



FORSVARET
Forsvarets høgskole

Hvem leder saniteten?

*Samordning av det sivil-militære beredskapsarbeidet i
saniteten i Forsvaret*

Thomas Johansen

Masteroppgave
Forsvarets høgskole
vår 2022

Sammendrag

Vektingen mellom planlegging for krig kontra fredstidskriser varierer i takt med endringer i trusselbildet. Utviklingen etter den kalde krigen har styrt oss bort fra en sentralstyrt krigsberedskap med detaljerte planer, til i dag å omfavne et mer funksjons- og risikobasert beredskapsarbeid. Ettersom de mest fremtredende sikkerhetsutfordringene de siste 30 årene har vært forbundet med internasjonal terrorisme, naturkatastrofer og større hendelser i fredstid, har dette også blitt førende for politikken innenfor beredskapsområdet. I 2004 vedtok stortinget å revitalisere totalforsvaret med vekt på gjensidig støtte og samarbeid. Mens det gamle totalforsvaret hadde til hensikt å mobilisere et helt samfunn til å understøtte Forsvaret i krig, har man i dag endt opp med å vektlegge Forsvarets evne til å understøtte sivilsamfunnet under kriser i fredstid. Med nærområdeinitiativet i NATO 2008, annekteringen av Krim (2014) og Russlands invasjon av Ukraina (2022) er kollektiv sikkerhet og forberedelser for krig blitt aktualisert. Arbeidet med å sikre en tilstrekkelig beredskap for krig er avhengig av samordning, noe som er utfordrende med tanke på moderne offentlig styring -og organisasjonsformer, preget av autonome organisasjoner med klare grenser.

Temaet for denne oppgaven er det sivil-militære beredskapsarbeidet innenfor saniteten i Forsvaret. Formålet med undersøkelsen er å bidra til økt kunnskap om hvordan organiseringen av saniteten får konsekvenser for helseberedskapen for krig. Problemstillingen er: *Hvordan kan det sivil-militære beredskapsarbeidet i saniteten i Forsvaret beskrives, og hvilke utfordringer kjennetegner dette samarbeidet?* Det teoretiske rammeverket for undersøkelsen er organisasjonsteori fra offentlig sektor, med vekt på strukturelle og kulturelle perspektiver. I sum vil de strukturelle og kulturelle trekkene ved en organisasjon kunne fortelle oss om hvilke roller, ansvar og myndighet en organisasjon har i sin helhet, og hvordan den eventuelt bør samhandle med sine omgivelser.

Viktige funn er hvordan uklare roller, ansvar og myndighet innenfor saniteten i Forsvaret, og mellom Forsvaret og sivile helsemyndigheter, preger samordning innenfor helseberedskapen for krig negativt. Det er mye som tyder på at de underliggende årsakene til dette er en kombinasjon av underbemanning og mangel på kompetanse i organisasjonen. Andre viktige erfaringer som undersøkelsen belyser, er betydningen av Forsvarets sanitet sin rolle på det strategiske nivået, med å koordinere helseberedskapen. I tillegg er det viktig at det er Forsvaret som drar prosessene og er tydelig overfor sivile helsemyndigheter, hva Forsvaret forventer av støtte, og hvilke behov vi har.

Summary

Priorities between preparations for war versus preparations for crisis in peace time will change according to the current threat perception in society. The post Cold War era changed our outlook on war preparations in Norway. Influenced by security challenges prominent for the last three decades, such as international terrorism, natural disasters and large incidents in peace time, the focus in society and in politics have been on societal security and resilience management. In 2004 the Norwegian government decided to revitalize the total defence concept (*no. totalforsvaret*) with the emphasis on mutual support. While the total defence concept during the Cold War, focused on the mobilization of the whole nation in order to support the military effort, today's concept has a tendency to focus on the support the civilian society can receive from the defence forces, should crisis occur. Since 2014 with the annexation of Crimea and recent conflict in Europe with the invasion of Ukraine (2022), traditional tasks such as collective defence and wartime preparations, are prioritized once again. Wartime preparations for the territorial defence of Norway, demands sufficient coordination between the defence forces and the civilian authorities, which can be a demanding task given the autonomous nature of modern organizations and public management.

The theme for this study is the coordination and cooperation between the medical services and the civilian health authorities for planning and preparations for war. This study aims to develop knowledge and understanding to how the organization of the medical services, affect the process and body of what constitutes the health preparedness system for wartime. In Norway the medical services are dependant on the civilian health authorities, in order to be able to build a coherent medical treatment and evacuation system, as the medical services are limited to damage control surgery (ROLE2, NATO STANAG), and have limited operational and strategic evacuation assets. The research question is as follows: *How can the civilian – military war preparations for the medical services be described, and what challenges characterizes this cooperation?* The theoretical framework for the study is *organizational theory for public organizations*, with emphasis on structural and cultural perspectives. In sum, the structural and cultural features of an organization should provide us with an understanding of what roles and responsibilities the organization has as a whole, and how it should interact with its environment and other organizations.

The research results provided findings that point to obscure roles and responsibilities within the medical services, and between the medical services and civilian health authorities, that hamper effective coordination and cooperation for war time health plans and preparations. A lot suggests that the underlying causes to this, is a combination of understaffing and a lack of competence in the organization.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 PRESENTASJON AV TEMA	1
1.2 PRESENTASJON OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	2
1.3 NØKKELBEGREPER	6
Beredskap	6
Sanitet	7
Saniteten i Forsvaret (SANIF)	7
Samordning	8
Redusert kapasitet	8
1.4 GANGEN I OPPGAVEN	8
2 Teori	10
2.1 DET INSTRUMENTELLE PERSPEKTIVET	11
Formålsrasjonalitet	11
Organisasjonsstruktur	12
Utleddning av empiriske forventinger i et instrumentelt perspektiv	13
2.2 DET KULTURELLE PERSPEKTIVET	14
Praksisfellesskap	14
Logikken om det kulturelt passende	16
Organisasjonskultur	17
Utleddning av empiriske forventinger i et kulturelt perspektiv	18
2.3 FORMELLE OG UFORMELLE MÅL	19
2.4 OPPSUMMERING	20
3 Metode	22
3.1 VALIDITET	22
Instrumentelle indikatorer	23
Kulturelle indikatorer	24
3.2 RELIABILITET	25
4 Hva er problemet? – Det strategiske bakteppet	29
4.1 ET SCENARIO FOR KRIG: BASTIONFORSVARET	29
4.2 ET HELHETLIG SANITETSKONSEPT	31
4.3 HELSEBEREDSKAPEN – GAMMELT NYTT	33
4.4 HELSE -OG OMSORGSSEKTOREN	34
Helse -og omsorgsdepartementet	34
Regionale helseforetak	34
Helsedirektoratet	35
Helseberedskapsrådet	35
Helseberedskapsloven	36
Nasjonal heleberedskapsplan	36
5 Saniteten i Forsvaret	38
5.1 KOMMANDONIVÅENE	38
5.2 FORSVARSSTABEN, MILITÆRSTRATEGISK NIVÅ	39
Organisasjonsmål	39
Organisasjonsstruktur	40
Prosesser strategisk nivå	41
5.3 FORSVARETS SANITET	43
Organisasjonsmål	43
Organisasjonsstruktur	43
Prosesser i FSAN	46
5.4 OPERASJONELT NIVÅ, FOH OG J4 SANITET	46
Organisasjonsmål	47
Organisasjonsstruktur	48
Prosesser operasjonelt nivå	50

6 Analyse	51
6.1 RESULTAT	51
Hovedfunn	51
6.2 DRØFTING	55
Operasjonelt nivå	55
Strategisk nivå	58
Grensesnittet	62
7 Konklusjon	65
Litteraturliste	1
Vedlegg	3
Godkjenning NSD.....	4

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Vektingen mellom planlegging for krig kontra fredstidskriser varierer i takt med endringer i trusselbildet. Utviklingen etter den kalde krigen har styrt oss bort fra en sentralstyrt krigsberedskap med detaljerte planer, til i dag å omfavne et mer funksjons -og risikobasert beredskapsarbeid (Larssen, 2021, p. 28). Ettersom de mest fremtredende sikkerhetsutfordringene for samfunnet de siste 30 årene har vært forbundet med internasjonal terrorisme, teknologi, større hendelser i fredstid og naturkatastrofer, har dette også blitt førende for politikken innenfor beredskapsområdet. Den ordinære beredskapen i fredstid, og den sivile beredskapen for krise og krig er nå samlet under begrepet *samfunnssikkerhet*, og i 2004 vedtok Stortinget å revitalisere *totalforsvaret*, med vekt på gjensidig støtte og samarbeid (*St.Meld. nr.39 - Samfunnssikkerhet og sivil-militært samarbeid* 2004). Mens det gamle totalforsvaret (1950-1990-tallet) hadde til hensikt å «militarisere» et helt samfunn for å støtte Forsvaret i krig, har man i senere tid endt opp med å vektlegge Forsvarets evne til å støtte sivilsamfunnet under kriser i fredstid. Årsaken til dette var en nedprioritering av den sivil-militære beredskapsplanleggingen for krig på 1990 -og tidlig 2000-tallet (Norheim-Martinsen, 2019). Denne trenden begynte å endre seg igjen med *nærområdeinitiativet* i NATO 2008, og annekteringen av Krim i 2014. Spesielt Krim-krisen ble en viktig hendelse som tvinger alliansen til å vende tilbake til kollektiv sikkerhet og tradisjonelle oppgaver forbundet med territorielt forsvar. Siden har det foregått store revisjoner innenfor de nasjonale planene i rammen av NATOs strategiske og operasjonelle planverk. (*St.meld. nr.38: Om samarbeidet i NATO 2008*, 2009). For Norge markerte øvelsen *Trident Juncture* (2018) på mange måter en milepæl for Forsvaret, som fikk øvet og trent på viktige oppgaver som alliert mottak, tversektorielt samvirke og bruk av sivile ressurser i rammen av det nye totalforsvaret. I tillegg har vi også nå nylig med krigen i Ukraina (2022), fått en ny brytningstid innenfor Europeisk sikkerhetspolitikk. Krigsberedskapen i Norge er igjen aktuell, hvor den sivile støtten til Forsvaret er like avgjørende som under den kalde krigen.

Arbeidet med å sikre en tilstrekkelig krigsberedskap er avhengig av myndighetenes evne til samordning. Som nevnt innledningsvis, har beredskapsarbeidet beveget seg bort fra en sentralisert regelstyring med detaljerte forskrifter. I stedet preges forvaltningspolitikken i dag av autonome organisasjoner med klare grenser, som driver internkontroll og mål -og resultatstyring innenfor eget område (Larssen, 2021). Dette er et viktig poeng, siden totalforsvaret ikke er en egen aktør, men en fellesbetegnelse på de ordninger som til enhver tid regulerer den gjensidige støtten og samarbeidet, som legger til rette for at Forsvaret og det sivile samfunn skal kunne håndtere ulike hendelser i fred,

krise og krig (Norheim-Martinsen, 2019, p. 13). Det vil si at vårt totalforsvarskonsept avhenger av graden av samordning, og vår evne til styring etter prinsipper om roller og ansvar innenfor -og på tvers av sektorene. Dette er interessant med tanke på den offentlige styrings -og organisasjonsformen, som kan gjøre samordning både komplisert og vanskelig (Fimreite, 2011). Temaet for denne oppgaven er hvordan dagens organisasjon får konsekvenser for samordning av krigsberedskapen. Det er flere forhold som jeg mener gjør dette relevant. For det første, forplikter offentlige organisasjoner som Forsvaret å unngå mislighold, i forhold til de politiske rammebetingelsene de forvalter på vegne av folket. For det andre, handler det om å skape mest mulig effekt med de tildelte midlene. Kort sagt, plikter Forsvaret å sørge for mest mulig forsvarsevne gjennom effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser. For det tredje er det et stort kunnskapsmessig behov innenfor valgt tema, da Forsvaret avvirket mye av den tradisjonelle beredskapen på 1990-tallet. Dessuten er Norge i dag blitt mer eksponert siden den russiske invasjonen av Ukraina (2022).

1.2 Presentasjon og presisering av problemstilling

Denne oppgaven har ikke som formål å ta for seg hele totalforsvaret, men et segment som har betydning for eget fagfelt og min nåværende stilling som militær planlegger på operasjonelt nivå. Det jeg ønsker å undersøke er det sivil-militære beredskapsarbeidet innenfor saniteten i Forsvaret. Samordning av beredskap har lange tradisjoner innenfor saniteten. Allerede i 1940 ble *Landsrådet for sanitets- og sykehusberedskap* opprettet, med bakgrunn i at man ønsket å utnytte sivile ressurser som sykehus, leger og sykepleiere i en krigssituasjon. Dette ble videreført i det gamle totalforsvaret, hvor grunnprinsippet var at samfunnets samlede ressurser skulle mobiliseres til en felles krigsinnsats. Idéen var å utnytte samfunnets begrensede ressurser på best mulig måte, og bestod av to søyler: (1) *det militære forsvaret* og (2) *det sivile forsvaret*. Innenfor helseberedskapssektoren hadde man tre organisasjoner: (1) *det sivile helsevesen*; (2) *Sivilforsvaret*; (3) *Forsvarets sanitet*. Alle disse tre hadde definerte oppgaver innenfor det militære forsvaret, regulert i ulike lover og planverk (Sørli, 2006). Selv om det nye totalforsvaret vektlegger gjensidig støtte og samarbeid, er det viktig å presisere at saniteten i Forsvaret fortsatt er avhengig av sivil sektor for å virke. (Forsvarets doktrine for sanitets- og veterinærvirksomhet, 2017).

Sammenligninger mellom det moderne og det gamle totalforsvaret, har en tendens til å vektlegge det gamle klare organisering og sentrale styre, som en slags idealform og målsetting for det nye. Her mener jeg Sørli (2006) bidrar til å gi et mye mer nyansert blikk med boken *Hele folket i forsvar*. For meg er det nemlig to forhold som stikker seg ut, som har betydning for det sivil-militære beredskapsarbeidet innenfor saniteten i dag, nemlig: (1) *politikk*; og (2) *forsvarsstruktur*. For det første, opplevde man under den kalde krigen at man stod overfor en langt større, konkret trussel.

Dermed stod man også langt mer samlet med tanke på forberedelsene mot å møte denne trusselen. Forsvaret kan ikke på samme måte i dag, forvente initiativ og drahjelp fra de sivile helsemyndighetene, ettersom politikken innenfor området (krigsberedskap) ikke er like tydelig og overhengende. For det andre, har det siden den kalde krigen vært flere omstillinger og endringer i forsvarsstrukturen (Norheim-Martinsen, 2019). Til sammen har dette ført til at etablerte roller, ansvarsforhold og prosesser som gjaldt i det gamle totalforsvaret, mer eller mindre er blitt visket ut, selv om det legale rammeverket er beholdt intakt. Hvordan roller og ansvar utspiller seg i dag, og hvordan man koordinerer det sivil-militære beredskapsarbeidet, fremstår dermed ikke like klart og tydelig. Konsekvensen av dette, sammen med en rekke nye utviklingstrekk som vektlegging av kommersielle avtaler innenfor militær logistikk, har ført til at man nå står overfor noen grunnleggende, nye utfordringer med tanke på samordning. Saniteten står i dag i langt større grad alene om ansvaret for det sivil-militære beredskapsarbeidet for krig. Noe som har en naturlig sammenheng med modellen i den norske statsforvaltningen, hvor prinsippet om *ansvar* og *nærhet* legger klare forventinger til Forsvarssektoren, med tanke på lederansvaret innenfor området (J.-o. b. Forsvarsdepartementet, 2018, p. 16). Derfor har jeg først og fremst valgt å rette oppmerksomheten min mot Forsvaret, og saniteten.

Motivasjonen for å skrive om dette handler om mine egne erfaringer og nysgjerrighet innenfor temaet. Som sanitetsoffiser med tjenesteerfaring fra Forsvarets sanitet, og min nåværende stilling ved Forsvarets operative hovedkvarter, er sivilt-militært beredskapsarbeid og operasjonell planlegging blitt en stor del av arbeidsdagen. Dette er noe man på taktisk nivå ikke kommer i direkte befatning med, slik at erfaringer og innsikt for min egen del er svært begrenset. På strategisk og operasjonelt nivå, er det ikke nok å ha god kjennskap til Forsvaret, man må også vite hvordan den sentrale statsforvaltningen er organisert, og kjenne til de ulike sivile, private og kommersielle aktørene som utgjør totalforsvaret. Helseberedskap for krig er et meget komplisert saksområde. Slik at det er helt avgjørende at vi i saniteten i Forsvaret tilegner oss nok kunnskap og kompetanse innenfor feltet.

Mine erfaringer på strategisk og operasjonelt nivå så langt, gir et inntrykk av at beredskapsarbeidet innenfor sanitet bærer preg av å være uoversiktlig og fragmentert. Det vil si at det ikke synes å være etablert klare føringer for hvordan beredskap skal organiseres, og hvilke roller og ansvar de ulike aktørene har. Mangelen på en koordinerende struktur som kan fange opp kompleksiteten på området gjør at beredskapsarbeidet synes å mangle både retning og fart, og ikke blir prioritert i den graden det burde. I stedet virker det som om mange av prosessene blir drevet frem som følge av initiativ hos enkelte organisasjonsmedlemmer i visse perioder, i motsetning til å være uttalte, kontinuerlige organisasjonsmål felles for de ulike nivåene. Hvem leder saniteten? Hvordan fungerer egentlig koplingene mellom aktørene og nivåene i saniteten i Forsvaret? Dette er viktige spørsmål, for lykkes man ikke med å avklare roller og ansvar innad i saniteten i Forsvaret, lykkes man heller ikke med et

effektivt sivil-militært samarbeid i rammen av totalforsvaret. På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan det sivil-militære beredskapsarbeidet i saniteten i Forsvaret beskrives, og hvilke utfordringer kjennetegner dette samarbeidet?

Formålet med oppgaven er å bidra til økt kunnskap om hvordan organiseringen av saniteten i Forsvaret får konsekvenser for det sivil-militære beredskapsarbeidet for krig. Kunnskapsbehovet innenfor dette området må ses i lys av de nye, grunnleggende utfordringene i forhold til politikken i det nye totalforsvaret, og endringer i forsvarsstrukturen. Oppgaven vil være særlig relevant for saniteten i Forsvaret, og alle som har lederansvar og arbeidsoppgaver forbundet med samfunnsikkerhet og beredskap på taktisk, operasjonelt og strategisk nivå. Oppgaven tar også sikte på relevante parter innenfor sivil sektor, som saniteten og Forsvaret er avhengige av. Derfor har jeg lagt vekt på tilgjengelighet og forsøkt å ta hensyn til at leseren ikke nødvendigvis har inngående kjennskap til sanitetsvirksomheten, og at oppgaven skrives på en måte som gjør den ugradert og åpen kilde.

