasjonen ble sanitetsetterretning beskylt for å krisemaksimere sine funn.

Debatten om bidrag til FN operasjonen UNAMID foregikk over flere år, så det var rikelig med tid til å klargjøre styrker for utfordrende oppdrag. Men det må erkjennes at det finnes trusler og risikoer og disse må være med i den totale vurderingen. Det endte med at styrkebidraget ble avvist av den Sudanske presidenten i 2008, han ønsker bare styrker fra den afrikanske union velkommen til Sudan for overvåkning av den skjøre våpenhvilen (Halstein, 2008).

4.3 Leishmaniasisutbrudd i Afghanistan høsten 2005

Afghanistan er et land med strategisk beliggenhet mellom Midtøsten, Sentral-Asia og det indiske subkontinent. Landet har vært herjet av en kronisk ustabilitet og konflikt. Landets økonomi og infrastruktur er i ruiner, og mange av folkegruppene i landet er flyktninger. Det har i århundre vært kjempet om Afghanistan dette til tross for at landet har et robust og frastøtende terreng. Landet var sentralt da det såkalte «Great Game» på 1900-tallet utspant seg. Den gangen var årsaken at Russland og det britiske imperiet i India konkurrerte om innflytelse i landet. Landet ble igjen sentralt under den kalde krigen da landet ble en slagmark i maktkampen mellom Sovjetunionen og USA, samt Afghanistans naboland. Sovjetiske tropper intervenerte i 1979 for å støtte opp om et pro-kommunistisk regime.

Etter uttrekningen av sovjetiske styrker i 1989 fortsatte de interne stridighetene og i 2001 overtok Taliban administrasjonen av landet. Fremveksten av Taliban, opprinnelig en gruppe islamske lærde, brakte stabilitet til deler av landet ved hjelp av en hard islamsk praksis. Og deres ekstreme versjon av islam ble gjenstand for en massiv kritikk fra verdenssamfunnet. Osama bin Laden, som påtok seg ansvaret for bombingene av amerikanske ambassader i Afrika i 1998 og angrepene i USA 11. september 2001 oppholdt seg i Afghanistan. Da Taliban nektet å utlevere ham, ble det i oktober 2001 innledet flyangrep mot landet. USAs intensjon var å støtte Talibans opposisjonsgrupper og dermed drive Taliban fra makten i Afghanistan. Videre ble dette en NATO-ledet militær tilstedeværelse som har vedvart siden. De stigende dødstallene for NATO og deres alliansepartnere har ført til en økende upopularitet av konflikten blant vestlige velgere, og det har utviklet seg et press hvor målet har vært tilbaketrekning av militære styrker. I 2012, det 11. året av konflikten, ble det bestemt at NATO styrken skulle trekke sine bidrag ut, og de fleste tropper forlater Afghanistan i løpet av desember 2014 (BBC, 2013).

Høsten 2005 da Norge var i ferd med å flytte sine styrker nordover i Afghanistan og bygge en ny leir, Camp Nidaros i et område nær Mazar E Sharif. Ble det konstatert at et stort antall nederlandske soldater hadde pådratt seg Leishmaniasis. Ved nærmere undersøkelser viste det seg at 200 av det nederlandske styrkebidraget hadde fått diagnostisert Leishmaniasis. De hadde blitt påført Leishmaniasis i det område hvor den nye militærleiren var i ferd med å bli reist. Leishmaniasis er en parasitt menneskekroppen ikke blir kvitt, og som kan føre til alvorlig sykdom, og i noen tilfeller død. Det finnes to typer av denne sykdommen, den ene er mindre farlig fører til at det utvikles sår på huden. Den mere alvorlige varianten befester seg i indre organer, dette kan føre til at de angrepne organer ikke fungerer eller fungerer dårligt. Et

resultat av angrep fra denne parasitten på indre organer kan være død. Hos enkelte allianseland fører en slik diagnose til at personellet bli kjent tjenestedyktig. Dette illustrerer også den styrkedegenererende effekt sykdom har. Det nederlandske personellet var i hovedsak smittet av den minst alvorlige av de to variantene, den som gir hudlesjoner. Av det tjenestegjørende norske personellet i området var fire påført Leishmaniasis.

Tidlige sanitetsetterretningsrapporter hadde beskrevet at Leishmaniasis var en utfordring i dette området rett utenfor Mazhar E Sharif. Rapporten hadde ikke beskrevet omfanget men konstatert at parasitten var tilstedeværende i dette området. Erfaringsrapporter fra de tidligere russiske styrkene omtalte også utfordringer relatert til denne parasitten.