Det finnes svært lite eksisterende kunnskap innenfor valgt tema fra før. Det er publisert flere fagbøker om samfunnsikkerhet og krisehåndtering, men med vekt på den sivile, ordinære beredskapen i fredstid. For denne undersøkelsen har bøkene *Organisering, samfunnsikkerhet og krisehåndtering* (Fimreite, 2011), *Beredskap og krisehåndtering* (Larssen, 2021) og *Beredskap, kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid* (Bjelland, 2021) vært sentrale i forhold til å gi en oversikt over organiseringen av de sentrale myndighetene og utviklingen innenfor samfunnsikkerhet. Felles for disse bøkene er at de først og fremst handler om beredskap og kriseledelse på sivil side. Disse bøkene omtaler Forsvaret kun i snever forstand, og legger vekt på Forsvarets rolle og kapasiteter med tanke på støtte til den sivile krisehåndteringen. Jeg har ikke lyktes med å komme over noen fagbøker som omhandler Forsvarets organisering i forhold til beredskap direkte. Det er nok mange gode grunner til nettopp dette. En konkret årsak vil kunne være at tidsaktuell informasjon som gjelder Forsvarets organisering med tanke på beredskap, ikke vil være lett tilgjengelig for offentligheten. Mye av den relevante informasjonen er av sikkerhetsmessige hensyn, gradert informasjon, og forutsetter tilgang til Forsvarets graderte systemer. En av de mest informative bøkene som går i dybden på Forsvaret, er *Hele folket i forsvar* (Sørli, 2006), som følger totalforsvarsutbyggingen frem til 1970. Boken gir innsikt i Forsvarets organisering under den kalde krigen, og gir derfor et sammenligningsgrunnlag og utgangspunkt for dagens utfordringer, som er nødvendig for å gi problemstillingen tilstrekkelig kontekst. En annen viktig bidragsyter har vært boken *Det nye totalforsvaret* (Norheim-Martinsen, 2021). Boken problematiserer organiseringen og prioriteringene i dagens totalforsvar, og ser på hvilke konsekvenser dette har for Forsvarets primæroppgave, som er å forberede og forsvare landet med tanke på en sikkerhetspolitisk kirse og krig.

Av tidligere masteroppgaver er det skrevet flere studier som tar for seg samordning av beredskap innenfor saniteten. Den mest nærliggende studien for denne undersøkelsen er en casestudie av helseberedskapsrådet, som ser på samordning av helseberedskap mellom Forsvaret og helsesektoren i totalforsvaret (Rooseboom de Vries, 2017). Studien konsentrerer seg om det institusjonelle ledelsesnivået (toppledernivået) og helseberedskapsrådets sentrale rolle i å tilrettelegge for samvirke. Rooseboom de Vries peker på hovedutfordringer som strukturelle ulikheter mellom sivile helsemyndigheter og Forsvaret, der blant annet forskjeller i nivåinndeling skaper usikkerhet rundt ansvar og myndighet. En annen studie konsentrerer seg om legemiddelberedskapen i totalforsvaret, og ser på hvorvidt organiseringen og samarbeidet mellom sektorene sikrer tilstrekkelig grad av beredskap. Hovedfunn i denne studien peker på en fragmentert organisering, med mange aktører med liten kjennskap til hverandre. Roller, ansvar og myndighet mellom sektorer oppleves som uklare, noe som går ut over evnen til å finansiere for innkjøp og lagring. Studien argumenterer for å styrke de strukturelle betingelsene ved at Forsvaret får fast plass og mandat i legemiddel-beredskapskomiteen, samt at det etableres en sentral enhet i Forsvaret som har oppsyn med legemiddelberedskapen (Thaur Gundersen, 2018). En tredje studie undersøker det sivil-militære samarbeidet innenfor samfunnssikkerhet på det regionale nivået. Studien ser på utfordringer innenfor ledelse og samordning. Her pekes det også på mangler i de formelle strukturene. Et av de mest interessante funnene er imidlertid det som beskrives som manglede overskudd eller tid i organisasjonen, som fører til at samhandling kommer i andre rekke, ettersom det ikke oppfattes som primæroppgaven. Forskerne peker også på det de selv beskriver som et oppsiktsvekkende funn, der aktørene (intervjuobjektene) trekker frem «relasjoner på kanten til vennskap» som en viktig betingelse for samhandling (Rørbakk, 2019).

Denne oppgaven avgrenser seg til å omhandle det sivil-militære beredskapsarbeidet for krig. Studien vil i hovedsak konsentrere seg om sanitetsorganiseringen internt i Forsvaret og vil konsentrere seg om det militærstrategiske og operasjonelle nivået. Begrunnelsen for dette er at det er her jeg anser de største utfordringene ligger, ettersom koplingene opp imot sivil sektor først og fremst foregår gjennom strategisk og operasjonelt nivå når det kommer til samordning. Derfor vil jeg heller ikke gå i detalj på de ulike offentlige, private og kommersielle aktørene som sammen utgjør helsenorger, men konsentrere meg om organiseringen innenfor den sentrale forvaltningen innenfor helsesektoren. Årsaken til dette er todelt. For det første mener jeg det er riktig å fokusere på de interne forholdene i saniteten. Rasjonale bak dette ligger i *ansvarsprinsippet* i den norske statsforvaltningen som er tydelig på at lederansvaret for dette området hviler på Forsvaret. Dersom man ikke har noen klar formening om ansvarsforhold og roller innad i saniteten i Forsvaret, ser jeg en begrenset nytteverdi i å begynne med å problematisere organisatoriske forhold i den sivile delen av organisasjonen. Dessuten er det et spørsmål om hvem som bør tilpasse seg hva. For det andre handler det om å begrense oppgaven. Det finnes rett og slett ikke tid eller spalteplass nok til å skulle ta for seg hele spekteret av både de militære og sivile forholdene

med tanke på helseberedskap for krig. For de som tenker at vår problemstilling fremstår som noe omfattende og vid, mener jeg det er helt nødvendig og riktig med en mer helhetlig tilnærming, som ser på de overordnede organisatoriske rammebetingelser for saniteten og Forsvaret. Av eksisterende litteratur og tidligere masterstudier ser jeg et behov for å ta utgangspunkt i organiseringen fra Forsvarets side. Vinklingen i denne oppgaven vil forhåpentligvis belyse det jeg anser som mer grunnleggende utfordringer og rotårsaker, som er helt vesentlig å ha kjennskap til i forhold til å kunne skape en bedre forståelse for hvordan organisasjonsformen i saniteten påvirker det sivil-militære beredskapsarbeidet. En slik innsikt vil forhåpentligvis kunne identifisere problemområder og bidra til konkrete tiltak som vil kunne utvikle samarbeidet og koordineringen i positiv retning. Denne oppgaven finner på mange måter sin plass «på bunnen» av tidligere undersøkelser, med en slags «rykk tilbake til start» tilnærming. I tillegg vil denne undersøkelsen skille seg ut ved å ta utgangspunkt i intervjuer av planleggere på de ulike kommandonivåene i Forsvaret, for på denne måten bidra med et unikt perspektiv fra de som har ansvaret med å koordinere og i stor grad utføre beredskapsarbeidet hver dag. Jeg tror denne tilnærmingen er viktig med tanke på å fange opp «slik det faktisk er». En annen avgrensning som er viktig å få klarhet i, er at jeg i oppgaven ikke kommer inn på veterinærvirksomheten, som er en del av saniteten. Årsaken er igjen å avgrense oppgaven, selv om jeg helt klart ser en viss svakhet ved dette.

For å svare på problemstillingen vil jeg benytte *organisasjonsteori for offentlig sektor*. Med utgangspunkt i Christensen et al. (2021) sine instrumentelle og kulturelle perspektiver søker jeg å oppnå en mer helhetlig forståelse for sanitetsorganisasjonen, og hvilke konsekvenser organisasjonsstrukturen får for det sivil-militære beredskapsarbeidet. Det teoretiske utgangspunktet bygger på antagelsen om at organisasjonsformer har adferdsmessige konsekvenser for politikkområdene som berøres. At institusjoner har en selvstendig påvirkningskraft ut fra sine etablerte strukturer, og at man ikke kan forstå innholdet i offentlig politikk uten å analysere styringsverkets organisering og virkemåte (Christensen, 2021). I tillegg vil jeg benytte begrepet *praksisfelleskap* for å belyse vekselvirkningene mellom det formelle (struktur) og det uformelle (kultur) i en organisasjon, for å fange opp det kulturelle aspektet på en mer helhetlig og konkret måte (Wenger, 1998).

1.3 Nøkkelt begreper

Beredskap

Beredskap er noe Forsvaret jobber med til enhver tid, blant annet gjennom den daglige tjenesten. Terskelbyggende virksomhet som operasjoner og klargjøring av styrker til Forsvarets totale operative evne, gjør at avdelingene er beredskapsklare, som betyr at de skal kunne nå sin fulle operative status innenfor gitte klartider. I tillegg til den daglige tjenesten, pågår det et kontinuerlig beredskapsarbeid i hovedkvarterene på de ulike kommandonivåene. Dette arbeidet handler om å etablere beredskaps-

tiltak for ulike scenarier, blant annet væpnet angrep på Norge, og omfatter planverk, prosedyrer og samarbeidsrutiner. Larssen (2021, s.31-32) definerer beredskap som planlagte og forberedte tiltak for å møte uønskede hendelser slik at konsekvensene blir minst mulig. For å utdype hva beredskapsarbeid bør omfatte, foreslår Larssen en inndeling i fire faser: (1) risikoanalyse; (2) beredskapsanalyse; (3) beredskapsplan, og; (4) kontinuerlig forbedring. Risiko -og beredskapsanalysen danner beslutningsgrunnlag for beredskapsplanen, som er under kontinuerlig revisjon og utvikling. Risikoanalysen kartlegger og beskriver risiko. Beredskapsanalysen stiller krav og setter mål på bakgrunn av risikobildet, og identifiserer hvilke ressurser som må til for å nå krav om ytelse og respons. Deretter utarbeides det en beredskapsplan som skal sikre en planlagt, forutsigbar, effektiv og koordinert innsats. I en militær kontekst fastsetter en beredskapsplan forhold som oppdrag og målsettinger, organisering av ressurser, ansvarsforhold og koordineringsbehov. Beskrivelsen til Larssen (2021) er dekkende nok for vårt formål, og representativ for Forsvarets egne metoder. For enkelthetsens skyld vil vi i oppgaven ta utgangspunktet i denne fremstillingen av beredskap og beredskapsarbeid.

Når jeg i denne oppgaven bruker ordet «*det sivil-militære beredskapsarbeidet for krig*», er det i tråd med definisjonene og presiseringene over. «Sivil-militær» henspiller til det faktum at saniteten i krig, er avhengig av samarbeid og tilførsel av ressurser fra det sivile helsevesenet, og andre offentlige og private aktører, og må derfor ta hensyn til dette i beredskapsarbeidet. Forsvaret må koordinere med -og inkludere de sivile helsemyndighetene ettersom man har behov for sivil støtte innenfor alle de fem funksjonsområdene for saniteten: (1) sanitetsledelse og planlegging; (2) medisinsk behandling og førstehjelp; (3) sanitetsevakuering; (4) medisinsk styrkebeskyttelse, og; (5) sanitets -og veterinærlogistikk (Forsvarets fellesoperative doktrine, 2019, p. 168).

Sanitet

Sanitet er all virksomhet som skal sikre eller gjenopprette de helsemessige forhold slik at stridsevnen og kampmoralen opprettholdes (*Forsvarets doktrine for sanitets- og veterinærvirksomhet*, 2017). Dette innebærer alt fra forebyggende medisin (medisinsk seleksjon, vaksinasjonsprogram etc.), til førstehjelp, evakuering og behandling av syke og sårede soldater. Når begrepet sanitet benyttes er det utelukkende snakk om militære avdelinger

Saniteten i Forsvaret (SANIF)

Saniteten i Forsvaret (SANIF) er et velkjent begrep innenfor saniteten, og anvendes som en fellesbetegnelse på alle sanitetsorganisasjonene og sanitetsmedlemmene i Forsvaret, fordelt på de ulike forsvarsgrenene og kommandonivåene -eller styringsnivåene, som man ville kalt det i sivil sektor (Melien, 2016). Uttrykket kan lett forveksles med Forsvarets sanitet (FSAN), som er en egen organisasjon innenfor SANIF. De ulike sanitetsstabene og avdelingene som utgjør SANIF, er alle del

av offentlige organisasjoner i form av selvstendige driftsenheter (DIF) i Forsvaret, med egne mål og -resultatstyring. Eksempler på DIFer er Hæren, Luftforsvaret, Heimevernet, FSAN, Etterretningstjenesten m.m. Felles for sanitetsavdelingene i de ulike DIFene er at de alle inngår i -og deler et felles ansvar med tanke på det sivil-militære beredskapsarbeidet, i forhold til å planlegge og etablere et helhetlig behandling -og evakueringssystem for kriser og krig.

Samordning

Samordning kan defineres som en prosess der hensikten er at ulike mål, verdier, aktiviteter, ressurser eller andre premisser blir sett i sammenheng, prioritert, avvleid mot og tilpasset hverandre [...] Målet er samordnet innsats og myndighetsutøvelse (Larssen, 2021, p. 153). Fimreite et al. (2019) presiserer at organisering for samfunnssikkerhet i stor grad dreier seg om samordning, og at utfordringen ligger i å knytte sammen kapasiteter til ulike offentlige organisasjoner sammen, for å håndtere store sektorovergrepene som samfunnssikkerhet. I denne oppgaven er samordning en sentral faktor, ettersom SANIF utgjør flere organisasjoner fordelt på ulike styringsnivå, som må samordnes med sivil sektor for å virke. I tillegg til begrepet *samordning*, vil begrepene *samvirke* og *samarbeid* bli brukt. Det er lett å blande de to begrepene, og i mange sammenhenger nyttes de omhverandre. Vår tilnærming vil være at samvirke og samarbeid bør oppfattes som virkemidler for å oppnå høyere former for samordning. Virkemidler som øvelser, felles planarbeid, tilsyn og arenaer for dialog m.m. (*St.meld. nr.22 Samfunnssikkerhet - samvirke og samordning* 2008).

Redusert kapasitet

I metodedelen er det utviklet empiriske forventninger til det strukturelle og det kulturelle perspektivet, som skal hjelpe oss med å operasjonalisere problemstillingen. Der benyttes begrepet «*reduert kapasitet*» som avhengig variabel i årsakssammenhengene. En konsekvens av ulike grader av, og former for arbeidsdeling, rutiner og hierarki i en organisasjon, er at de kan legge begrensninger på organisasjonsmedlemmenes *handlingskapasitet* og *analysekapasitet*. Analysekapasiteten handler om evnen til å kalkulere, vurdere og planlegge, mens handlingskapasiteten dreier seg om evnen til å utføre oppgaver (Christensen, 2021, p. 201). Med «*reduert kapasitet*» menes både handlingskapasitet og analysekapasitet, sett i lys av Larssen (2021) sin beskrivelse av beredskapsarbeid (fire faser).

1.4 Gangen i oppgaven

Kapittel 1 presenterer tema og problemstilling, forforståelse, avgrensning av oppgaven, relevans i forhold til annen forskning, samt relevant litteratur for studien. I kappittel 2 presenterer jeg det teoretiske grunnlaget for undersøkelsen som er organisasjonsteori for offentlig sektor. I tillegg utvikles det det to empiriske forventninger fra et strukturelt og kulturelt perspektiv som har til hensikt å peke på relevant empiri. Kapittel 3 beskriver metodisk valg av innsamling, valg av respondenter og

hvordan opplysninger har blitt behandlet. Kapittel 4 og 5 redegjør (deskriptiv) for det strategiske bakteppet, samt organiseringen av SANIF, med bakgrunn i nøkkelfaktorene fra metodekapittelt. I kapittel 6 presenteres resultat fra den kvalitative analysen av intervjuene, før funnene (resultat) drøftes i lys av teori og empiri fra den deskriptive delen. Kapittel 7 konklusjon, oppsummerer studien og ser på relevansen av funnene, og om det svarer på problemstillinen.

2 Teori

Formålet med dette kapitlet er å skape et teoretisk rammeverk som vi kan nytte til å strukturere, tolke og forstå det sivil-militære beredskapsarbeidet i SANIF, og hvilke utfordringer som kjennetegner dette samarbeidet. For å svare på problemstillingen nyttes organisasjonsteori for offentlig sektor. En sentral antakelse i teorien om offentlige organisasjoner, er at organisasjonsformene påvirker innholdet av den offentlige politikken: hva, hvordan -og i hvilken grad noe blir gjort. Et annet viktig teoretisk utgangspunkt, er at for å forstå en «levende organisasjon» og hvordan denne fungerer, må man se det fra ulike perspektiv. Ettersom offentlige organisasjoner ikke opererer i isolasjon, men i kontekster og sammenhenger som er kompliserte, hvor det ikke alltid finnes klare forventninger til hva som skal prioriteres (Christensen, 2021, p. 21). For å hjelpe oss til å forstå utfordringene til offentlige organisasjoner, i dette tilfellet SANIF, kan man derfor benytte seg av en såkalt strukturell-instrumentell tilnærming, og en institusjonell tilnærming. Jeg vil benytte meg av disse tilnærmingene til å forklare ulike aspekt ved empirien, og vil i hovedsak konsentrere meg om et instrumentelt perspektiv og et kulturperspektiv. Skillet mellom de to perspektivene er at det instrumentelle perspektivet ser på organisasjoner som redskap for ledere, mens det kulturelle perspektivet vektlegger de uformelle normene i en organisasjon (verdier og institusjonelle regler) og hvordan disse utøver innflytelse på politikken som føres. Teorien beskriver også et tredje (kulturelt) perspektiv; myteperspektivet. Denne undersøkelsen vil ikke dekke myteperspektivet på bakgrunn to forhold. Det ene har med tiden til rådighet, og for det andre vil de to valgte perspektivene til sammen kunne gi en god nok forklaringsmodell for denne undersøkelsen.

I kapitlet redegjør jeg for hvert av de to perspektivene. Med utgangspunkt i vår førforståelse fra kapittel 1 (tema), vil jeg presentere to empiriske forventninger for hvert av de to perspektivene, som skal brukes til å hjelpe til med å besvare problemstillingen. Hensikten med dette er å forsøke å synliggjøre årsakssammenhenger jeg forventer å se, som vil være utgangspunkt for operasjonalisering og innhenting av empiri. For det kulturelle perspektivet vil jeg også trekke inn Wengers teori om praksisfellesskap. Wenger fanger på mange måter opp dynamikken mellom det formelle (strukturelle) og det uformelle (kulturelle) ved en organisasjon på en lettfattelig og konkret måte, noe jeg savner i Christensen et al. (2021) sin bok om organisasjonsteori for offentlig sektor. Teorien er ikke bare viktig for operasjonaliseringen av problemstillingen, men nyttes også som forklaringsfaktorer i analysekapitlet, med bakgrunn i de ulike funnene i empirien.

2.1 Det instrumentelle perspektivet

I et instrumentelt perspektiv fungerer organisasjoner som redskaper eller instrument, som ledelsen benytter seg av for å oppnå sine mål. I en slik «maskinell tilnærming» er det en forventning om at normer for hva, hvem og hvordan noe skal gjøres, eksisterer uavhengig i form av etablerte strukturer. Professor (statsvitenskap) Knut Dahl Jacobsen definerer politikk til å være evne til å påvirke eller bestemme hva som skal gjøres, samt organisere en kontinuerlig problemløsning rundt det. Noe som vil innebære at både strukturer og prosesser er viktig. Med prosesser mener vi aktiviteter og atferd som utspiller seg over tid. Dette vil typisk kunne være ulike former for møtestrukturer, plan -og beslutningsprosesser, standard operasjonsprosedyrer (SOP) og arbeidsgrupper. Når det gjelder strukturer, utgjør det de faste rammene som prosessene utspiller seg innenfor. I Forsvaret vil vi kunne kjenne igjen disse som organisasjonsstruktur (organisasjonskart), standard operasjons instruks (SOI) for avdelinger og funksjonsområder, stillingsbeskrivelser, direktiver og bestemmelser, for å nevne noen. Synet om organisasjoner som redskaper forutsetter to ting: (1) formålsrasjonelle handlinger, og at (2) organisasjonsstrukturen er utformet etter mål-middel-vurderinger, og derfor bestemmer de ansattes handlemåte og hvilke oppgaver de løser. I sum kan vi si at de strukturelle trekkene ved en organisasjon, i tillegg til å være normerende for det som skjer internt, også vil kunne fortelle oss om hvilke roller, ansvar og myndighet en organisasjon har i sin helhet, og hvordan organisasjonen eventuelt bør samhandle med sine omgivelser og -eller andre organisasjoner. Videre skal vi redegjøre for noen karakteristikk og konsekvenser ved dette perspektivet som er sentrale for vår undersøkelse.

Formålsrasjonalitet

Et instrumentelt perspektiv forutsetter at ledelsen har evne til rasjonell kalkulasjon og kan utøve politisk og sosial kontroll. For å oppnå sine mål utfører organisasjoner såkalte *formålsrasjonelle handlinger* bestående av: (1) mål eller problem; (2) alternativer; (3) forventede konsekvenser; og (4) beslutningsregler (Christensen, 2021, p. 37). Dette er en handlingslogikk basert på mål-middel-rasjonalitet, hvor målene er eksogene, det vil si gitt av lederne eller et høyere nivå i organisasjonen. Endringer vil ifølge dette skje som resultatet av en rasjonell tilpasning, styringssignal eller endrede ytre krav. En optimal organisasjon, sett fra et instrumentelt perspektiv, ville ha hatt det som kalles for fullstendig formålsrasjonalitet: klare mål, full oversikt over alternativer og konsekvenser, og som et resultat av dette, alltid velger alternativet med best måloppnåelse. I praksis vet vi at dette sjelden forekommer, og er lite realistisk med tanke på kompleksiteten i offentlige organisasjoner. Derfor opererer man i teorien med begrepet *begrenset rasjonalitet*, som er forestillingen om at mennesker har begrenset kognitiv og kunnskapsmessig kapasitet, og derfor vil operere etter forenklede mentale modeller av virkeligheten. Som regel vil man ha begrenset med ressurser og analysekapasitet i forhold til sakskompleksene man står overfor, slik at det kan oppstå en utvelging eller sekvensiell oppmerksomhet, eller enkelte saker rett og slett ignoreres helt eller delvis. Det instrumentelle

perspektivet søker derfor å begrense og motvirke slike «systemiske feil» ved hjelp av formelle strukturer (Christensen, 2021, p. 29). En utfordring er å finne en struktur og organisasjonsform som øker styringskapasiteten (ressurser og kompetanse).

Organisasjonsstruktur

Christensen (2021) redegjør for to varianter innenfor det instrumentelle perspektivet, en *hierarkisk orientert variant*, og en *forhandlingsvariant*. Den hierarkiske, som er utgangspunktet for vår undersøkelse, kjennetegnes ved å være enhetlig, med klare mål-middel-sammenhenger, mens forhandlingsvarianten åpner for delvis motstridende mål og egeninteresser internt i organisasjonen, hvor koalisjoner mellom grupper dannes og utfallet ofte blir kompromisser. Den formelle strukturen organiseres gjennom ulike grader av spesialisering og samordning. Ifølge den tyske økonomen og sosiologen Max Weber, er den *byråkratiske organisasjonsformen* preget av hierarki, arbeidsdeling og rutiner (Christensen, 2021, p. 39).

Med *hierarki* mener vi en over -og underordning mellom ulike nivåer i organisasjonen. En slik ordning gir grunnlag for det man kaller for *vertikal spesialisering* som betyr at ulike oppgaver blir lagt til ulike nivåer innad i en organisasjon, eller mellom organisasjoner på ulike nivåer. Et eksempel fra Forsvaret vil være de ulike nivåene innad i driftsenhetene (DIF), og kommandonivåene (taktisk, operasjonelt og strategisk). I et hierarki vil man ofte være avhengig av stor grad av vertikal samordning, både internt i egen sektor, men også på langs mellom styringsnivåer på tvers av sektorer.

I tillegg til vertikal spesialisering har vi ulike former for *horisontal spesialisering* som kommer som et resultat av det vi kaller *arbeidsdeling*. Her samles organisasjonens oppgaver i ulike enheter og funksjonsområder. Det er tre ulike prinsipper for horisontal spesialisering som jeg ønsker å trekke frem. Det første er *formålsprinsippet* eller *sektorprinsippet*. Denne inndelingen kjenner vi godt til i forbindelse med den norske statsforvaltningen med de ulike departementene. I Forsvaret deler man stabene også opp etter dette prinsippet, med ulike funksjoner som S1 (personell), S2 (etterretning), S3 (operasjoner) etc. Styringsnivåene i statsforvaltningen med sentralt, regionalt og lokalt, er et eksempel på et annet prinsipp, nemlig *geografiprinsippet*. I Forsvaret har det operasjonelle nivået, ledet av FOH, et landsdekkende ansvar, mens eksempelvis Heimevernet har det lokale territorielle. Til sist har vi *prosessprinsippet*, der inndelingen foregår etter type prosess. Et eksempel på dette vil kunne være hvordan man i militære hovedkvarter deler stabsprosessene inn i *current, mid-term og future plans and operations*. Selv om ulike former for horisontal spesialisering etableres for å fremme en organisasjons evne til å løse sine oppgaver (disiplinerende), vil det også kunne by på flere utfordringer. En organisasjon med flere underenheter og arbeidsdeling kalles gjerne for *heterogene organisasjoner*. Horisontale spesialiseringer er som regel effektive så lenge problemene følger sektorgrenser. Utfordringene oppstår idet man får problemer som er så store, komplekse og omfattende at de går på

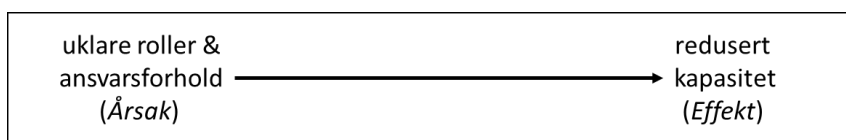
tvers av disse grensene. Samfunnssikkerhet og beredskap, som er sentralt for denne undersøkelsen, er blant problemområdene som spenner seg over flere offentlige sektorer, og flere avdelinger innad i Forsvaret. En annen utfordring som kan oppstå er utvikling av ulike fagekspertiser, som vil kunne lede oppmerksomheten bort fra det egentlige målet i organisasjonen. Slike *heterogene mangfold* vil kunne bidra til interessekonflikter, maktkamp og dannelse av ulike koalisjoner med egne agendaer. Et siste viktig poeng er at det også kan føre til en begrenset handlings -og analysekapasitet, som betyr at organisasjonens evne til å foreta rasjonelle kalkulasjoner og handlinger reduseres ettersom organisasjonsmedlemmene jobber innenfor avgrensede områder.

Som vi innledet med er både *strukturer* og *prosesser* viktig for at en organisasjon skal nå sine mål. De etablerte rutinene i en organisasjon kommer gjerne til uttrykk gjennom ulike former for instruksjoner og prosedyrer. I Forsvarssystemet legges det vekt på standard operasjonsprosedyrer (SOP) for avdelinger, og standard operasjonsinstruksjoner (SOI) for funksjonsområder i avdelingen, som i sum regulerer de ulike rollene og ansvarsområdene. Standardiserte, kontinuerlige *prosesser* er en viktig samordningsform for å kanalisere innsatsen og sikre måloppnåelse i tid og rom. Prosedyrer har en tendens til å legge føringer for hvordan problemene løses, med ulik form for metodikk og arbeidsprosess. Disse rutinene vil også legge grunnlaget for *møtestrukturer* og påvirke oppmøte og deltakelse. En ulempe ved dette, akkurat som med spesialisering, er at det vil kunne nøre opp under en begrenset handlings -og analysekapasitet, da det vil kunne være vanskelig å se helheten og sikre deltagelse i alle prosesser.

Utleddning av empiriske forventninger i et instrumentelt perspektiv

Med bakgrunn i teorien er det rimelig å anta at Forsvarets organisasjonsform passer beskrivelsen for et byråkratisk hierarki, i og med den oppfyller Webers kriterier. Med bakgrunn i at SANIF: (1) utgjør flere organisasjoner fordelt på ulike styringsnivå; (2) har et felles ansvar i forhold til samfunns-sikkerhet med behov for tversektorielt samvirke, vil jeg videre hevde at vi har å gjøre med det som kalles for en *kompleks struktur*. Offentlige organisasjoner kan nemlig skille seg fra hverandre ved at de har en *enkel* eller *kompleks struktur*. Mens en enkel organisasjon har få enheter og oversiktlige forbindelser, vil en kompleks struktur ha mange nivåer, flere enheter og mange vertikale og horisontale *koplinger*. Disse koplingene kan ses på som avhengighetsforhold mellom enheter (utveksling av informasjon, tjenester eller myndighetsforhold), og skiller seg fra hverandre i forhold til om de er løse eller tette, det vil si om en struktur består av selvstendige enheter eller er tett integrert (Christensen, 2021, p. 43). Med dette som utgangspunkt, og vår førforståelse fra kapittel 1, legges følgende instrumentelle forventning til grunn:

En komplisert organisasjonsstruktur med løse koplinger bidrar til uklare roller og ansvarsforhold i SANIF, som fører til redusert kapasitet innenfor det sivil-militære beredskapsarbeidet for krig.



Figur 1: Årsakssammenheng mellom uklare roller og ansvarsforhold, og redusert kapasitet

2.2 Det kulturelle perspektivet

Kulturperspektivet legger vekt på de uformelle normene i en organisasjon som gravis vokser frem og internaliseres av organisasjonsmedlemmene, som et resultat av press fra ulike indre og ytre kontekster. Når en organisasjon i tillegg til sin formelle struktur, utvikler *uformelle normer og verdier*, har vi fått det vi kaller en institusjonalisert organisasjon, eller *institusjon*. En slik utvikling gjør organisasjoner mer komplekse, og fører som regel til både fordeler og ulemper. For eksempel kan det tenkes at institusjoner i mange tilfeller blir mindre tilpasningsdyktige overfor nye krav, samtidig som de kan bli mer effektive til å løse oppgaver som et resultat av sterke sosiale nettverk (Christensen, 2021, p. 56). De uformelle normene, verdiene og identitetene utøver en selvstendig innflytelse på virksomheten og beslutningsatferden, og er av den grunn betydningsfulle for oss. Ulikt fra de formelle normene med faste strukturer og prosesser, er ikke organisasjonskulturen like synlig. De er en del av en felles institusjonell bevissthet og praksis, som ikke er nedfelt og beskrevet, men lever «på undersiden» av de formelle strukturene. For de som ønsker å studere organisasjonskultur, finnes det ulike fremgangsmåter for å avdekke de kulturelle trekkene. En måte er å gjennomføre intervjuer av organisasjonsmedlemmer med lang erfaring, og som kjenner til de institusjonelle trekkene godt. En annen måte vil være å studere skriftlige kilder om en organisasjons historie og tradisjoner. Det institusjonelle perspektivet skiller seg fra det instrumentelle langs tre linjer: (1) handlingslogikken som ligger til grunn; (2) oppfatningen om hva politikken i organisasjonen dreier seg om; (3) hva slags syn man har på endring. Vi skal nå se nærmere på noen sentrale trekk ved det kulturelle perspektivet.

Praksisfellesskap

For å danne et bakteppe for hvordan vi kan forstå dynamikken mellom det strukturelle og det kulturelle perspektivet vil jeg kort gjøre rede for det Wenger betegner som *praksisfellesskap*.

Ifølge Wenger er mennesker konstant involvert og engasjert i ulike former for virksomheter (*eng. enterprise*), enten det er på jobb eller andre former for sosial omgang. Når mennesker kommer sammen om en virksomhet, og danner felles mål og mening, oppstår det en samhandling mellom

medlemmene for virksomheten, og mellom medlemmene og omverdenen, som resulterer i en form for kollektiv læring. Over tid vil denne kollektive læringen etablere handlemåter, en praksis (*eng. practice*), som reflekterer virksomheten og de sosiale relasjonene til medlemmene imellom. Praksisen som oppstår, og det tilhørende sosiale samfunnet, har av Wenger fått benevnelsen praksisfellesskap, eller såkalte *communities of practice*. Praksisfellesskap er altså et produkt av samhandling og felles læring over en viss tid, innenfor en definert virksomhet.

Et viktig poeng for Wenger er at alle mennesker har egne teorier og måter å forstå omverdenen på, og at våre praksisfellesskap er stedene hvor vi utvikler, forhandler og deler disse. En sentral prosess som foregår i praksisfellesskapet, er nemlig det han kaller for *reification* (*eng.*), som betyr «konkretisering av abstraksjoner». Når man tenker etter, beror vår forståelse av verden på en rekke abstraksjoner i form av konsepter, modeller, begreper og design som virker som verktøy til å samhandle, kommunisere, tolke og forstå. I tillegg til å produsere egne abstraksjoner, vil et praksisfellesskap også måtte operasjonalisere abstraksjoner fra «utsideverdenen». For eksempel når et fellesskap av medarbeidere i en institusjon må operasjonalisere regler, prosedyrer eller målsettinger satt av den formelle ledelsen, slik at det gir mening og grunnlag for konkrete handlinger.

Wenger definerer tre karakteristikk eller forutsetningene for praksisfellesskap: (1) gjensidig samhandling (*eng. mutual engagement*); (2) omkring en felles virksomhet (*eng. joint enterprise*); (3) hvor man handler i tråd med, og utvikler felles praksis (*eng. shared repertoire*). Det er den kontinuerlige, gjensidige samhandlingen og interaksjonene mellom medlemmene innenfor den aktuelle virksomheten som er nøkkelen til et praksisfellesskap. Når det gjelder virksomheten, vil den påvirkes av både ytre og indre forhold. Det som er sentralt er medlemmenes respons til de ytre faktorene (omverdenen), som gjerne er strukturelle forutsetninger eller rammebetingelser (formelle mål, instruksjer, standard prosedyrer etc.). Det er her poenget med å konkretisere abstraksjoner (*reification*) kommer inn, da praksisfellesskapet hele tiden må fortolke omverdenen. Etter hvert som praksisfellesskapet forhandler seg frem til enighet om virksomhetens formål og virke, utvikler man en felles forståelse for: (1) hva som er viktig, hvorfor det er viktig, og hva som ikke er viktig; (2) hva man skal gjøre, ikke skal gjøre; (3) hva som krever oppmerksomhet, hva som kan ignoreres; (4) hvilke saker som må frem, hvilke som kan holdes tilbake, for å nevne noen. Når man utvikler en felles praksis (*shared repertoire*) handler det om daglige rutiner, språk, symboler, mentale kart, handlinger og konsepter. Disse fungerer som referanser og rettesnorer i utøvelsen av virksomheten.

Wengers kanskje aller største poeng er at praksisfellesskap finnes, og at de utøver en betydelig påvirkningskraft på organisasjonene. Således bidrar Wenger med en litt annen tilnærming der han sier at det strukturelle og det kulturelle bør ses på som to sider av samme sak. Dette er et gyldig poeng, ettersom formelle strukturer tross alt benyttes -og er et resultat av mennesker. Betydningen av hvordan praksisfellesskap fortolker og operasjonaliserer de strukturelle rammebetingelsene er særdeles viktig,

og en forutsetning vi skal ta med videre i oppgaven. Wenger er klar på at praksisfellesskap både kan føre til fordeler og ulemper ved en institusjon. Et siste viktig poeng er at man ikke automatisk sidestiller institusjoner med praksisfellesskap, men at man heller tenker at en institusjon gjerne kan bestå av flere praksisfellesskap. Når vi tenker etter, er det ikke alltid slik at alle medlemmer av en institusjon samhandler i en grad som vil kunne sies å tilfredsstille kriteriene for det som wenger kaller et praksisfellesskap.

Logikken om det kulturelt passende

Den grunnleggende handlingslogikken i et kulturelt perspektiv kalles for *logikken om passende atferd*. Til forskjell fra formålsrasjonelle handlinger (instrumentelt perspektiv) hvor man baserer seg på en mål-middel-rasjonalitet og mulige konsekvenser, baserer man i stedet valget på det som oppfattes som forventet eller akseptabel atferd. Det foregår en såkalt *matching*, der man søker å finne koblinger mellom situasjon og identiteter. I de kulturelle handlingsreglene er det nemlig tre sentrale spørsmål: (1) gjenkjennelse; hvilken type situasjon står jeg overfor? (2) identitet; hvilken identitet er viktig for organisasjonen og situasjonen? (3) forventning; hva forventes det av organisasjonen? (Christensen, 2021, p. 59). Hva som er en passende handling, vil variere. Dette fordi det er kulturelt betinget, og baserer seg på et utviklingsforløp i en organisasjonskultur. Ulike organisasjoner gjør seg ulike erfaringer, noe som betyr at det vil kunne forekomme variasjoner mellom relativt like organisasjoner - og ulike grupper internt i en organisasjon. Vi skal nærmere på fire forklaringer på passende handling: (1) *kopling av situasjon og identitet* kan være et resultat av bred læring ut fra erfaring. En enkel forklaring på dette er at organisasjonsmedlemmene lærer seg hvilke regler og identiteter man skal aktivere i gitte situasjoner. Denne erfaringen overføres så mellom organisasjonsmedlemmer, men vil ikke nødvendigvis påvirke hele organisasjonen dersom den er mangfoldig og heterogen. Til vanlig kjenner vi dette som *institusjonell hukommelse*; (2) en annen mulighet er kopling basert på *tidsmessig nærhet*, som betyr at man benytter seg av identiteter og regler som nylig er blitt brukt. På en side sparer man tid og ressurser, men vil på bakgrunn av at nær fortid gir forrang, kanskje ikke finne de løsningene som er best egnet; (3) *kontekstualisering* er å benytte andre organisasjoners erfaring. Man kan enten ta utgangspunkt i andres erfaringer, og tenke at disse har overføringsverdi selv om de tas ut av sin opprinnelige kontekst (dekontekstualisering), eller at man benytter andres erfaringer fra relevante kontekster, som lignende situasjoner og samme type organisasjoner; (4) en siste kopling, er det vi kaller for *kategorisering*. Her utvikler man kategorier og mentale kart for regler og identiteter som gir mening til ulike hendelser. Som vi ser, vil man ut ifra logikken om det passende, etablere systematiske, kulturelle holdninger og rutiner hos organisasjonsmedlemmer, som ofte, men ikke alltid, samsvarer med de formelle normene (Christensen, 2021, pp. 60-61). Fordeler med en slik handlingslogikk er at man vil kunne møte kompliserte situasjoner og problemstillinger relativt intuitivt, med standardiserte handlemåter. Dette

skaper en ekstra fleksibilitet, men som vi har vært inne på, kan en slik handlingslogikk også føre til en rekke *bias* (beslutningsfeller). I tillegg vil det også være tilfeller hvor det finnes konkurrerende definisjoner om hva som er passende internt i en organisasjon som resultat av mangfold og heterogenitet. Sosialisering og internalisering er to nøkkelord for å forstå hvordan en organisasjonskultur etableres.