For å opprettholde sin livssyklus er denne parasitten avhengig av en vektor. En vektor er en transportør og i dette tilfelle var vektoren en sandflue. Sandfluen er også avhengig av en vert, i dette tilfelle var verten en ørkenrotte. Rotter trenger også boforhold som de kan overleve i. Når det ble rapportert til FOH at nederlandske soldater hadde pådratt seg denne sykdommen ble det fra norsk side iverksatt tiltak. Situasjonen ble diskutert med FSAN og det ble besluttet å sende et team til nord-Afghanistan for å kartlegge situasjonen og redusere faren for at norske styrker skulle bli utsatt for denne helserisikoen. Undersøkelser foretatt av teamet som ble sendt fra Norge viste at byggeplassen for den nye norske leieren var et utmerket arnested for Leishmaniasis da alle kriterier for parasitt, vektor og vert var oppfylt. Teamet gikk systematisk til verks, det ble fanget og artsbestemte sandfluer, og rotter ble obdusert. Resultatet viste at dette var en biotop som hadde gode levevilkår for parasitten som påfører menneske sykdommen som kalles Leishmaniasis.

På grunnlag av dette arbeidet ble de iverksatte byggearbeidene omdefinert. Det ble i tillegg til leirbygging også utført tiltak i forbindelse med byggingen som skulle føre til at biotopen for denne sykdommen ble fjernet. Det ble i prosessen fjernet jordhauger, grunnen ble nivellert og det ble påfylt steinmasse av en viss størrelse for å forhindre rottene i å opprette bosteder.

Leiren ble også kringsatt med «heskobastioner» på ca. to meter, dette fordi at det er kjent at fluen som er vektor for denne parasitten ikke er i stand til å fly høyere enn to meter.

Vegetasjon rundt leiren ble også fjernet. I tillegg ble grunnen regelmessig blitt behandlet med kjemikalier. Personellet fikk utdelt uniformer som var impregnert med Permetrin. Ordre og SOP regulerte også personellets bekledning. Sandfluer er aktive etter mørkets frembrudd og til soloppgang på samme måte som mygg.

Er dette et tilfelle hvor det på det strategiske nivå ikke var tatt høyde for en adekvat styrkebeskyttelse eller tilfalt ikke disse etterretningene strategisk eller operativt nivå før deployering?

Er det slik at vi kunne planlagt med medisinsk styrkebeskyttelse før denne utfordringen oppstod? Hvilke informasjonen måtte da vært tilgjengelige i tillegg til de vi allerede hadde.

Eller var planleggingen forhindret av andre grunner, var det slik at de sanitetsetterretninger vi hadde ikke var tilgjengelige for sanitetsplanleggeren?

Dette ble oppdaget på taktisk nivå og operativt nivå iverksatte straks tiltak for å forhindre sykdom. Det er også en kjensgjerning at tiltak av denne art krever økonomiske midler.

Det vil kanskje alltid være en utfordring ved at det i operasjoner alltid kan oppstå hendelser som fører til at tiltak må iverksettes. Det vil alltid være et gode for personellet at vi er i stand til å detektere de aller fleste helserisikoer. Som eksempel kan det nevnes at trafikkulykker medfører en risiko for vårt personell både hjemme og ute. Kjennskap til en risiko gjør nødvendigvis ikke til at risikoen kan elimineres. I rapporten som er utgitt av FSAN i 2011 som beskriver «Skadde i Afghanistan» er det rapportert syv tilfeller av Leishmaniasis. Av disse var 3 påvist i 2005.

Overnevnte tilfelle omhandler Mazar E Sharif, da det skulle bygges leirfasiliteter i Fariab provinsen viser dokumenter at det hadde vært læringsutbytte av overnevnte. Før etablering av leir i Fariab provinsen ble det sent ut et team som skulle undersøke forekomst av endemiske sykdommer i området. I dette området ble det konkludert med at den vektorbårne endemiske sykdommen Malaria, var den største trusselen. Det ble konstatert liten forekomst av Leishmaniasis. Og man fant det derfor ikke nødvendig å iverksette tiltak slik som i Mazar E Sharif. På den andre siden var det uttalt bekymring for malariasmitte da denne leiren var plassert i nærheten av et elveleie. Dette illustrerer også at det kan være store variasjoner i smittepress innenfor et lands grenser.