Organisasjonskultur

I et kulturelt perspektiv er det teoretiske utgangspunktet at organisasjonskultur er noe som gradvis vokser frem gjennom naturlige utviklingsprosesser, såkalt *passiv tilpasning*. Som vi har vært inne på i de foregående avsnittene, utvikles kultur gjennom et indre og ytre press. *Indre press*, representerer uformelle normer og verdier som organisasjonsmedlemmer tar med seg inn i organisasjonen. Dette kan være normer og verdier de har fra sin sosiale bakgrunn, utdanning eller tidligere profesjoner. I forrige avsnitt snakket vi om hvordan heterogene organisasjoner kan danne grupper med ulike eller konkurrerende definisjoner om hva som er passende handlemåter. Dette skjer ved at ulike grupper med ulike oppgaver og bakgrunn, utvikler egne institusjonelle normer gjennom samhandling over tid. Det betyr at det vil finnes ulike *subkulturer* basert på formål, politikkområde eller bestemte oppgaver knyttet til grupper. Når det gjelder *ytre press*, koples dette gjerne til det nære handlingsmiljøet. Aktører som man samhandler med – eller er avhengige av, påvirker og får betydning for hvilke institusjonelle trekk som utvikles i egen organisasjon (Christensen, 2021, pp. 63-64).

Kontekstualisering er et godt eksempel på hva ytre press kan komme fra.

I tillegg til indre og ytre press er noe som kalles for *stivhengighet*. Dette går ut på at de kulturelle normene og verdiene som preger en organisasjon i etableringsfasen eller i reformativ periode, vil få stor betydning for videre utvikling. Det vil si at politikken man fører med tanke på målene man etablerte i begynnelsen, ikke er enkle å forandre, selv om endrede omgivelser og kontekst tilsier at en tilpasning burde funnet sted. Fra et instrumentelt ståsted vil dermed ikke institusjoner være i stand til å være effektive, siden de ikke er i stand til å tilpasse seg nok. En slik historisk ineffektivitet, kan man ut ifra et kulturelt perspektiv imidlertid leve med, ettersom det gir en slags fordel med tanke på stabilitet. I Forsvaret kjenner vi godt til svingninger og divergens mellom omgivelser og indre kultur. Med et sikkerhetspolitisk bilde som endres raskt og en forsvarspolitik som ofte henger etter, er man avhengig av en sterk organisasjonskultur som evner å holde fast på viktig kunnskap og erfaring, samtidig som man tilpasser seg det nye.

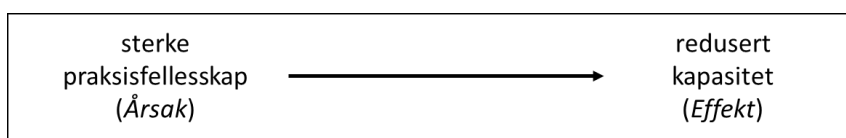
Koplingen mellom kultur og demografi er også en viktig faktor for å forstå dynamikken mellom medlemmene i en offentlig, institusjonalisert organisasjon og dens kultur. I litteraturen kalles denne dynamikken for *ansvarlig byråkrati*. Både individuelle aktører og grupper (kollektiver) påvirker de institusjonelle normene og verdiene med det tankesettet, erfaringene og holdningene de bærer med seg

fra sin sosiale bakgrunn. De demografiske trekkene påvirkes av blant annet alder, kjønn, yrkeserfaring, utdanning, etnisk og geografiske bakgrunner. Når disse får betydning for organisasjonskulturen, omtales det som et *representativt byråkrati*. Når organisasjonsmedlemmene får oppslutning om uformelle verdier og normer gjennom gruppeprosesser, kan de bidra til å forme sterke organisasjonskulturer og profesjonelle fellesskap. Dette avhenger av hvorvidt organisasjonsenhetene domineres av bestemte profesjoner, eller om bakgrunnen til medlemmene er spredt (Christensen, 2021, p. 71). Ifølge studier gjennomført i sentralforvaltningen, viser det seg at når det gjelder kulturelle trekk har man sett at den demografiske faktoren «høyere utdanning» er av størst betydning.

Utleddning av empiriske forventinger i et kulturelt perspektiv

Det finnes ulike syn på effektene av en sterk organisasjonskultur. Christensen (2021) legger vekt på en mellomposisjon der sterke institusjonelle trekk både har positive og negative sider, akkurat som med den formelle strukturen. Fordelene med en sterk organisasjonskultur er at det kan gi: (1) klare handlingsretninger som sørger for enklere måloppnåelse; (2) medvirke til at store, komplekse organisasjoner fungerer smidig og tilpasser seg omgivelsene. Kultur er på mange måter limet som bidrar til utvikling og fellesskap, og vil kunne være viktig for en ledelse med tanke på å oppnå mål. Samtidig kan det oppstå en rekke ulemper ved at det kan føre til: (1) en rigid og innadvendt organisasjon som ikke evner å tilpasse seg omgivelsene; (2) organisasjoner med konkurrerende identiteter som vanskelig lar seg styre demokratisk. Dynamikken mellom de formelle og uformelle normene er særlig interessant for undersøkelsen vår. Med dette kan vi oppdage hvilke institusjonelle betingelser som ligger til grunn for det sivil-militære beredskapsarbeidet i SANIF, og hva som virker fremmende eller hemmende for dette arbeidet. Ifølge teorien vil virkningene av en organisasjonskultur være tydelig dersom den formelle strukturen er løs og legger få føringer på beslutninger. Ser vi dette i sammenheng med vår instrumentelle forventning, om at uklare roller og ansvarsforhold i SANIF fører til redusert kapasitet, vil vi kunne forvente at praksisfellesskapene og de uformelle normene spiller en vesentlig rolle. Med bakgrunn i vår førforståelse (kapittel 1), legges det vekt på de negative konsekvensene av organisasjonskultur. Følgende empiriske forventning legges til grunn:

Sterke praksisfellesskap innenfor SANIF bidrar til redusert kapasitet innenfor det sivil-militære beredskapsarbeidet.



Figur 2: Årsakssammenhengen mellom sterke praksisfellesskap og redusert kapasitet

SANIF kan nok ikke i seg selv defineres som ett praksisfellesskap. De ulike sanitetsorganisasjonene er for løse i forhold til hverandre med tanke på de viktige kriteriene som kontinuerlig, gjensidig samhandling og interaksjon mellom medlemmer innenfor en definert virksomhet. Det vil være mer hensiktsmessig å se på de som en konstellasjon av sammenkoblede praksisfellesskap (Wenger, 1998, p. 127). Organisasjonene har fortsatt en betydningsfull og signifikant relasjon til hverandre, ettersom de tilhører samme funksjonsområde og har en felles oppgave i et helhetlig sanitetssystem. Dette gir også mening, ettersom en eventuel negativ samordning mellom disse praksisfellesskapene, vil skape utfordringer og redusert kapasitet.

2.3 Formelle og uformelle mål

Uten mål er det vanskelig å si at man har en formell organisasjon fordi den må være til for noe eller noen (Christensen, 2021, p. 108). Både de formelle og uformelle målene er viktige utgangspunkt for å kunne beskrive en organisasjon, og ikke minst undersøke hva som kjennetegner den. Mål(ene) gir oss den nødvendige konteksten fordi det er driveren bak både struktur og kultur. Uten å kjenne til målene vil det bli svært vanskelig å svare på problemstillingen på en meningsfull måte, ettersom både det instrumentelle og det kulturelle perspektivet rasjonaliseres ut ifra mål. En vanlig definisjon av mål i formelle organisasjoner er: «begreper om eller definisjoner av noe man ønsker å oppnå eller realisere i fremtiden» (Christensen, 2021, p. 108).

De formelle målene (eksogene mål) forbindes med en formålsrasjonell handlingslogikk i et instrumentelt perspektiv, mens verdier representerer de uformelle normene som gradvis vokser frem (endogene mål). I utgangspunktet vil det være tette koplinger mellom klare mål og verdier på den ene siden, og organisering på den andre. Allikevel ser vi ofte en varierende klarhet mellom mål og struktur (organisasjon), og at måloppnåelse ikke alltid er garantert. Dette er særlig relevant for å forstå hvordan en organisasjon virker, og hva som kjennetegner den. Offentlige organisasjoner er som regel alltid kollektivt orientert mot å nå sine mål, noe som krever høy grad av samarbeid. Selv om dette tilsynelatende skulle virke enkelt i seg selv, viser det seg i realiteten å være svært vanskelig. Det som kjennetegner mål i offentlige organisasjoner, er at de ofte er komplekse, abstrakte og vage. En antatt årsak til dette er at det gjenspeiler et komplisert samfunn, med et komplisert politisk-administrativt system med mange aktører, hensyn og aktiviteter. Det kan også komme som et resultat av graden av spesialisering eller at målene er bevisst utformet på en slik måte at de gir lederskapet fleksibilitet. En åpenbar bakdel ved dette, er at det vil kunne gi problemer med å plassere ansvar i det politisk-administrative systemet. I den norske statsforvaltningen har man flere politikkområder som henger sammen, og som treffer flere sektorer. Her vil målene overskride organisatoriske grenser, være kompliserte og tvetydige. Christensen et al. (2021) beskriver slike politikkområder som wicked issues: gjenstridige og særlig problematiske sakskomplekser som ikke lar seg løse av en organisasjon alene, er

avhengig av en stor grad av samordning på tvers av organisasjoner og forvaltningsnivå (Christensen, 2021, p. 118). La oss se nærmere på noen viktige faktorer.

I heterogene organisasjoner vil man kunne oppleve noe man kaller for lokal rasjonalitet: at ulike deler av en organisasjon, eller ulike sektorer forfølger egne mål og interesser på en rasjonell måte, uten at de har sideblikk til de andre aktørene. Dette kan føre til at rasjonaliteten på et kollektivt nivå, særlige med tanke på såkalte wicked issues, blir svakere. At hver og en følger egne mål og interesser uten at man ser det i en større sammenheng, vil naturlig nok ikke garantere måloppnåelse for fellesskapet.

Operasjonaliseringen av offisielle mål kan være en indikator på en formell organisasjons virksomhetsområde og hvilke oppgaver som prioriteres. Innenfor rammene av de brede (overordnede) målene i offentlige organisasjoner har man ofte mange mulige og ulike operasjonelle mål. Ut ifra resonnetet om begrenset rasjonalitet vil kompleksiteten av den virkelige verden tvinge organisasjonsmedlemmene til å fokusere på enkelte områder av gangen (sekvensiell oppmerksomhet), for å unngå oppmerksomhet -og kapasitetsproblem. I tillegg vil det kunne oppstå operasjonelle mål som er løst koplet til de offisielle målene. Når dette inntreffer sier vi at vi har en målforskyvning. Det skjer gjerne når de offisielle målene er utdaterte som følge av en endring i omgivelsene eller på bakgrunn av indre eller ytre press. En reorientering av mål kan derfor både være instrumentelt og kulturelt motivert.

Verdier forbindes med det kulturelle perspektivet, mens motivasjon forstås som drivkraften bak målrettede handlinger. Ytre motivasjon ses gjerne i sammenheng med det instrumentelle i form av intensiver for å oppnå belønning, eller unngå sanksjoner. Indre motivasjon oppstår gjennom sosialisering der organisasjonsmedlemmer enten: (1) evner å identifisere seg med sine organisasjonsmål; (2) internaliserer organisasjonsmål slik at de sammenfaller med de etablerte verdiene og uformelle normene. Slike mål kan øke spenninger internt i organisasjonen og undergrave de formelle målene. De kan også være integrative, og virke sammen med de formelle målene og øke organisasjonens prestasjon. Når sterke grupper i en organisasjon reorienterer de offisielle målene kaller vi det en kulturell endringsprosess.

2.4 Oppsummering

Med hjelp fra de empiriske forventningene vi har utviklet for hvert av perspektivene, har vi nå en teoretisk forklaringsmodell som vi kan benytte i den videre operasjonaliseringen fo å komme frem til relevant data. Et hovedpoenget fra teorien er at én enkelt dominerende foklaringsmodell eller teori alene, ikke klarer å fange opp kompleksiteten man finner hos organisasjoner for offentlig sektor. Det skyldes av at organisasjonsteorien ikke klarer å tilby statsvitenskapen et komplett paradigme ettersom

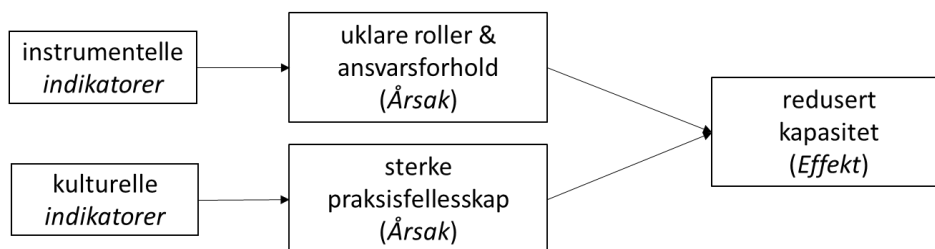
det ikke finnes en generell enighet om hvilken, eller hvilke teorier som er mest relevant (Christensen, 2021). Derfor har forfatterne valgt tilnærmingen om de tre perspektivene som hver for seg, og sammen bidrar til å øke forståelsen for hvordan offentlig sektor er organisert. I denne undersøkelsen har jeg valgt å konsentrere meg om to, det instrumentelle og det kulturelle. Empiriske studier av formelle organisasjoner kan tilby observasjoner og teoretiske bidrag som vil kunne være nyttig i å forstå offentlig sektor. De to perspektivene vil derfor kunne hjelpe oss med å sette søkelys på forklaringsfaktorer knyttet til. (1) ledelse og andre aktørers bevisste valg og intensjoner, slik de blant annet kommer til uttrykk gjennom formelle strukturer; (2) føringer som legges gjennom etablerte tradisjoner og kulturer; (3) og dominerende verdier og normer i omgivelsene som påvirker handlingsrommet for hva som bør gjøres (Christensen, 2021, p. 25). Formålet med denne undersøkelsen er å skape en bedre forståelse for det sivil-militære beredskapsarbeidet i SANIF, og belyse hvilke konsekvenser organiseringen får for dette samarbeidet. I teorikapittelet redegjorde vi for tre instrumentelle hovedfaktorer: (1) mål; (2) struktur; og (3) prosess. En rekke analyser basert på norske surveys i sentralforvaltningen, har vist at formelle strukturer er viktigst for å forklare variasjoner i ansattes holdninger og handlinger, og at kontekstuelle forhold som organisasjonsrammer og formelle bindinger har stor betydning (Christensen, 2021, p. 233). Derfor vil vi i neste kapittel operasjonalisere problemstillingen videre, med utgangspunkt i våre empiriske forventinger og de tre instrumentelle faktorene.

3 Metode

Målet med dette kapittelet er å operasjonalisere årsakssammenhengene som ble utledet i kapittel 2 og gjennomføre en kritisk vurdering av datagrunnlaget. Hensikten med dette er å gjøre de empiriske forventningene målbare og utlede indikatorer som viser vei til relevant empiri. Kapittelet er lagt opp på følgende måte: (1) først skal vi gjennomføre en operasjonalisering av nøkkelbegrep som ligger i de empiriske forventningene; (2) deretter gjennomføres det en vurdering av reliabiliteten knyttet til empirien vi har samlet inn, i forhold til at denne informasjonen er innhentet på bakgrunn av den foregående operasjonaliseringen.

3.1 Validitet

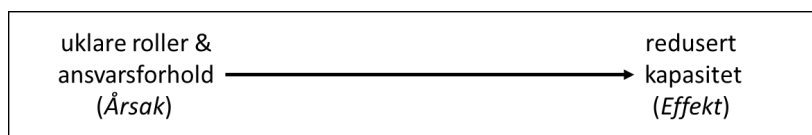
For å identifisere årsakssammenhenger skilles det mellom avhengige -og uavhengige variabler. Logikken er at verdien av den avhengige variabelen avhenger av hvilken verdi de uavhengige variablene har. Sammenhengen mellom avhengig og uavhengig variabel kan fastslås ved å skille på «årsak» og «effekt», der årsaken kommer først i tid, og angir retning på årsakssammenhengen (Johannessen, 2021). Den avhengige variabelen er «reduert kapasitet», mens de uavhengige er «uklare roller og ansvarsforhold» og «sterke praksisfelleskap». For å forstå en tilstand, eller utviklingen av en tilstand (årsak-effekt), benytter vi indikatorer. Indikatorer er data eller informasjon som innhentes fra ulike kilder. Vi skal nå velge ut og argumentere for et sett med indikatorer som kan hjelpe oss med å undersøke årsakssammenhengene i våre empiriske forventninger, og dermed svare på problemstillingen. Indikatorene vil bli utledet fra de instrumentelle faktorene: (1) mål; (2) struktur; og (3) prosess, med utgangspunkt i relevant teori fra kapittel 2.



Figur 3: Årsakssammenhengen mellom én avhengig og to uavhengige variabler.

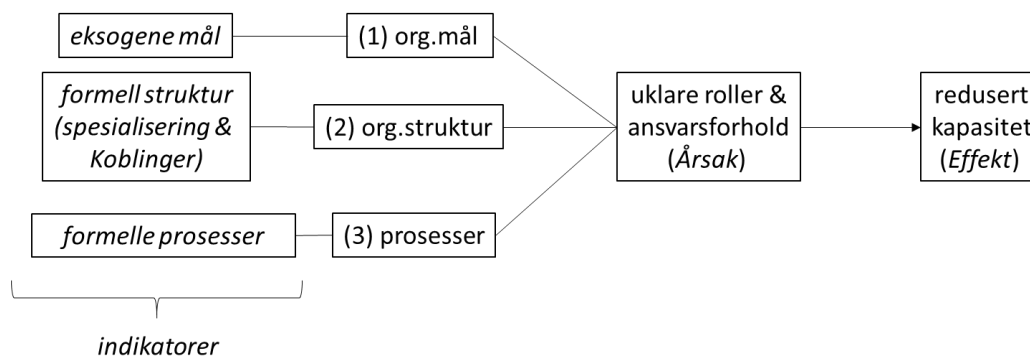
Instrumentelle indikatorer

Vi har tatt utgangspunkt i antakelsen om at SANF kan karakteriseres som en kompleks struktur, eller kompleks organisasjon, med flere organisasjoner fordelt på ulike nivå. Den empiriske forventingen til det instrumentelle perspektivet er at «*En komplisert organisasjonsstruktur med løse koblinger bidrar til uklare roller og ansvarsforhold i SANIF, som fører til redusert kapasitet innenfor det sivil-militære beredskapsarbeidet*». Følgende årsakssammenheng ble lagt til grunn:



Figur 1: Årsakssammenheng mellom uklare roller og ansvarsforhold, og redusert kapasitet

Vi skal nå forsøke å operasjonalisere den uavhengige variabelen «*uklare roller og ansvarsforhold*», og finne frem til indikatorer som gjør dette nøkkelbegrepet målbart for oss. Med et instrumentelt perspektiv vil vi rette fokuset mot såkalte *eksogene mål*, det vil si formelle mål enten gitt av ledelsen, eller mer overordnede organisasjonsmål fastsatt av styringsnivået over. Videre vil vi ta for oss organisasjonsstrukturen og se nærmere på *arbeidsdelingen* i SANIF. Ved å se på de vertikale og horisontale *spesialiseringsprinsippene*, vil vi kunne oppdage relevante *koblinger* innad i Forsvaret, og ut mot den sivile helsesektoren, som vil fortelle oss noe om hvordan det sivil-militære beredskapsarbeidet foregår. Koblinger kan ses på som avhengighetsforhold mellom organiasjoner eller nivåer som er avgjørende for utførelsen av oppgaver, og vil typisk være utveksling/deling av ulike tjenester og produkt, eller ulike former for myndighet. Til sist tar vi fatt på de formelle *prosessene* som har betydning for det sivil-militære beredskapsarbeidet, hovedsakelig på det operasjonelle og strategiske nivået.

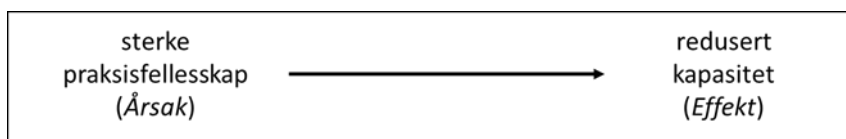


figur 4: instrumentelle indikatorer

Sammen vil disse indikatorene avdekke de viktigste egenskaper ved begrepet *uklare roller og ansvarsforhold*, og gi oss en pekepinn på hvor vi kan søke etter relevant data. Vi har i innledningen definert oppgaven til å konsentrere seg om det militærstrategiske og operasjonelle nivået, samt den sentrale forvaltningen hos de sivile helsemyndighetene. I praksis betyr dette at vi vil komme til å undersøke grensesnittet mellom forsvarsledelsen (departementet og forsvarsstaben), Forsvarets sanitet, sanitetsseksjonen i det fellesoperative hovedkvarteret og sivile myndigheter, med tanke på helseberedskapen for krig. Uklare roller og ansvarsforhold mellom disse vil i sum påvirke det sivil-militære beredskapsarbeidet negativt (reduert kapasitet), ettersom alle aktørene har viktige roller å spille i et helhetlig evakuering- og behandlingssystem, enten det dreier seg om politikk og samordning, eller praktisk planlegging, tilrettelegging og gjennomføring.

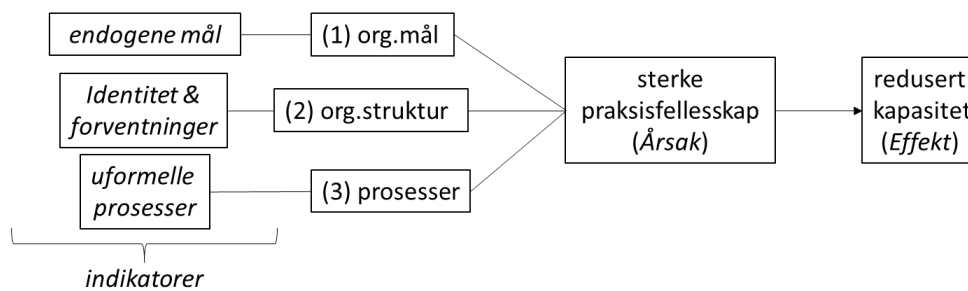
Kulturelle indikatorer

Den empiriske forventningen til det kulturelle perspektivet må ses i sammenheng med den instrumentelle forventningen om løse formelle strukturer, og er «sterke praksisfellesskap innenfor SANIF bidrar til redusert kapasitet innenfor det sivil-militære beredskapsarbeidet».



Figur 2: Årsakssammenheng mellom sterke praksisfellesskap og redusert kapasitet

Vi utleder de kulturelle indikatorene fra de samme tre hovedfaktorene som for det instrumentelle perspektivet. Dette gjenspeiler Wenger (1998) og praksisfellesskapene, som operasjonaliserer abstraksjoner fra omverdenen basert på respons fra ytre faktorer som de strukturelle rammebetingelsene, og Christensens (2021) poeng med at formelle strukturer er viktigst for å forklare variasjoner i ansattes holdninger og handlinger. Dette er vanskelig informasjon å få ved hjelp av dokumentstudier, noe som tilsier et behov for å gjennomføre intervjuer. Ved å undersøke et utvalg av praksisfellesskap i SANIF, vil vi kunne avdekke de kulturelle forholdene ved hver av de tre faktorene, og således skaffe tilveie en dypere og mer sannferdig kunnskap.



Figur 5: kulturelle indikatorer

Følgende kulturelle indikatorer er lagt til grunn: (1) endogene mål; (2) identitet og forventninger; (3) uformelle prosesser. Dersom det sivil-militære beredskapsarbeidet er preget av uklare roller og ansvarsforhold, bør det ligge en forventning om at de formelle målene er vage og overordnet. En naturlig, kulturell respons på dette vil kunne være at de ulike sanitetsstabene /sanitetsseksjonene i SANIF, med bakgrunn i en viss *stivhengighet* i organisasjonen, operasjonaliserer og utvikler såkalte endogene mål. Disse målene er rasjonelle (*lokal rasjonalitet*), men tar ikke nødvendigvis hensyn til: (1) hvilke oppgaver som formelt prioriteres; (2) det som ville vært mest effektiv og hensiktsmessig fra et mer overordnet ståsted. Det er viktig å presisere at såkalte endogene mål kan formaliseres gjennom ledelsens anerkjennelse, eller komme til uttrykk gjennom prosesser som etableres i organisasjonen. Slike valg vil mest sannsynlig gjenspeile vår andre indikator, *identitet & forventninger*. Hva organisasjonen og medlemmene opplever som viktig og riktig på ett gitt tidspunkt, henger sterkt sammen med identitet og forventninger, først og fremst for egen organisasjon, men også for organisasjonene man opplever å ha en sterk *kopling* til. Hvordan de ulike organisasjonene som utgjør SANIF definerer seg selv, og hvilke forventninger de har til seg og sine omgivelser er svært relevant da det vil ha konkrete konsekvenser for roller og ansvar, og samordning innenfor samfunnssikkerhetsaspektet. Til sist vil vi undersøke om det finnes noen *uformelle prosesser* av signifikans for beredskapsarbeidet, som eksisterer ved siden av, eller fungerer som substitutt for fravær av de formelle.

3.2 Reliabilitet

I metodekapittelet er det utledet et indikatorsett basert på organisasjonsteori for offentlig sektor. Indikatorene er basert på faktorene: *mål*, *strukturer* og *prosesser*. Prosesser er aktiviteter og atferd over tid, mens strukturer er rammene prosessene utspiller seg innenfor. Derfor kan vi si at organisasjonsstrukturen består av rolleforventninger og regler for hvem som bør eller skal gjøre hva, og hvordan. utfordringen er at de formelle normene og strukturene legger ikke nødvendigvis føringer for hvordan ting utføres, eller om de utføres slik som tiltenkt. Her er organisasjonskulturen viktig, for å

kunne belyse saken fra to sider, og få innsikt i hvordan den levende organisasjonen virker (Christensen, 2021, p. 27). Derfor har jeg i oppgaven vektlagt både et instrumentelt perspektiv, siden forskningen innenfor området er ganske klar på at det er de strukturelle rammene som ser ut til å ha størst påvirkning på hvordan organisasjonsmedlemmene handler, men også et kulturelt, for å få innsikt i hvordan det sivil- militære beredskapsarbeidet foregår, og hvilke utfordringer som kjennetegner samarbeidet. Med bakgrunn i dette har jeg valgt å benytte to innsamlingsmetoder, dokumentstudie og kvalitativt intervju, for å fange opp hvert av de to perspektivene, og ikke minst gjøre meg i stand til å besvare problemstillingen.

Innsamling av data til dokumentstudiet har primært foregått med bruk av primærkilder. Dette er offentlige dokument fra web-baserte kilder som «regjeringen.no» og ugraderte dokumenter fra Forsvaret gjennom Forsvarets regelverksportal (*FOBID*) og digitale arkiv (*Doculive*). For å finne informasjon om organisasjonsstrukturen til SANIF er kildene ledelsedokumenter som instruksjer, virksomhetsplaner og doktriner. For å få kjennskap til sivile helsemyndigheter er det offentlige dokumenter fra web-baserte kilder innenfor sentralforvaltningen (regjeringen og helsemyndighetene). For å få et bedre overblikk og skape forståelse for fenomenet samfunnsikkeret, har jeg også benyttet meg av sekundærkilder i form av fagbøker innenfor emnet. Jeg har anstrengt meg fra å benytte graderte dokumenter, da jeg ønsker at undersøkelsen skal være tilgjengelig. Der jeg har måttet bruke det, er det utelukkende dokumenter med gradering *begrenset*. Jeg har kun trukket ut det som anses å være ugradert informasjon, og omtaler det i oppgaven meget generelt. Dette er det kun et fåtall av tilfeller av. Dette er også en svakhet, ettersom bruk av både *begrensede* og *hemmelige* kilder ville kunne bidra til å nyansere og analysere dypere, spesielt innenfor oppgaver og oppdrag de ulike organisasjonene har (eksempelvis Forsvarets operative planverk, Nasjonalt beredskapssystem). Fordelene med å holde oppgaven ugradert har veid tyngst. Dette henger sammen med et paradoks og dilemma jeg har reflektert en del over under oppgaveskrivingen. Dersom kunnskap innenfor et område holdes utilgjengelig, vil det også bli vanskelig å løse problemene forbundet med det (politikk).

Nå det gjelder gjennomføring av intervjuer er respondentene valgt ut med bakgrunn i stilling og funksjon i organisasjonen. Studien konsentrerer seg om det operasjonelle og det strategiske nivået, med en vinkling fra militære planleggere, de som faktisk utfører arbeidet. Dermed har valget av respondenter mer eller mindre vært definert på forhånd. Dette henger også sammen med at den aktuelle personellkategorien begrenser seg til et få antall individer. En svakhet ved utvalget er at enkelte respondenter ikke har lang fartstid i avdelingen. Dette henger sammen med det kulturelle perspektivet. Tilfeldigvis (eller ikke, lite fagmiljø) er det slik at alle respondentene har tjenesteerfaring fra alle nivåene (taktisk, operasjonelt, strategisk), og begge organisasjonene FOH og FSAN. Dette kan både være en fordel og en ulempe. Ulempen er at man ikke nødvendigvis får belyst de sterke kulturelle sidene, med respondenter som representerer særegne kulturelle enheter, med tanke på at utvalget er

ganske så homogent (personell med lik bakgrunn). Fordelen er at man får respondenter som kan sette ting inn i perspektiv, med en helhetsoversikt som er nødvendig for å belyse et meget komplekst fenomen. Det betyr at det som beskrives som kulturelle utfordringer, stort sett er oppfatninger fra en kategori (opereativ bakgrunn, militær grunnutdanning).

Når det gjelder meg selv som «forsker» er jeg selv en del av et lite sanitetsmiljø, slik at jeg hadde god kjennskap til respondente fra før av. Jeg har også lang erfaring, fortrinnsvis fra taktisk nivå, men også FSAN. Dette har ført til at jeg har hatt gode forutsetninger til å forså og fortolke det som er sagt og forklart, i tillegg til at det har vært en tillitt tilsted. Ulempen er at jeg har måttet være nøye med å ikke legge til mine egne tanker og meninger, eller styre intervjuene på en måte som svarer til mine egne forventninger. Derfor har det vært avgjørende å utarbeide en intervjuguide som følger teorien og metoden (indikatorsettet), som minimerer min egen spontanitet og fare for å gjenspeile egne meninger i måten jeg stiller spørsmålene eller følger opp. Det betyr at jeg har lagt vekt på å forsøke å være tro mot intervjuguiden i samtlige intervjuer. Av samme årsak har jeg gjennomført en kvalitativ analyse av intervjuene (koding, kategorisering, tema) for å sikre meg at funnene taler for seg selv. Det betyr at jeg har lagt vekt på det respondentene har uttrykt som «viktig», eller mengde data som en kategori representerer, som en indikasjon på hva som respondentene opplever som viktig, og snakker mye om. En mulig feilkilde ved dette er at det man snakker om, er det man kan, kjenner til og kjenner seg fortrolig med. Resultatene av dette er funnene i undersøkelsen, som drøftingen har dreid seg rundt. Intervjuene har både bidratt til å svare på hele problemstillingen. Når det gjelder spørsmålet «hvilke utfordringer kjennetegner dette samarbeidet?», er det i hovedsak intervjuene som har talt.

Avdelingene der respondentene jobber til daglig har mottatt en formel henvendelse på e-post, med prosjektbeskrivelse, og godkjent deltakelse. Alle respondenter har fått tilsendt informasjonsskjema og skrevet under samtykkeerklæring.

Som primærkilder ble følgende respondenter valgt:

Antall respondenter:	Kortnavn i teksten:	Virksomhet/avdeling:	Dato intervju:
Respondent 1	F1	FSAN/PSO	19.04.22
Respondent 2	F2	FSAN/PSO	19.04.22
Respondent 3	F3	FOH/J10	20.04.22
Respondent 4	O1	FOH/J4	27.04.22
Respondent 5	O2	FOH/J4	27.04.22

To av intervjuene ble gjennomført som gruppeintervju (F1-F2, O1-O2). Under intervjuene ble det brukt lydopptak, og det ble understreket at studien er ugradert. I forhold til etiske overveielser, blir det vanskelig med et så litefag miljø og begrenset antall respondenter å sikre anonymitet. I allefall i det kortsiktige perspektivet. Dette er noe respondentene er klar over.

4 Hva er problemet? – Det strategiske bakteppet

Formålet med dette kapitlet er å belyse de strategiske og konseptuelle rammene som ligger til grunn og som er dimensjonerende for det militære sanitetsproblemet, som er helseberedskap for krig i Norge. Dette vil forhåpentligvis bidra til en bedre forståelse for de ulike ytre forholdene (handlingsmiljøet) som utfordrer beredskapsarbeidet fra et militært, og ikke minst SANIF-perspektiv. Dette er helt vesentlig med tanke på å skulle beskrive det sivil-militære beredskapsarbeidet og avdekke hvilke konsekvenser organiseringen i SANIF får for dette samarbeidet. Kapitlet er delt opp i fire delkapittel: (1) *Et scenario for krig*, som beskriver hvilken type krigsscenario man ser for seg på norsk jord, og hvor det mest sannsynlig vil foregå krigshandlinger; (2) *Helhetlig sanitetskonsept*, som beskriver hva et helhetlig evakuering -og behandlingssystem består av, med tanke på både militære og sivile ressurser; (3) *Helseberedskapen*, som beskriver og sammenligner hvilke utfordringer man tradisjonelt har hatt under den kalde krigen, og hvilke utfordringer og utgangspunkt man har i dag for å løse dette; og (4) *Helse -og omsorgssektoren*, som redegjør for organiseringen av de sentrale myndighetene, med roller, ansvarsforhold og prosedyrer som får innvirkning for samordning og utførelse av det sivil-militære beredskapsarbeidet.

4.1 Et scenario for krig: bastionsforsvaret

Forsvarets forskningsinstitutt (FFI) startet i 2007 å utvikle scenarioklasser, som er generiske beskrivelser av sikkerhetspolitiske utfordringer for Norge. Disse danner videre konseptuelt grunnlag for utviklingen av konkrete analysescenarier. For denne undersøkelsen er det scenarioklassene *strategisk overfall* og *begrenset angrep* (krig) som er relevant. Bakgrunnen for disse scenariene er et russisk forsvarskonsept som kalles for *Bastionsforsvaret*. Etter den russiske annekteringen av Krim-halvøya og den pågående konflikten i Ukraina (2022), har mulighetene for en væpnet konflikt mellom NATO og Russland blitt aktualisert. Norge vil kunne bli trukket inn i en konflikt, enten ved at Russland føler seg tvunget til å etablere sitt bastionsforsvar, eller indirekte dersom en konflikt bryter ut i et annet NATO-land. For å sikre sin nukleære triade og andreslagsevne, forventes det at Russland må etablere et strategisk dybdeforsvar, et såkalt *bastionsforsvar*, for sine strategiske atomubåter som har base på Kolahalvøya. De dype havområdene der de strategiske atomubåtene er tenkt å operere, kalles for *bastionen*. Bastionsforsvaret omfatter Norskehavet og strekker seg sørvestover til det som kalles for «GIUK-gapet», som er en tenkt havstrekning fra Grønland i nord, og sørover langs med Island og Storbritannia. I tillegg tror man at bastionsforsvaret vil kunne inkludere landområdene Troms og nordre del av Nordland. Landområdene Nord-Troms og Finnmark inngår i selve bastionen. Som vi ser vil Norges havområder og landterritorium kunne bli krenket, ettersom de nordligste delene av Norge

har en geostrategisk viktig posisjon med tanke på å sikre forsvaret av Russland (*Forsvarets fellesoperative doktrine*, 2019).