4.3.1 Sanitetsetterretningens betydning Afghanistan

Sanitetsetterretningens medvirkning i dette tilfellet antas å være i planleggingsfasen. De første rapporter om Afghanistan var utarbeidet i 2001. Det er også kjent at sanitetsetterretningene belyste Leishmaniasis, men opplysningene opplyste ikke spesifikt hvor i landet det kunne forventes å finne størst opphopning av denne sykdommen. Sanitetsetterretning har som hovedmål å formidle kunnskap, det er FSANs ansvar å foreta en risikovurdering og videre

utforme og tiltak. Så er det et sjefsansvar å forsikre seg om at tiltak som er nødvendige for å ivareta personellens helse blir iverksatt.

4.4 KNM Fridtjof Nansen til Afrikas Horn

Norge deltok med fregatten KNM Fridtjof Nansen i EUs maritime operasjon Atalanta i fra august 2009 til januar 2010.

Formålet med operasjonen var å sikre internasjonal skipstrafikk mot den omfattende pirataktiviteten som eksisterte på Somalias kyst og i havområdene omkring. Årlig passerer 20000 skip gjennom Adenbukta. Havområdet fregatten patruljerte var stor i utstrekning. Somalias kystlinje er 1600 nautiske mil, til sammenligning er den norske kystlinje 1300 nautiske mil.

Oppdraget hadde som formål å gjenopprette lov og orden i havområdet. I tillegg hadde vi oppdrag med å beskytte fartøy som var kontrahert for FNs matvareprogram. KNM Fridtjof Nansen beskyttet da fartøy som fraktet nødproviant til Somalias befolkning fra Mombasa i Kenya til Mogadishu i Somalia. I havområdet mellom Somalia og Jemen var det utstrakt smugling. Fra Somalia ble det fraktet flyktninger og i retur fra Jemen ble det fraktet våpen. Farkostene som ble benyttet i denne smugleraktiviteten var ikke av beste kvalitet. Det kunne i operasjonen derfor forventes at vi kunne komme i situasjoner hvor vi måtte redde skipbrudne. Det ble derfor utarbeidet planer for hvordan vi skulle håndtere dette om dette skulle oppstå. Fartøyet måtte ha en plan for å håndtere 40-80 mennesker i havsnød.

Denne tilfellestudie beskriver medisinsk styrkebeskyttelse på taktisk nivå.

Sanitetsorganisasjonen om bord på fartøyet sammen med Sjøforsvarets sanitetsorganisasjon og FOH hadde ansvar for å legge forholdene til rette slik at personellet hadde en optimal helsesituasjon under hele deployeringsfasen. Det ble videre implementert medisinske styrkeforebyggende tiltak av forskjellig art. Personellet har som utgangspunkt at de er selektert. Seilende personell har også tilleggskrav i form av sjømannsattest. Før deployering kontrolleres det at alt personell er medisinsk skikket for sjøtjeneste og at attesten ikke utløper under deployering. Videre måtte alt personell klareres medisinsk for internasjonalt tjeneste. Dette omfattet lege, tann og vaksinasjon. Vaksiner ble utført iht. retningslinjer fra FSAN. Her er det å bemerke at deployering av styrker må om mulig varsles i god tid da noen vaksiner krever tid før full immunisering oppnås. Personellet hadde en standard grunnpakke med vaksinasjon, men det er det visse operasjonsområder som krever ytterlig immunisering. Selv om sjømenn for det meste befinner seg på havet er det også slik at de går i land. Det må

derfor planlegges med for eksempel malariaprofelakse i de land dette er nødvendig. Dette gjelder også undervisning og opplysning om sykdommer som er seksuelt overførbare. I denne deployeringen var det spesielt viktig å forsikre seg om at ikke mannskapet pådro seg sykdommer underveis fordi de skulle benyttes som bloddonorer om situasjonen skulle tilsi dette. De ble undersøkt før avreise og underveis hadde vi kun mulighet for å gjøre forlik og blodtyping som var relevant opp mot denne funksjonen. De ble selvfølgelig før de ble brukt som donorer forespurt om det forelå grunner som tilsa at vi ikke burde benytte dem som bloddonorer.