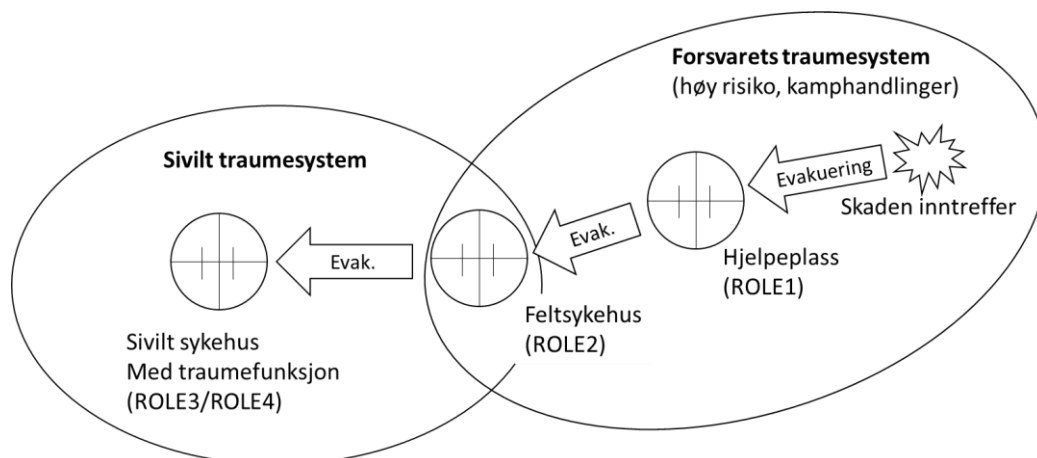


Figur 6: Det russiske bastionforsvaret, FFOD 2019

Poenget med dette, er at det gir oss et viktig utgangspunkt i å forstå det «militære sanitetsproblemet» som utfordrer helseberedskapen. Våre to nordligste fylker, spesielt Finnmark, har store strekninger med landarealer som har særdeles begrenset infrastruktur med tanke på landeveier og helse. De to sykehusene som har traumefunksjon (kirurgi), er sykehusene i Hammerfest (ROLE2) og Kirkenes (ROLE2). Begge sykehusene ligger utsatt til, da Kirkenes så å si ligger på grensen mellom Norge og Russland, mens Hammerfest ligger ytterst i havgapet med én eksponert veiakse som tilknytning til fastlandet, noe som kan medføre at bruken av disse vil være begrenset ved en Russisk landoperasjon i Finnmark. I tillegg har de samme behandlingsnivå som Forsvarets feltsykehus. Neste instans er sykehusene i Troms (ROLE3/4), som ligger 524 km unna Hammerfest (8 timer effektiv kjøring langs landeveien). Forsvaret må kunne etablere et helhetlig evakuering -og behandlingssystem i hele Norge, men den dimensjonerende oppgaven ligger i Finnmarkscenariet med tanke på hvor den konvensjonelle striden sannsynligvis vil pågå. Dette med tanke på den begrensede sivile infrastrukturen og de store avstandene; det militære traumesystemet som i hovedsak er dimensjonert for å støtte de militære avdelingene innenfor begrenset tid og rom, med begrenset medisinsk kapabilitet og kapasitet; og pasientvolumet og skadepanorama for krig.

4.2 Et helhetlig sanitetskonsept

En eventuell krig på norsk jord vil som sagt kreve en formidabel innsats og en betydelig mengde med ressurser. Både med tanke på det vi anser som mest aktuell geografi (Nord-Troms og Finnmark), men også med tanke på skadeomfanget som vil kunne oppstå på militær og sivil side. *Forsvarets traumesystem* utgjør organisasjonen som erstatter det sivile traumesystemet på grunn av sikkerhetshensyn relatert til militære operasjoner. Et *traumesystem* er en plan for hvordan syke og sårede soldater skal tas hånd om, med beskrivelser av komponenter og aktører (*Konsept for Forsvarets traumesystem i Norge*, 2021). Forsvarets traumesystem er tilpasset understøttelse av militære operasjoner, og kjennetegnes av mindre, mobile enheter. De militære sanitetsressursene har derfor klare begrensninger i forhold til kapasitet og kapabilitet, da de kun er dimensjonert for livreddende førstehjelp, evakuering ved frontlinjene og skadebegrensende kirurgi. Forsvaret må derfor koble seg på, og utnytte det sivile traumesystemet. Forsvaret er avhengig av sivile ressurser for å danne det vi kaller for en *helhetlig behandling -og evakueringssystem* (fra livreddende førstehjelp og evakuering, til endelig behandling). Dette vil være ressurser fra ulike sivile aktører. Alt fra sivil helse i form av ambulanser til evakuering, bruk av sivile sykehus og etterforsyning av materiell og blodprodukter, til bruk av kommersielle tjenester og rekvisisjoner. Samordning med det sivile traumesystemet, både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og avtaler med kommersielle aktører og leverandører, er helt nødvendig med tanke på forberedelser for de mest krevende krigsscenarioene.



figur 7: Prinsippkisse på et helhetlig evakuering -og behandlingssystem

For å gi et bilde på hva en helhetlig evakuering -og behandlingssystem vil kunne bestå av, skal vi gå gjennom en forenklet modell. Som vi ser, er evakuering -og behandlingsskjeden styrt av flere evakueringsetapper og trinnvis behandling. Jo lengre bakover man kommer, jo høyere medisinsk

ambisjon er det med tanke på behandling av pasientene. Når en skade inntreffer blir soldater hjulpet av sine medsoldater, før en sanitetsavdeling tar over og evakuerer pasienten bakover. Evakueringen går enten til en hjelpeplass (ROLE 1), eller direkte til et feltsykehus (ROLE 2). ROLE-begrepene er hentet fra NATO, som har definert ulike nivåer av behandling slik at det finnes en felles standard. ROLE1 er i prinsippet hjelpeplasser som utøver primærhelsetjenester, triagering og avansert livredning (*resuscitering*) i felt. Dersom vår soldat er alvorlig såret, vil han eller hun måtte evakueres videre til Forsvarets feltsykehusfunksjon (ROLE2) som befinner seg i de bakre områdene på stridsfeltet. ROLE2 betyr stabiliserende (skadebegrensende) kirurgi, og har som formål å holde pasienten i live lenge nok, til at pasienten kan evakueres til ROLE3 eller ROLE4 for definitiv behandling. I det norske Forsvaret har vi ikke behandlingsskapabilitet høyere enn ROLE2, noe som medfører at pasienter må overleveres til det sivile traumesystemet for å få adekvat behandling som berger liv og kroppsfunksjon. Det er kun sivile akuttsykehus med traumefunksjon i Norge som tilfredsstillere kravene til ROLE3. Det finnes per i dag 34 slike sykehus fordelt over hele landet. Når det kommer til ROLE4, innebærer dette spesialisert behandling som rekonstruktiv kirurgi og rehabilitering. I Norge er det de fire sivile traumesentrene fordelt på de fire regionale helseforetakene (RHF), som tilfredsstillere ROLE4-kravene: (1) Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø; (2) St. Olavs hospital; (3) Haukeland universitetssykehus og; (4) Oslo universitetssykehus Ullevål ("Nasjonal traumeplan," 2022). De styrende prinsippene for sanitetstjenesten og vår helhetlige evakuering -og behandlingssystem er: (1) *kliniske behov*; (2) *best mulig behandling*; (3) *kompatibilitet* i form av sømløst samvirke med andre aktører; (4) *kontinuitet* i form av en uavbrutt og relevant behandling gjennom evakueringskjeden til definitiv behandling, og (5) *tidsriktighet*, riktig kapabilitet til rett tid (*Forsvarets fellesoperative doktrine*, 2019). Når det gjelder etterforsyninger av sanitetsmateriell, legemiddel og blodprodukter, skal det dekkes av det samme systemet, men i motsatt retning. Det vil si at det er de sivile helsemyndighetene som skal sørge for å ha et system av lagerbeholdninger til å forsyne hele nasjonen i en krig, inkludert saniteten, som kun har krav til et begrenset sett med forsyninger i sin beredskap (regulert i dagsrasjoner). Ansvar for lagerbeholdning er satt til de fire regionale helseforetakene som omtales i neste delkapittel.

4.3 Helseberedskapen – gammelt nytt

Som vi nevnte innledningsvis, er sivil-militær samordning innenfor saniteten ikke noe nytt, da det tradisjonelt sett alltid har inngått i det norske totalforsvaret. Den helsemessige beredskapen ble regnet som en av totalforsvarets hovedsektorer, og arbeidet med helseberedskap innenfor fem hovedgrupper. *Institusjonsberedskapen* skulle forberede landets sykehus på å motta et stort antall syke og sårede. Tiltaket omfattet både administrative og infrastrukturmessige forberedelser, der man pekte ut og tilpasset eksisterende helse -og annen sivil infrastruktur til såkalte *beredskapssykehus* og *evakueringsykehus*. *Materiellberedskapen* forberedte nødvendig materiell til institusjonsberedskapen, i tillegg til at man etablerte egne beredskapslagre (reserver) med sykehusutstyr, legemidler, blodprodukter og råstoffer til legemiddelindustrien. Den hygieniske beredskapen skulle forebygge spredning av smittsomme sykdommer og sikre ernæringsssituasjonen, mens andre tiltak omfattet blant annet behandling og transport av skader og sykdom forårsaket ABC-våpen (atom, biologisk, kjemisk). Det siste tiltaket handlet om å sikre *personellberedskapen*. En krig ville kreve en omfattende utvidelse av landets samlede helsepersonell, samtidig som helsesektoren ville bli tappet for mobiliseringsdisponert personell til Forsvaret. Dermed måtte man ha registre over helsepersonellet, en plan som tok høyde for fordeling, og utdanning av disse for å sikre kompetanse (Sørli, 2006).

I 1947 besluttet Forsvarsstaben å legge til rette for en mer permanent organisering av helseberedskapen med opprettelsen av *Beredskapsrådet for landets helsestell*. Formålet med dette var å samle representanter fra berørte myndighetsorganer slik at planlegging og forslag til tiltak kunne utarbeides i fellesskap. Den helsemessige beredskapssektoren ble bestående av tre administrative pilarer: (1) det *sivile helsevesenet*; (2) *sivilforsvaret*; og (3) *Forsvarets sanitet*. Sivilforsvarets hovedfunksjon i totalforsvarssystemet var å begrense de menneskelige og materielle skadevirkningene av en krig. Oppgaven skulle løses av to hovedgrupper av tiltak, en forebyggende art, og en skadebøtende art. Sistnevnte bestod i organiseringen av utrykningsstyrker som blant annet skulle gi førstehjelp til skadde (ambulansetropper). For det sivile helsevesenet var det *Sosialdepartementet* ved *Helsedirektoratet* som hadde ansvaret. Den overordnede ansvarsfordelingen man landet på den gangen, var at Forsvaret skulle ha ansvaret i felt ved frontlinjene, mens sivilforsvaret hentet syke og sårede på militære hjelpeplasser, og transporterte de videre til sivile sykehus. Det eneste sivil helse skulle transportere av syke og sårede soldater, var i så fall mellom egne institusjoner. En annen ting som er verdt å merke seg var kontinuiteten i beredskapsrådet som møttes svært hyppig, annenhver uke eller oftere, for å ivareta samordning. Under ledelsen av det som beskrives som en meget engasjert helsedirektør, var målsettingen en samlet, koordinert helseberedskap som kunne understøtte forsvarskampen (Sørli, 2006).

Poenget med et tilbakeblikk på helseberedskapen i det gamle totalforsvaret, er ikke bare for historiens skyld, med fordi det gir et godt bilde på hvilke utfordringer man tradisjonelt har hatt. Dessuten bidrar det med et sammenligningsgrunnlag for hvilke roller de ulike organisasjonene innenfor helseberedskapen var tiltenkt. Med tanke på dagens utfordringer, er det i bunn og grunn de samme problemområdene som under den kalde krigen: (1) *fordeling av helsepersonell*; (2) *beredskapslagre*; (3) *etterforsyning av medisinsk forbruk, legemidler og blodforsyninger*; (4) *behov for sivilt materiell og infrastruktur til transport og behandling*; og (6) *økonomi og ressurser* (F3, O1, O2). Den største utfordringen er ikke nødvendigvis å identifisere hva som må til, men roller og ansvarsforhold innenfor helseberedskapen og traumesystemet i krig, hvem gjør hva, hvor?

4.4 Helse -og omsorgssektoren

Helse -og omsorgsdepartementet

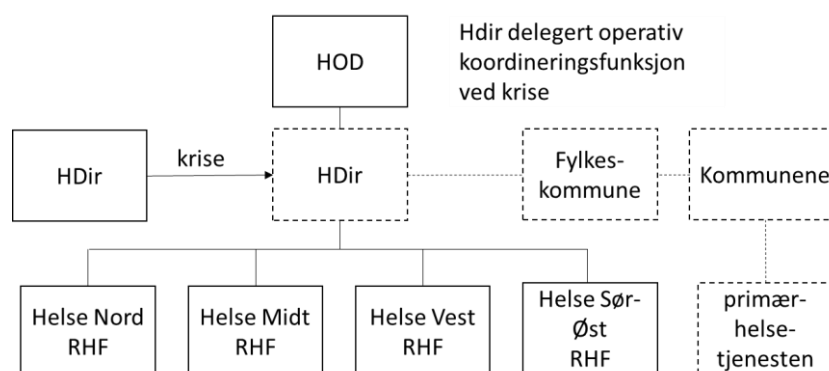
Det er Helse -og omsorgsdepartementet (HOD) som har det nasjonale ansvaret for helseberedskapen. I det daglige forvalter HOD ansvaret med å regulere kommunale, statlige og private virksomheter, og driver virksomhetsstyring av spesialisthelsetjenestene i landet. Spesialisthelsetjenesten er organisert i fire statlig eide regionale helseforetak (RHF), direkte underlagt HOD, som skal sikre befolkningen tilgang på spesialisthelsetjenester for hver sin region (*helse nord, midt, vest og sør-øst*). I militær sammenheng representerer spesialisthelsetjenestene ytelsesnivåene som tilsvarer ROLE2-4. Slik at samordning med disse er vesentlig for Forsvaret med tanke på beredskap og et helhetlig evakuering - og behandlingskonsept i krig.

Regionale helseforetak

De fire regionale foretakene eier alle sykehus som tilbyr spesialhelsetjenester, akuttmedisinsk beredskap (ambulansetjenesten) og akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK, nødnummer). De har også felleseide virksomheter som sykehusinnkjøp, driftsorganisasjon, nødnett, luftambulansetjenesten og øvrige avtaler med private aktører. De regionale helseforetakene plikter, i henhold til helseberedskapsloven, å utarbeide beredskapsplaner for tjenestene og områdene de har ansvar for. I den nasjonale beredskapsplanen legges det vekt på planer for innsatsfaktorer og kritisk infrastruktur som trengs for å yte tjenester i det daglige og når kriser oppstår. I tillegg står det at det enkelte regionale helseforetak skal sikre tilgangen på legemiddel og ha nødvendige lager som dekker normalforbruket og beredskap i tilfellet forsyningssvikt oppstår (*Nasjonal helseberedskapsplan 2018*). Hver av de fire RHF har sine egne *regionale beredskapsplaner*, og et regionalt beredskapsutvalg som skal sørge for samordning og utvikling av planverket.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet etter delegasjon fra HOD, er et fag -og myndighetsorgan, som gir råd, iverksetter politiske vedtak og forvalter regelverk. Når en krisesituasjon truer eller har oppstått, og dersom situasjonen krever det, vil HOD kunne gjøre vedtak om å delegere den operative koordineringsfunksjonen til direktoratet. Dette innebærer å lede den nasjonale koordineringen av helse -og omsorgssektorens innsats, og iverksette nødvendige tiltak, samt koordinere opp imot andre virksomheter i sektoren. Det er viktig å legge merke til at direktoratet ved en krise, også vil ha en koordinerende rolle overfor primærhelsetjenestene (fastlege, legevakt, sykehjem m.m.), som i fredstid ligger organisert under kommunene (Bjelland, 2021). Helsedirektoratet skal også koordinere forsyningssikkerhet for legemidler i samarbeid med ansvarlige parter. I tillegg leder direktoratet en rekke råd og komitéer, deriblant *helseberedskapsrådet* (tidligere beredskapsrådet for landets helsestell).



Figur 8: organisering av sentral krisehåndtering innenfor helse ved nasjonale kriser

Helseberedskapsrådet

Helseberedskapsrådet har som formål å bidra til at sivil og militær sektor blir bedre i stand til å løse helseoppgaver knyttet til planlegging og samhandling under kriser i fred, væpnet konflikt og krig. Rådet skal sikre effektiv utnyttelse av helseberedskapsressursene gjennom samvirke med Forsvaret og helsetjenestene. Et viktig poeng er at rådet kun er rådgivende, uten en operativ funksjon eller myndighet til å pålegge eller finansiere tiltak hos medlemmer av rådet. Det er helsedirektøren som leder rådet, med sjef for Forsvarets sanitet som nestleder. Andre medlemmer av rådet er Folkehelseinstituttet, Statens strålevern, Forsvarets logistikkorganisasjon, Forsvarets operative

hovedkvarter og representanter fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (J.-o. b. Forsvarsdepartementet, 2018).

I mandatet til rådet er det beskrevet et behov om: (1) å sette sivil og militær side i stand til å løse viktige oppgaver knyttet til sivil-militære planlegging og samhandling under kriser i fred og krig; (2) effektiv utnytte ressurser innen helseberedskapen; og (3) nært samarbeid mellom Forsvaret og helsevesenet for å løse dette. Oppgavene består blant annet av: (1) være et forum på direktoratsnivå for samordning av helseberedskap for kriser i fred og krig; (2) identifisere forbedringspunkter [...] for å styrke beredskapen [...] det skal legges vekt på spørsmål som gjelder ansvarsforhold og samhandling i grenseflaten mellom ulike fagmyndigheter; og (4) gjennomføre utredninger av bestemte saker mht. helseberedskap for fred og krig, etter anmodning fra HOD og FD. De faste medlemmene er direktøren i HDir (leder), sjef FSAN (nestleder), direktør nasjonalt Folkeinstitutt, direktør statens strålevern, sjef Forsvarets logistikkorganisasjon, sjef FOH og representant fra DSB ("Helseberedskapsrådets mandat," 2022).

Helseberedskapsloven

Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) skal verne befolkningens liv og helse, og sikre nødvendig helsehjelp i krig, kriser og katastrofer i fredstid. For å ivareta lovens formål, skal virksomheter som omfattes av lovverket kunne fortsette og om nødvendig, legge om driften under krig og kriser. Dette skal skje ved hjelp av oppdaterte planverk og regelmessige øvelser. Loven gjelder for en rekke aktører, alt fra offentlige til private helseforetak, mattilsynet, offentlige og private laboratorier, vannverk og apotek og grossister innenfor legemiddelindustrien. Loven gjelder også for alt personell som er involvert i overnevnte virksomheter. Denne loven henviser også til *ansvarsprinsippet* i den sentrale statsforvaltningen, som sier at den som har ansvaret for en tjeneste, også har ansvaret for beredskapsforberedelser, finansiering og selve utførelsen av det under krise eller krig. Videre står det i loven at kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten plikter å utarbeide beredskapsplaner for helse, omsorg -og sosialtjenester de er ansvarlige for ("Lov om helsemessig og sosial beredskap," 2022).

Nasjonal helseberedskapsplan

Med bakgrunn i helseberedskapsloven har HOD utarbeidet en *nasjonal helseberedskapsplan* som fungerer som et overordnet rammeverk for «forebygging og håndtering av alle typer kriser og katastrofer». Planen beskriver plangrunnlag, aktørene, roller, ansvar og oppgaver, i tillegg til en beskrivelse av tilgjengelige ressurser. Det er denne planen de ulike aktørene som er omfattet av helseberedskapsloven skal ta utgangspunkt i, når de utvikler sine egne beredskapsplaner. Om beredskap står det at alle virksomheter forventes å ha beredskapsplaner som gjør dem i stand til å yte nødvendige tjenester ved: (1) interne og eksterne hendelser som vesentlig reduserer virksomhetens

evne til å yte varer og tjenester, som svikt i kritiske innsatsfaktorer; og (2) eksterne hendelser som vil innebære en ekstraordinær belastning på virksomheten, som kan kreve en omstilling av den ordinære driften for å øke kapasiteten, som for eksempel masseskade eller pandemi. I planen står det at sivil-militært samarbeid blant annet koordineres i helseberedskapsrådet, og at relevante avdelinger i dette samarbeidet er Forsvarsstaben, Forsvarets operative hovedkvarter, Forsvarets sanitet og Forsvarets logistikkorganisasjon. I tillegg er det et kapittel som beskriver spesialiserte beredskapsplaner og systemer. Her er *Nasjonalt beredskapssystem* (NBS) nevnt, som består av *sivilt beredskapssystem* (SBS) og *beredskapssystem for forsvarssektoren* (BFF). Dette beredskapssystemet baserer seg på NATOs krisehåndteringssystem, som tar for seg hele krisespekteret inkludert krig, og består av en rekke tiltakskort innenfor ulike sektorer, fag og funksjonsområder, som kan iverksettes på ulike nivå. Et eksempel på hva disse tiltakene kan være er «gjennomfør nødvendige tiltak for å øke behandling - og evakueringskapasiteten». Tiltakskortene definerer også hvem som er eier av tiltaket, og hva de ulike aktørene som reguleres innenfor tiltaket skal løse. Bortsett fra dette, er ikke beredskap for krig beskrevet videre i den nasjonale helseberedskapsplanen.

Det må også nevnes at vi i Norge en *nasjonal traumeplan*, etter vedtak (2007) fra de fire fagdirektørene i de regionale foretakene. Denne planen er en ressurs som har til hensikt å samordne og organisere landets tilgjengelige traumeressurser til ett felles traumesystem i Norge. Formålet med dette er å øke den totale kompetansen innenfor traumebehandling, effektiv utnyttelse av landets ressurser og sikre best mulige vilkår for pasientene ("Nasjonalt traumeplan," 2022).

5 Saniteten i Forsvaret

I dette kapittelet redegjør vi for organiseringen av SANIF på operasjonelt og strategisk nivå. I tillegg tar vi for oss styreformen på det militærstrategiske nivået som styres av forsvarssjefen med sin stab. Årsaken til dette er at det har påvirkning for SANIF og samordning av det sivil-militære beredskapsarbeidet. Sammen med kapittel 4, utgjør dette grunnlaget for analysen som skal svare på problemstillingen. I kapittelet går vi systematisk gjennom de ulike kommandonivåene, og beskriver hvordan sanitesorganisasjonen er gjennom faktorene: (1) mål; (2) struktur; og (3) prosesser. Senere i analysedelen, ser vi samlet på SANIF, og de ytre forholdene som påvirker sanintetsorgainsasjonen, for å beskrive det sivil-militære beredskapsarbeidet og hvilke utfordringer som kjennetegner samarbeidet.

5.1 Kommandonivåene

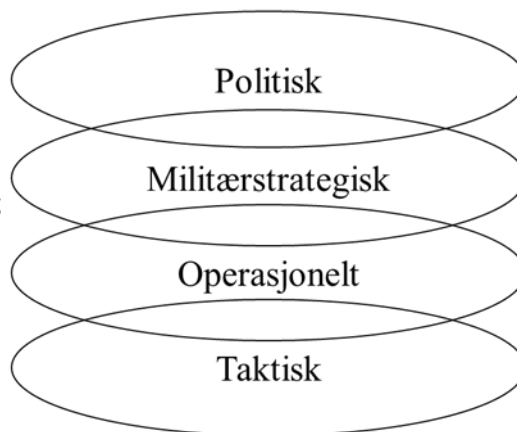
Før vi starter med å se på de ulike organisasjonsstrukturene i SANIF skal vi kort redegjøre for de ulike kommandonivåene, og hva disse innebærer. Å forstå kommandonivåene er viktig med tanke på hvor de ulike organisasjonene hører hjemme i hierarkiet, hvordan roller og ansvar er fordelt mellom dem, og hvilke relevante koplinger som finnes med tanke på samordning innenfor egen og andre sektorer. Figur 9 viser de ulike kommandonivåene med roller, funksjoner og grensesnitt:

Politisk: omsette politikken til politiske målsettinger og slutttilstanden.

Militærstrategisk: omsette politiske føringer til militærstrategiske målsettinger og slutttilstanden.

Operasjonelt: operasjoner for å realisere militærstrategiske målsettinger og slutttilstanden.

Taktisk: taktiske aktiviteter for å løse gitte oppdrag



Figur 9: kommandonivåene i Forsvaret (FFOD 2019)

Hensikten med kommandokjeden er å sørge for at politiske ambisjoner og vedtak blir omsatt, enten det er innenfor administrasjon og virksomhetsstyring («*styringslinjen*»), eller militære operasjoner («*operative linjen*»). Hvert enkelt nivå har sine egne roller og funksjoner, med tilhørende prosesser, som skal sørge for at politikken blir realisert. Kommandonivåene har til hensikt å overlapse med hverandre gjennom tett dialog og integrerte prosesser. Gjennom den politisk-strategiske dialogen

utvikles strategiske mål som formidles som strategiske direktiv eller planer. Det er det operasjonelle nivået som skal omsette disse strategiske målene til taktiske handlinger gjennom en operasjonsplan med oppdrag til de taktiske styrkesjefene. Samhandlingen mellom nivåene er dynamiske og går begge veier. I tillegg foregår det samhandling med sideordnede etater innenfor og utenfor (sivile) egen sektor (*Forsvarets fellesoperative doktrine*, 2019, p. 12).

På *politisk nivå* finner vi forsvarsdepartementet. Forsvarsdepartementet er et regjeringskontor og forsvarsministerens sekretariat, og skal bidra til å utforme Norges sikkerhets -og forsvarspolitik. Departementet har det administrative og budsjettmessige ansvaret for forsvarsetaten, og fastsetter mål og resultatkrav, og tildeler midler på bakgrunn av vedtatt politikk. Sammen med forsvarsstaben, utgjør departementet det som kalles for *integrert strategisk ledelse*, som er overlappingen mellom politisk og militærstrategisk nivå, for å sikre en enhetlig styring innenfor forsvarssektoren. Det som er viktig å bemerke seg, er at departementet som har ansvar for en sektor til daglig, har også ansvaret for beredskapsplanlegging og tiltak i en krise (*ansvarsprinsippet*). Dette prinsippet gjelder også for sikkerhetspolitiske kriser og krig (J.-o. b. Forsvarsdepartementet, 2018, p. 68). Dermed kan vi trekke en viktig slutning, om at Forsvarsdepartementet spiller en sentral rolle med tanke på tverrsektoriell samordning med øvrige sektorer, herunder *Helse -og omsorgsdepartementet* (HOD), som har et tilsvarende ansvar for helseberedskapen.

5.2 Forsvarsstaben, militærstrategisk nivå

Organisasjonsmål

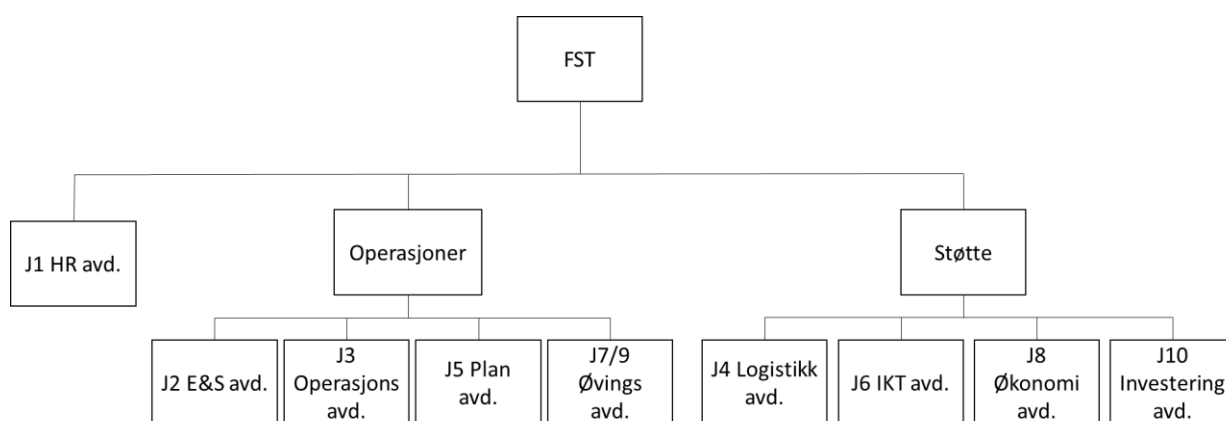
Det spesielt én formell oppgave som er tillagt forsvarssjefen jeg ønsker å trekke frem, som har en direkte tilknytning til vår problemstilling. I *forsvarssjefens reviderte instruks* oppgave 3 (III), står det at forsvarssjefen er ansvarlig for at det militære forsvaret av landet er planlagt og forberedt. At han er ansvarlig for beredskaps -og mobiliseringsforberedelser i forsvaret og skal følge med i den tilsvarende virksomheten i sivile organer. Han skal også medvirke til at militære og sivile planer samordnes og at de på best måte bidrar til landets totale forsvar (*Instruks for Forsvaret*, 2020).

Forsvarssjefens plan understreker viktigheten av et velfungerende totalforsvar for å ivareta Forsvarets operative evne. Vurderingen er at Forsvaret er godt forberedt på å støtte sivilsamfunnet i kriser, men at det samtidig gjenstår noe arbeid med å definere Forsvarets behov fra delene av totalforsvaret i en sikkerhetspolitisk krise og krig. Videre presiseres viktigheten med at Forsvarets mål står i samsvar med de strategiske målsettingene gitt av Forsvarsdepartementet gjennom Langtidsplan for forsvarssektoren 2021-2024 og iverksettelsesbrev. Beredskap og evne til operasjoner i krise og krig er

tydelig prioritert, der det legges vekt på videreutvikling av totalforsvaret, men uten at det spesifiseres videre.

Organisasjonsstruktur

På *det militær-strategiske nivået* finner vi forsvarsstaben (FST). Forsvarsstaben er Forsvarets etatsledelse, og støtter forsvarssjefen i daglig drift og utvikling av Forsvaret. I forhold til integrert strategisk ledelse har forsvarssjefen to funksjoner: (1) han/hun er regjeringens øverste fagmilitære rådgiver og etatsjef for Forsvaret; (2) han/hun er militærfaglig rådgiver i Forsvarsdepartementet og er en permanent del av departementets ledelse (*Instruks for Forsvaret, 2020*). Figuren under viser stabens organisering.



Figur 10: Organisasjonskart Forsvarsstaben (*Forsvarets intranett, 2022*)

Forsvarsstaben skal gi forsvarssjefen hjelp i drift og utvikling av Forsvaret. Stabens funksjonsområder er: (1) *beslutningsstøtte* for å skape best mulig beslutningsgrunnlag for aktuelle tiltak; (2) *iverksetting av tiltak* som innebærer å realisere beslutninger tatt av politikere og forsvarsledelse; (3) *kontrollstøtte* som innebærer å følge opp tiltak som er iverksatt for å kontrollere om mål nås.

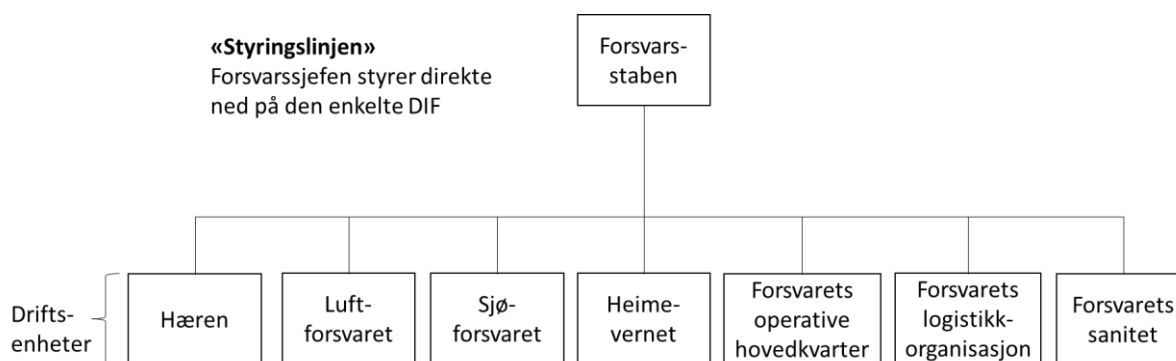
I stående ordre for forsvarsstaben står det at sjef J4 er ansvarlig for styring og utvikling av logistikk - og sanitetsområdet. Oppgaven i ordren er kort og godt «følg opp sanitetsvirksomheten» (*Stående ordre for Forsvarsstaben, 2021*). Det som er verdt å merke seg, er at det i forsvarsstaben tidligere, ikke har eksistert en egen sanitetsfunksjon (F1). Dette er meget interessant med tanke på sanitet som politikkområde. Fravær av en slik funksjon, med høy grad av spesialisering, gjør det vanskelig å se for seg hvordan «politikkområdet sanitet» følges opp. Spesielt i forhold til forsvarssjefens oppgave 3 (III). At sanitet ikke er en del av strukturen kan ha en sammenheng med FSAN, og oppgavene og rollen sjef FSAN historisk sett har hatt opp imot forsvarsstaben. Fra og med i år (2022) har FSAN fått en fast

liaisonstilling i forsvarsstaben. I instruksen står det at hovedoppgavene blant annet er å: (1) være sjef FSAN representant i forsvarsstaben; (2) delta i strategiske plan -og gjennomføringsprosesser; (3) støtt strategiske -og operative plan og gjennomføringsprosesser i FSAN.

Prosesser strategisk nivå

Virksomhetsstyringen i Forsvaret reguleres i et direktiv utgitt av forsvarssjefen (*Direktiv for virksomhetsstyring*, 2018). Formålet med dette direktivet er å klargjøre roller, ansvar og myndighet, og stille krav til hvordan styring av Forsvaret skal utføres gjennom mål -og resultatstyring.

Virksomhetsstyringen i Forsvaret skal sikre at daglige aktiviteter gjennomføres for å nå definerte mål med effektiv utnyttelse av ressursene. Styringen skjer i *kommandolinjen* fra sjef til sjef (figur 10, figuren er ikke uttømmende i forhold til DIF). Kommandolinjen blir i Forsvaret ofte omtalt som «*styringslinjen*», for å skille den fra den *operasjonelle kommandolinjen* som vi skal komme tilbake til når vi dekker det operasjonelle nivået.



Figur 11: «styringslinjen» mellom forsvarssjef og DIF

Videre står det i direktivet at alle sjefer med selvstendige mål -og resultatansvar skal løse oppdrag eller nå mål, gitt av foresatt. Disse oppdragene blant annet regulert i *instruks til forsvarssjefens undergitte*, og gjennom en styringsdialog som gir grunnlaget for *sjefens plan*, som vi skal gå gjennom for hver av sanitetsorganisasjonene vi skal undersøke. I instruksen står det at sjefer med mål -og resultatansvar skal fastsette mål -og resultatkrav for egen organisasjon innenfor rammer gitt av foresatt. I tillegg er det verdt å nevne at de undergitte sjefene har fullmakt til å opprette, endre og legge ned stillinger, samt forhandle organisasjonsendringer. Dette betyr at de i stor grad også kan påvirke egen organisasjon ved å regulere organisasjonsstrukturen gjennom omorganiseringsprosesser (*Instruks til forsvarssjefens undergitte sjefer*, 2022). Styringsprinsippene i Forsvarets modell, herunder tydeliggjøring og delegering av ansvar og myndighet, samsvarer med moderne styringsteori og hvordan staten ønsker å styre offentlig sektor. Sjefene får med dette et selvstendig og helhetlig ansvar for å løse oppdrag med mål og resultatkrav, og skal gjennom sin myndighet selv avgjøre hvordan oppdraget løses i egen

avdeling og Forsvaret som helhet (Johansen, 2019). Styringskonseptet legger opp til tillit og myndighet, men vil også kunne virke kompliserende for en helhetlig styring av Forsvaret, ettersom man ender opp med mange selvstendige sjefer, med høy grad av råderett innenfor egen organisasjon og krigføringsdomene.

Sentralt totalforsvarsforum er et forum på direktoratsnivå. Forumets formål er å tilrettelegge for gjensidig orientering, samordning og overordnet koordinering av totalforsvarsrelaterte problemstillinger knyttet til det sivil-militære samarbeidet. Forumet skal fremme samarbeid mellom militære og sivile myndigheter med tanke på beredskapsplanlegging og samhandling innenfor hele krisespekteret. Forumet drøfter saker innenfor medlemmenes ansvars -og myndighetsområder, der medlemmene selv skal ta initiativ til å sette saker på dagsorden og drøfte hvordan de bør løses. Det som er viktig å være klar over er at forumet ikke utgjør noen erstatning for den ordinære linjeorganisasjonen (styringslinjene), og at prinsippene i sentral forvaltningen, *prinsippet om ansvar*, er gjeldende. Slik at det er de enkelte medlemmene selv, som vurderer hvilke forslag og innspill de ønsker å ta høyde for, og eventuelt iverksetter i egen organisasjon. Derfor er det også slik at tilrådninger som får økonomiske konsekvenser må tas høyde for i de ordinære budsjettprosessene innenfor den respektive organisasjons virksomhetsstyring. Forumet har altså ingen formell beslutningsmyndighet på vegne av dets medlemmer, og har heller ingen operativ funksjon i krise eller krig. Per i dag er det 29 medlemmer, hvor ledelsen av forumet alternerer (annethvert år) mellom *direktøren for samfunnsikkerhet og beredskap* og *forsvarssjefen*. Forumet møtes ved behov, eller som et minimum to ganger i året (Forsvarsdepartementet, 2021). Noen eksempler på de 29 faste medlemmene som er av betydning for vår undersøkelse er: forsvarssjefen, sjef operasjoner i Forsvarsstaben, sjef Forsvarets operative hovedkvarter, sjef Forsvarets sanitet, sjef Forsvarets logistikkorganisasjon og direktøren for Helsedirektoratet.

5.3 Forsvarets sanitet

FSAN ble opprettet i London 20. august 1941, under den andre verdenskrig. Hensikten med å opprette et felles sanitetsvesen var at mange av de faglige oppgavene og problemene var felles for alle forsvarsgrenene. Med en fellessanitet håpte man å oppnå større grad av samordning ved å sentralisere. Sanitetssjefen (sjef FSAN) var først direkte underlagt Forsvarsdepartementet, og ble etter hvert organisert under Forsvarets overkommando, det som i dag tilsvare Forsvarsstaben.