Forhåndsregler som angår personlig hygiene og håndvask er et stadig tilbakevendende tema for sanitetspersonellet om bord, og ved operasjoner som denne i varmt klima blir dette enda viktigere. Besetningen var også informert om viktigheten av å melde fra om sykdom. Dette er svært viktig for symptomer som oppkast og diare. Besetningen ble videre informert om hvor lett slike tilstander kan smitte fra den ene til den andre, og i verste fall gjøre fartøyet stridsudyktig. Når det forekom tilfeller av smittsomme sykdommer er det viktig å isoleres disse raskt, og videre iverksette tiltak for å forhindre spredning. Varmt klima er også en utfordring for den menneskelige organismen, og det ble nedlagt mye arbeid og informasjon for å forsikre seg om at personelt hadde god innsikt i denne utfordringen. Miljøfarer, industri, kontakt med dyr som kan overføre smitte var selvfølgelig mest aktuelt ved kai-ligge. Når fartøyet ankom nye havner ble det gitt informasjon om helserisiko i vedkommende land. Dette kan være informasjon om organismer som lever i vann eller sjø, trafikkmonster, kultur, helsevesen osv. Om det var behov for malariaprofelakse var denne behandlingen påbegynt før anløp. Videre ble personellet beordret til alltid å være flere sammen. Og om ulykken skulle være ute, var det et krav at fartøyet umiddelbart skulle varsles. Sanitetspersonell på vakt ville da rykke ut. I mange land er direkte helsefarlig å motta blod eller blodprodukter. I de land hvor dette kunne være aktuelt ble det etablert kontakt med sykehusene. Etter samtaler om mulige løsninger fikk vi, tillatelse til å stille opp på sykehuset med egne bloddonorer. Andre forhold som kunne ha innvirkning på personellets helse var håndtering av pirater og skipbrudne. Utfordringer av denne type var gjennomtenkt og det ble også foretatt øvelser for å mestre dette på en god måte. Det ble tatt «pirater» til fange, men i ettertid er det ikke belegg for å si at besetningen hadde en økt sykdomsforekomst som resultat av dette. Personlig beskyttelsesutstyr som impregnerte uniformer, solkrem osv. er det også viktig å planlegge med.

Denne operasjonen hadde kirurgisk team embarkert fordi risikovurderinger hadde vist at om vårt personell ble påført traumatiske skader i form av stikk eller skudd langt til havs, ville deres liv ikke kunne reddes uten kirurgisk intervensjon og blodtransfusjon. NATOs sanitetsdoktriner har retningslinjer for hvor lang tid det skal ta før en traumatisk skadd, med stort blodtap mottar livsforlengende kirurgi.

4.4.1 Sanitetsetterretningens betydning Afrikas Horn

På taktisk nivå var det informasjon fra åpne kilder som ble benyttet til å utvikle medisinsk styrkebeskyttelse. Andres erfaringer fra lignende eller tilsvarende operasjoner ble vektlagt. I tillegg ble utvikling av medisinsk styrkebeskyttelse foretatt i nært samarbeide med sjøforsvarets sanitetsorganisasjon og FOH. I planperioden ble det foretatt en rekognosering av de land som ville være aktuelle for kai-ligge. Følgende land var aktuelle: Kenya, Seychellene, Djibouti og Oman. Og området i landet som skulle benyttes var: Mombasa, Seychellene, Djibouti og Sallala. Fra SANREK ble landinformasjon om Djibouti benyttet. Denne var produsert i 2005.

Faktorer som ble kartlagt fra fartøyets side var endemiske situasjon, vann, mat, helseinfrastruktur, trafikk, industri osv. I denne kartleggingen ble det benyttet åpne kilder.

Sanitetspersonellet på taktisk nivå hadde ingen formening om det var produsert sanitetsetterretninger for denne operasjonen. Men kunnskap frembrakt i ettertid tilsier at skal det forefinnes sanitetsetterretninger må disse etterspørres i form av RFI.

Under hele seilasen var personell fra Etterretningstjenesten embarkert og utveksling av informasjon og etterretning foregikk kontinuerlig for å inneha en god situasjonsforståelse.

5 Konklusjon

I oppgaven har jeg analysert alle sider ved problemformuleringen.

I kapittel en har jeg redegjort for bakgrunn av valg av problemformulering, diskutert begrepene, argumentert for problemformuleringens, beskrevet metoden og gjort avgrensninger.

I kapittel to diskuterer jeg sanitetsetterretning som begrep, og utenfor

Etterretningsorganisasjonen fremstår sanitetsetterretning som et fenomen, og har derfor ikke et tydelig definert innhold, men er basert på skjønn. NATO-doktrinen som omhandler sanitetsetterretning medfører ikke at fenomenet blir definert, heller tvert om. Doktriner er avhengig av tre forhold, teoriforståelse, kultur og innhold, videre har kulturforståelsen innvirkning på teoriforståelsen, og oppgaven viser at det har vært utfordrende å enes om en felles teoriplattform. Dette medfører at doktrinen har liten autoritet.

En av mine respondenter uttrykte at det er jo ikke noen som bryr seg om den doktrinen. For å utvikle en samhandling fordrer dette en lojalitet mot fellesskapet, og en streben etter å finne en felles forståelse.

Avslutningsvis i dette kapitlet er faktorer som har betydning for medisinsk styrkebeskyttelse blitt forklart og illustrert.

I kapittel tre har jeg foretatt analyse av, hvordan sanitetsetterretning utøves, ergo hvilke organisatoriske forutsetninger jeg mener må være til sted for å kunne utforme medisinsk styrkebeskyttelse fra sanitetsetterretning.

Jeg har analysert de fire kommandonivåer for å vise hvordan sanitetsetterretning benyttes på de forskjellige nivå. Jeg har videre vist utviklingen og integrering av sanitetsetterretning i FSAN ved å beskrive samhandlingen mellom Etterretningsorganisasjonen og sanitetsorganisasjonen. Analysen av denne delen viser at integrering av sanitetsetterretning og samarbeid i forhold til analysearbeid og bistand til besvarelse av RFI i perioder har vært velfungerende. Imidlertid, hva som synes som en utfordring ser ut til å være å etablere en fungerende organisasjon som helhetlig evner å utforme medisinske styrkeforebyggende tiltak. Brukere gir uttrykk for at de har et behov for kunnskap om operasjonsområder og hvilke tiltak som må iverksettes av medisinsk styrkeforebyggende karakter for at de skal kunne ivareta sitt personell.

I kapittel fire har jeg bruk tilfellestudier for å vise hvilken betydning sanitetsetterretning har for utformingen av medisinsk styrkebeskyttelse. Jeg har forsøkt å vise hvorfor det har blitt hevdet at sanitetsetterretning kan fremstilles som krisemaksimering ved at trusler trekkes frem

og hauses opp på en slik måte at «unødvendige» og fordyrende mot-tiltak blir iverksatt.

Videre har jeg diskutert mulighetene for at sanitetsetterretninger blir benyttet som ryggdekning slik at politikere kan vise at de ivaretar soldatenes ve og vel.

Summert mener jeg at jeg har vist at sanitetsetterretning har militær nytteverdi og bidrar til oppdragsløsning. Og jeg mener jeg at funnene i oppgaven viser at sanitetsetterretning er klart definert med innhold og prosedyrer hos Etterretningstjenesten. Utfordring knyttet til dette kan være at man må forsikre seg om at det er sanitetspersonell som bistår i analysen av disse etterretninger.

Jeg mener det er behov for en bedre begrepsforståelse og en tydeligere sanitetsetterretningsdoktrine i NATO. Videre er det behov for å utøve god kommunikasjon og godt samvirke mellom alle nivå og organisasjoner, som skal benytte sanitetsetterretning, til produksjon av medisinsk styrkebeskyttelse.

Brukere av sanitetsetterretning må ha kunnskap om hvordan de skal få tilgang til sanitetsetterretninger, slik at disse kan benyttes og omsettes til taktiske tiltak. Kort vil jeg hevde at Sanitetsetterretning må gjøres tilgjengelig for dem som behøver sanitetsetterretning. For at man skal kunne ivareta eget personell på en best mulig måte må alle inneha den kunnskap de behøver for å kunne agere på sanitetsetterretninger som man normalt agerer på etterretninger generelt.

Forkortelser

CCIR Commanders Critical Information Requirements

CCIRM Collection Co-ordination and Intelligence Requirements Management

CBRN Chemical, Biological, Radiological and Nuclear

COMEDS Committee of the Chiefs of Military Medical Services in NATO

FSAN Forsvarets sanitet

FOH Forsvarets operative hovedkvarter

EU European Union

HUMINT Etterretning innsamlet av mennesker

IMINT Biledetterretning

MEDINT Medical Intelligence Sanitetsetterretning

Medintel Medical Intelligence (1) Sanitetsetterretning

MedIntel Medical Intelligence (2) Sanitetsetterretning

MUKS Militærmedisinsk utdannings- og kompetansesenter

MED Medical

MEDAD Medical Advicor

NATO North Atlantic Treaty Organisation

NAC North Atlantic Council

NRF NATO Response Force

OPLAN Operational Plan (Operasjonsplan)

RFI Request for Information

SANREK

UN United Nations

WHO World Health Organisation

Litteratur

- Armed Forces Medical Intelligence Center. (2001). *Medical Intelligence Tutorial*. Tutorial. Armed Forces Medical Intelligence Center USA.
- BBC. Sudan Contry Profile. Hentet 03.05, 2013, fra <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-14094995>
- BBC. (2013, 04.05). Afghanistan Contry Profile www.defence.gov.
- Defence, D. o. (2006). Weapons Technical Intelligence (WTI) Improvised Explosive Device (IED) Lexicon
- Etterretningstjenesten. (2013). FOKUS 2013.
- Folkehelseinstituttet. (2013a). Smittevernbooka. Hentet 07.04.2013, fra www.fhi.no/tema/smittevern-og-overvaaking/bioterrorisme
- Folkehelseinstituttet. (2013b). Smittevernbooka, Shigellose Hentet 13.05.2013
- Forsvaret. (2013, 11.01.2013). Utarmet Uran og KFOR.
- Forsvarsdepartementet. (2007-2008). *Et forsvar til vern om Norges sikkerhet, interesser og verdier*. Oslo.
- Forsvarsdepartementet. (2008). *Et forsvar til vern om Norges sikkerhet, interesser og verdier*. Oslo: Det Kongelige Forsvarsdepartement
- Forsvarsdepartementet. (2001). *St.prp.nr.36 (2001-2002)*. Oslo: Forsvarsdepartementet
- Forsvarsstaben. (2007). Forsvarets fellesoperative doktrine.
- FSSS. (2011). Stillingsbeskrivelse. I FSAN (Red.), *Stabsoffiser*. Sessvollmoen: Militært internett,2-nivå.
- Halstein, R. (2008). Norge sender ikke styrker til Darfur, VG.
- Herman, M. (1996). *Intelligence power in peace and war*: Cambridge University Press.
- Hjelle, D. (2009, 9.februar). *Forsvarets fremtidige sanitetskonsept*. Oslo Militære Samfund.
- Høgskole, F. (2012-2013). *Studiehåndbok*. Oslo: Forsvarets Høgskole.
- Johnson, N. (2007). *Britain and the 1918-19 Influenza Pandemic*. Amazon: Taylor & Francis.
- Langerød, I. (2008a). FSANs forhold til E-tjenesten. I Fig.2 (Red.).
- Langerød, I. (2008b). Utvikling av medisinsk styrkebeskyttelse. I Fig.3 (Red.).
- Lov om Etterretningstjenesten. (1998). *Lov om Etterretningstjenesten*. Oslo.
- M.Oma, I. (2011). Unngåelse av innenrikspolitisk risiko? *Internasjonal Politikk* 69(2).
- Matthew S. Meselson, e. a. (1994). The Sverdlovsk Antrax Outbreak of 1979. *Science* 266:5188.
- NATO. (1999). *Medical Support Principles and Policies*. NSA: NATO.
- NATO. (2003a). AJP-4.10.3 SD1 INATO (Red.), *STUDY DRAFT 1*
- NATO. (2003b). *Allied Joint Intelligence, counter Intelligence and Security Doctrine*: NSA.
- NATO. (2008a). *Allied Joint Doctrine for the Deployment of Forces*.
- NATO. (2008b). *Allied Joint Medical Doctrine for Medical Intelligence*: NATO.
- NATO. (2011a). *Allied Joint Medical Doctrine for Medical Intelligence*: THE NATO STANDARDIZATION AGENCY (NSA).
- NATO. (2011b). *Allied Joint Medical Support Doctrine*.
- NATO. (2011c). *NATO Glossary of Terms and Definitions*. Brussel: NATO Standarization Agency.

- Omand, D. (2010). *Securing the state*. United Kingdom: C.Hurst & Co.
- Reddy, C. (2007). *The Growing Menace of Chemical War*
- Regjeringen. (2005a). *Masseødeleggelsesvåpen*. 2013
- Regjeringen. (2005b). *Masseødeleggelsesvåpen*MØV. 2013, fra
(<http://www.regjeringen.no/en/dep/ud/dok/veiledninger/2005/masseodeleggelsesvåpen-mov.html?id=439674>, 2005)
- Rosen, L. (2003). *Fremtidige utfordringer for sanitet i Forsvaret*. Paper presented at the Oslo Militære Samfund, Oslo.
- Sanitet, S. E. o. S. F. (2004). *Samhandlingsavtale mellom Sjef Etterretningstjenesten og Sjef Forsvarets Sanitet*. Oslo.
- Sanitet, S. E. o. S. F. (2011). *Samarbeidsavtale mellom Sjef Etterretningstjenesten og Sjef Forsvarets Sanitet*
Oslo: Sjef Etterretningstjenesten og Sjef Forsvarets Sanitet
- Tuft, G. (1989). *Epidemier før aids*. Lillehammer: J.W Cappelens Forlag AS.
- Wikipedia. (2013). Florence Nightingale. Hentet 23.05, 2013, fra
http://no.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale
- Willumsen, R. (2012). 4 kommandonivåer. I Fig.3 (Red.). Forelesning FHS 10.02.2012.
- Ydstebø, H. (2012). *Krigens vitenskap*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Vedlegg A: Informasjon til respondent

Brev til respondent.

Informasjon til respondent

Undertegnede er student ved forsvarrets høyskole, masterutdanningen i denne forbindelse har jeg valgt å skrive en kvalitativ oppgave hvor jeg ønsker å fremskaffe empiri gjennom intervju. Studien har til hensikt å svare på:

«Hvilken betydning har sanitetsetterretning for utformingen av medisinsk styrkebeskyttelse, og hvordan er sanitetsetterretningen i Norge organisert.?»

I oppgaven vil jeg redegjøre for hva sanitetsetterretning, sanitetsinformasjon og medisinsk styrkebeskyttelse er og hvordan vi benytter dette i Norge. Jeg vil videre beskrive samspillet mellom sanitetsetterretning, sanitetsinformasjon, og styrkebeskyttelse.

Jeg ønsker å beskrive hvordan sanitetsetterretning utføres i Norge.

Oppgaven vil sees i lys av internasjonale operasjoner fordi sanitetsetterretning er en viktig bidragsyter til medisinsk styrkebeskyttelse.

Jeg ønsker din bistand og at du vil bistå med din kunnskap for å belyse denne problemformuleringen.

Intervjuet vil vare i ca. 1,5 timer og vil dekke følgende tema.

Jeg ønsker at vi skal samtale om: sanitetsetterretning, sanitetsinformasjon og medisinsk styrkebeskyttelse og hvordan interaksjonen mellom disse er. Videre at du gir ditt innspill i forhold til hvordan du synes dette fungerer i dag.

Denne studien er UGRADERT, og det bes om at respondenten reflekterer over dette i forhold til hvilke svar som avgis.

Hele intervjuet vil bli tatt opp på bånd, og vil bli forsvarlig lagret av forsker.

Hele eller deler av intervjuet vil bli transkribert og benyttet i studien. De deler som blir benyttet i masteroppgaven skal godkjennes av respondent før studien leveres 24.mai 2013.

Materialet vil kun bli benyttet i forbindelse med denne studien.

Om du har spørsmål kan du kontakte meg på telefon 990 92 893 eller e-post tutkilen@gmail.com/tutkilen@fhs.mil.no

Takk hjelpen.

Med vennlig hilsen

Torun Utkilen

Vedlegg B: Intervjuguide

Sentralisert kontroll

Sanitetsetterretning:

1. Hva er sanitetsetterretning
2. Hvem har ansvar for produksjon av sanitetsetterretning i Norge
3. Hvem skal bistå med analyse av sanitetsetterretning?
4. Hvilken funksjon/nytteverdi mener du sanitetsetterretning kan ha?
5. Er det forskjell på sanitetsetterretning på taktisk, operasjonelt og strategisk nivå?
6. Vil du beskrive sanitetsetterretning som proaktiv eller reaktiv i så fall hvorfor?
7. Hvilken nytte har du av sanitetsetterretning i din sanitetsplanlegging
8. Beskriv hvordan du fremskaffer du sanitetsetterretning.
9. Beskriv forskjellene mellom sanitetsetterretning og sanitetsinformasjon
10. Hvordan benytter sanitetsplanleggere sanitetsetterretning
11. Hvordan oppfatter du at sanitetsetterretning blir produsert i Norge?

Sanitetsinformasjon

1. Hva er sanitetsinformasjon?
2. Hvilke kilder benytter du for å fremskaffe sanitetsinformasjon?
3. Hvem har ansvar for produksjon av sanitetsinformasjon?
4. Hvordan fremskaffer du som sanitetsplanlegger sanitetsinformasjon?
5. Sanitetsinformasjon som produkt for planlegging av internasjonale operasjoner, hva ønsker du deg da?
6. Når sanitetsinformasjon over operasjonsområdet foreligger hvordan forsikrer du deg om at opplysningene er korrekte og at du ikke har oversett viktige faktorer?

Medisinsk styrkebeskyttelse

1. Beskriv hva du legger i medisinsk styrkebeskyttelse?
2. Hvem utarbeider tiltakene i forhold til medisinsk styrkebeskyttelse?
3. Hvor stor del av informasjonen tror du bygger på sanitetsetterretning?

4. Hvor stor del av tiltakene bygger på sanitetsinformasjon.

Tidsaspektet

- 1. Hvordan er det tenkt at forsvarsgrenene skal tilegne seg sanitetsinformasjon og sanitetsetterretning for å kunne produsere medisinsk styrkebeskyttelse?**
- 2. Opplever du at du har den informasjonen du trenger for å kunne produsere gode sanitetsplaner som gir personellet en god medisinsk styrkebeskyttelse?**
- 3. Får medisinske planleggere tilgang til å delta på rekognosering til aktuelle operasjonsområder?**

Systematisk utnyttelse.

- 1. Hvordan og hvilke medisinske eksperter har FSAN stilt til rådighet for etterretningstjenesten?**
- 2. Hvilke muligheter har vi i Norge til å analysere problemstillinger som faller inn under sanitetsetterretning?**
- 3. Er den generelle landinformasjonen utarbeidet av SANREK kontoret tilstrekkelig for å utarbeide gode medisinske styrkebeskyttende tiltak?**

Objektivitet.

- 1. Opplever du at sanitetsetterretning blir anvendt objektivt og i den hensikt den var ment å benyttes?**

Tilgjengelighet.

- 1. Har sanitetsplanleggeren tilgang på sanitetsinformasjon og sanitetsetterretning som er viktig for vår produksjon av medisinsk styrkebeskyttelse.**
- 2. Ved klargjøring for operasjoner har du hatt den informasjon du mener du hadde behov for å planlegge på en god måte?**

Respons.

1. Er det kapasitet slik at du føler at du er i forkant og kan svare når din sjef stiller spørsmål i forhold til sanitetsetterretninger for et bestemt område hvor norske styrker er deployert eller skal deployeres til?
2. Hvilke faktorer er viktig i forhold til at vi kan gi sjefen viktig informasjon/ etterretning om et operasjonsområde

Kildebeskyttelse

1. Hvilke kilder bruker du til innhenting av informasjon for å produsere medisinsk styrkebeskyttelse?

Kontinuerlig gjennomgang.

1. Er det i din organisasjon kontinuerlig revisjon av sanitetsetterretning som du har behov for i forhold til din kapasitet til å utvikle medisinsk styrkebeskyttelse?

Vedlegg C: Kildeliste

Intervju objekt 1

Oberstløytnant Siw Helen Stenerud

Skolesjef, FSAN, (FOH)

Intervju objekt 2

Major Fredrik Thorn

Lege, Medisinsk avdeling, FSAN

Intervju objekt 3

Brigader Dag Hjelle

Sjef Medisinsk avd. FSAN

Intervju objekt 4

Major Inge Langerød

Senior stabsoffiser FSAN

Intervju objekt 5

Major Harald Wiik

Veterinær, FSAN

Intervju objekt 6

Oberstløytnant Torgrim Aune

Veterinær FSAN

Intervju objekt 7

Kommandør Jan Sommerfeldt-Pettersen

Lege, Sjøforsvarsstaben (SANSJØ)

Intervju objekt 8

Orlogskaptein Roar Størksen

Sjøforsvarsstaben (SANSJØ)

Sykepleier

Intervju objekt 9

Kapteinløytnant Tommy Bøe

NORTEGE

Anestesisykepleier

Intervju objekt 10

Major Asbjørn Lyder Amundsen

Sanitetsoffiser, FOH

Intervju objekt 11

Major Roger Norheim Pedersen

Sanitetsoffiser, FOH

Intervju objekt 12

SANLUFT

Intervju objekt 13

NKLUFT

Intervju objekt 14

FD