Organisasjonsmål

De formelle organisasjonsmålene finner vi først og fremst i *instruksen til forsvarssjefens undergitte og i forsvarssjefens plan*. I instruks til forsvarssjefens undergitte sjef (2022) står det at sjef FSAN skal:

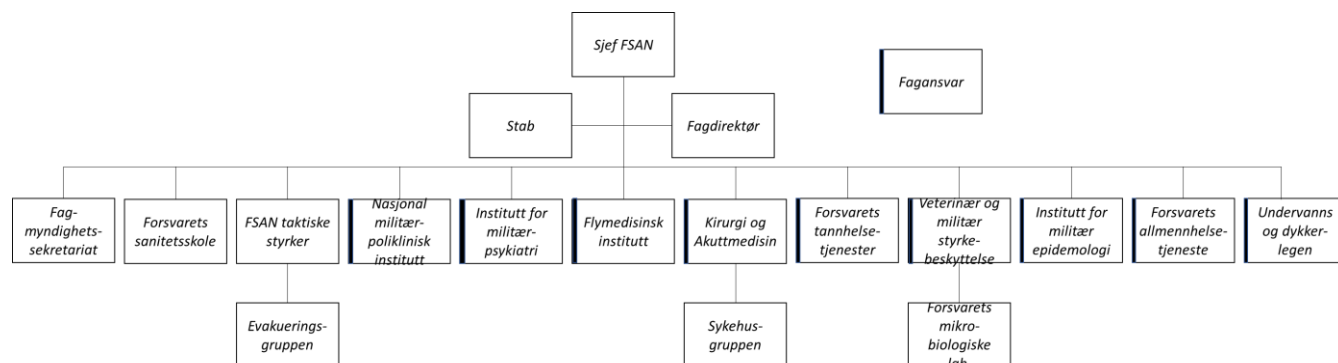
(1) levere sanitets -og veterinærtjenester; (2) styrkeprodusere militærmedisinske spesialist -og forsterkende sanitetskapabiliteter for understøttelse av taktiske styrkesjefers interne sanitet; (3) disponere vernepliktig personell; (4) koordinere for samvirke mellom Forsvaret og den sivile helse -og veterinærtjenesten innen all militær sanitets -og veterinærvirksomhet; (5) delta i den nasjonale faggruppen for beredskap mot masseødeleggelsesmidler; (6) være fagmyndighet innen sanitets -og veterinærvirksomhet samt militærpsykologi; (7) være fagansvarlig biologisk vern. I forsvarssjefens plan vektlegges en bærekraftig styrkestruktur med tilgang til fagspesialister, samt videreutvikling av en koordinert sivil-militær plan som forbereder sykehus til å understøtte Forsvaret i krise og krig. Selve fagmyndighetsrollen innebærer å være faglig rådgiver innenfor all sanitet -og veterinærvirksomhet i Forsvaret, som betyr å fastsette faglige krav og rammer, samt utøve en kontrollfunksjon i Forsvaret som har myndighet til å gi pålegg ved eventuelle avvik fra fastsatte bestemmelser.

I *sjefens plan (Sjef FSAN plan 2021-2032, 2021)* er både styrkestruktur og planer for sivil-militært samvirke prioritert. FSAN skal utvikle fagmyndighetsansvaret og beslutningsstøtte-funksjonen opp imot operasjonelt og strategisk nivå, i tillegg til å utvikle de operative leveransene og den taktiske styrkestrukturen. Som vi ser svarer planen til instruksen (over), men på grunn av planens gradering (*begrenset*) vil vi ikke gå nærmere inn på detaljene i selve planen.

Organisasjonsstruktur

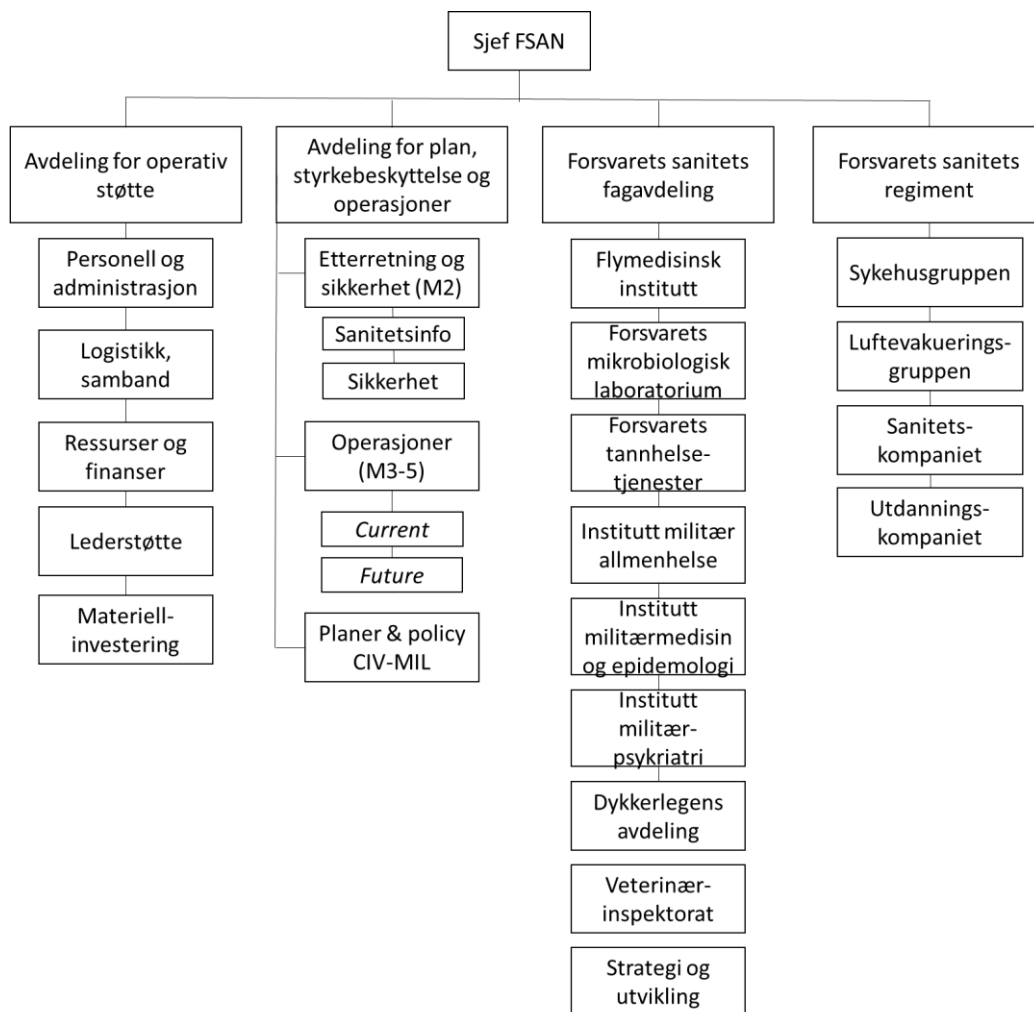
Fra å være en fagstab underlagt forsvarssjefen, ble fellessaniteten på 2000-tallet «snudd på hodet». Forsvarets sanitet ble mer rettet mot operative leveranser, og konsentrerte seg nå om kurs og kompetanse, og styrkeproduksjon til nasjonal beredskap og internasjonale operasjoner. Det er også verdt å nevne at på 1990-tallet la man ned de store lagerstrukturene (sanitetsmagasinene) som FSAN hadde ansvaret for, og gikk over til kommersielle avtaler via det sivile helsevesenet (Melien, 2016). I 2015 gjennomførte FSAN en organisasjonsutvikling som hadde som formål å øke leveranse-

dimensjonen. Dette førte til en flat organisasjon der fagavdelingene med sine respektive fagsjefer ble organisert direkte under sanitetssjefen (Melien, 2016).



Figur 12: FSAN struktur 2016 – 2019

FSAN fikk ny struktur i 2020. Fagavdelingene er blitt samlet under én administrasjon, og det er langt færre kontaktpunkter mellom sjef FSAN og organisasjonen, som har til hensikt å skape en mer enhetlig ledelse og styring. Den nye strukturen er fortsatt under utvikling når det gjelder å tilpasse seg de nye prioriteringene på strategisk nivå. Det er også en vei å gå i forhold til roller og ansvarsforhold, noe som skyldes strukturelle forutsetninger som antall årsverk innenfor de ulike funksjonsområdene, og ikke minst kompetanse (F1).



Figur 13: Organisasjonskart FSAN (Forsvarets intranett, 2022)

Prosesser i FSAN

En av de mest sentrale formelle prosessene som FSAN er delaktig i, er helseberedskapsrådet der sjef FSAN er nestleder. Rådet er dekket i tidligere kapittel, slik at vi heller vil konsentrere oss om det som per i dag anses som en uformell, men viktig ny oppstartet prosess i FSAN.

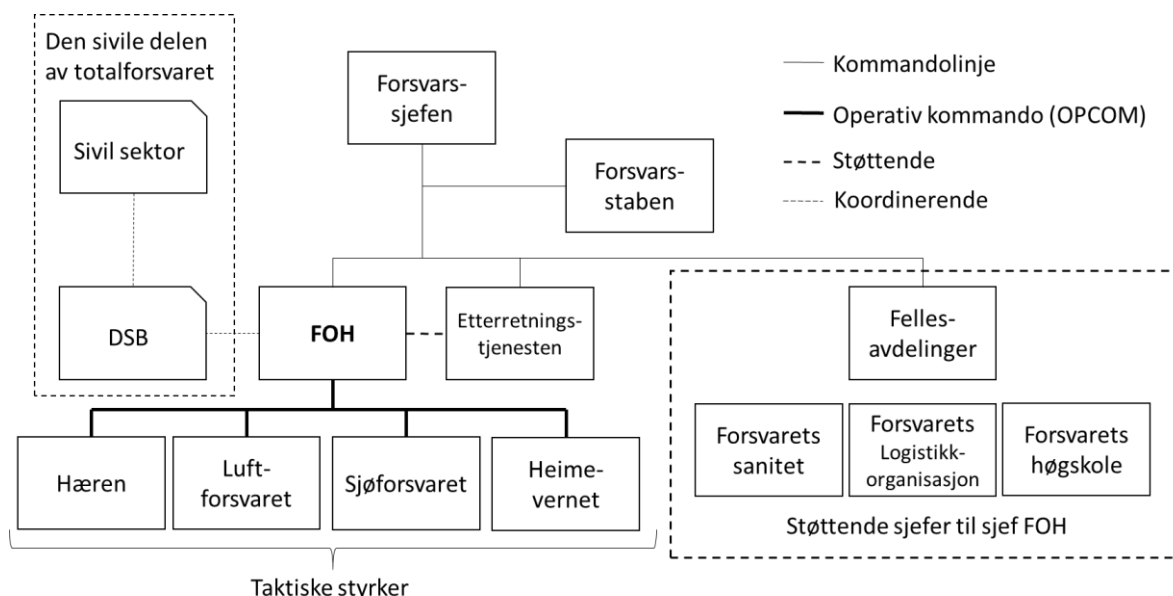
For at prosessene på strategisk nivå skal bli mer systematiske og effektive, deriblant helseberedskapsrådet, har man i FSAN opprettet en egen arbeidsgruppe for saniteten i totalforsvaret. Initiativet kom fra planleggernivået hvor man over i lengre tid har sett behovet for en arbeidsgruppe som kan saksbehandle mellom møtene, og sørge for en viss kontinuitet og ikke minst effekt. Hensikten med arbeidsgruppen er å føre ledelsen, og de ulike prosessene på operasjonelt og strategisk nivå, og i så måte revitalisere viktige fora som helseberedskapsrådet, strategisk sanitetsråd (faglig råd internt for saniteten) og sentralt totalforsvarsforum. På denne måten håper man på å kunne skape en felles situasjonsforståelse, koordinere planverk og utvikle beredskapsarbeidet for krig mer effektivt enn det som har vært tilfelle. Dette vil være et meget viktig tiltak med tanke på å komme et skritt videre i den sivil-militære koordineringen og et system som er bedre forberedt på å understøtte en krig (F1, F2).

5.4 Operasjonelt nivå, FOH og J4 Sanitet

Forsvarets operative hovedkvarter (FOH) ble opprettet i 2009. Opprettelsen var et resultat av en sammenslåing av Fellesoperativt hovedkvarter (FOHK) og Landsdelskommando Nord-Norge (LDKN). Hensikten med dette var ønsket om ett samlet hovedkvarter med sentralisert ledelse, som skulle være det koordinerende leddet for all norsk, militæroperativ virksomhet ("Introduksjon til FOH," 2022). FOH utgjør det utøvende kommandonivået mellom det militærstrategiske og taktiske. Oppgaven til det *operasjonelle nivået* er å omsette strategiske mål og ambisjoner, gitt av det militærstrategiske nivået, til taktiske handlinger, for så å styre taktiske operasjoner og aktiviteter på en måte som best bidrar til å realisere de strategiske målene (Andersen, 2016, p. 39). Dette gjøres med en samordnet bruk av Forsvarets ulike innsatsmidler innenfor alle krigføringsdomener, der den taktiske innsatsen (ledet av de taktiske sjefene) koordineres og prioriteres mot definerte delmål i tid og rom. Denne aktiviteten betegnes som *fellesoperasjoner* (*Forsvarets fellesoperative doktrine*, 2019).

I 2017 fikk sjef FOH operativ kommandomyndighet (*OPCOM*) over de taktiske styrkesjefene. Dette betyr at forsvarssjefen har gitt sjef FOH myndighet til å tildele oppdrag eller oppgaver til de underordnede taktiske sjefene, herunder deployere enheter, omgruppere, og anvende de til formål innenfor de militærstrategiske rammene uten å konsultere med overordnet myndighet. I praksis betyr det at det operasjonelle nivået bruker hele den norske styrkestrukturen til å løse operasjoner i Norge og i utlandet. Styrken som ledes av sjef FOH har fått benevnelsen *Norwegian Joint Task Force* (NJTF).

Dette har fått stor betydning for Forsvaret og Norges evne til å planlegge og gjennomføre fellesoperasjoner, noe som styrker beredskapsarbeidet for fremtidige kriser og krig (*Kampkraft og bærekraft - Iverksettelsesbrev til forsvarssektoren, 2016*).



Figur 14: Kommando -og kontrollstrukturen, FOH operativ kommando over taktisk nivå

I hovedkvarteret har man også faste liaisoner fra sivil sektor, blant annet fra direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), mattilsynet og HDir. Koplingen inn til DSB er viktig for det sivil-militære samarbeidet, da DSB i fred, krise og krig har en koordinerende rolle innenfor samfunnssikkerheten i sivil sektor (delegert av Justis og beredskapsdepartementet), akkurat som HDir innenfor helseberedskapsrådet. Sjef FOH har også fast plass i helseberedskapsrådet.

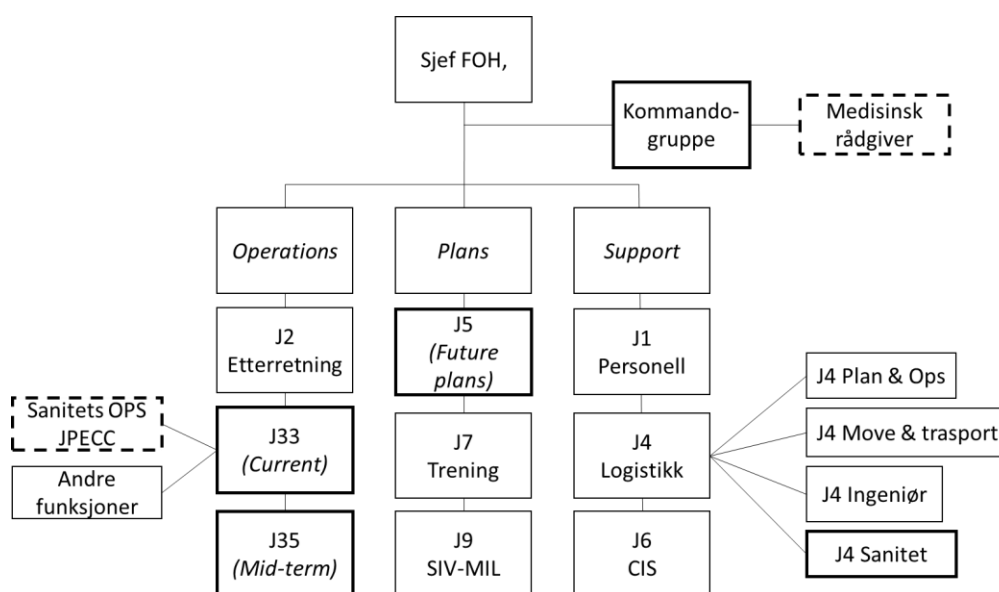
Organisasjonsmål

I instruks til forsvarssjefens undergitte (2022) står det at sjef FOH skal: (1) planlegge og lede militære operasjoner innenfor rammen av det militærstrategiske planverket *Artic Guard*; (2) utarbeide operative behov for alle norske styrker og operative kapasiteter; og (3) planlegge, koordinere vertlandsstøtte. I tillegg er en av de viktige prioriteringene å videreutvikle Forsvarets evne til å gjennomføre fellesoperasjoner gjennom å styrke de fellesoperative prosessene, og prioritere operative behov (*Forsvarssjefens plan 2020-2031, 2020*). Selv om beredskapsplanlegging for krig ikke er nevnt eksplisitt, ligger oppgaver forbundet med dette implisitt i forsvarssjefens instruks oppgave 1, som er å planlegge og lede operasjoner innenfor det strategiske planverket.

Sanitetsseksjonen på det operasjonelle nivået (J4 sanitet) skal på vegne av sjef FOH, sørge for å planlegge og lede en koordinert, felles sanitetsinnsats innenfor alle fem sanitetssystemene, for å understøtte de militære fellesoperasjonene. De formelle organisasjonsmålene kommer først og fremst til uttrykk gjennom den daglige virksomheten, der man planlegger og leder operasjoner, samt driver kontinuerlig utvikling og årlige revisjoner av beredskapsplanene (O1, O2).

Organisasjonsstruktur

Organisasjonsstrukturen til FOH er etter NATOs modell for fellesoperative hovedkvarter (Andersen, 2016, p. 49). Sjef FOH har en egen stab i form av det som kalles for kommandogruppen, som blant annet består av en stabssjef og ulike rådgivere innenfor juridisk, kommunikasjon og sanitet m.m. Hovedkvarteret er del opp i tre «divisjoner» innenfor funksjonsområdene (1) *Operations*; (2) *Plans*; og (3) *Support*. Hovedkvarteret støtter sjefen med planlegging, gjennomføring og ledelse av fellesoperasjonene. Denne virksomheten reguleres av en syklisk prosess som kalles for «stridshjulet», som er hovedprosessen på operasjonelt nivå, som skal sikre synkronisering av aktiviteter og prosesser, både internt i hovedkvarteret, men også for den taktiske utførelsen av operasjonene. Det er dette som sikrer konvergering og koordinering av de taktiske innsatsene, og som sørger for operasjonell understøttelse til de taktiske styrkene gjennom bruken av strategiske ressurser. (*Forsvarets fellesoperative doktrine*, 2019). Stridshjulet deles inn i følgende prosesser: (1) pågående operasjoner (*J33, current ops*); (2) operasjoner på mellomlang sikt (*J35, future ops*); og (3) fremtidige planer (*J5, plans*). Det er J5-funksjonen i hovedkvarteret som har det overordnede ansvaret med å forvalte beredskapsplanene, også kjent som det fellesoperative planverket (FOPV), som er benevnelsen på samlingen av de ferdigutviklede planene for fred, krise og krig. Den mest sentrale planen, som de andre planene bygger på, heter *Joint Guard*.

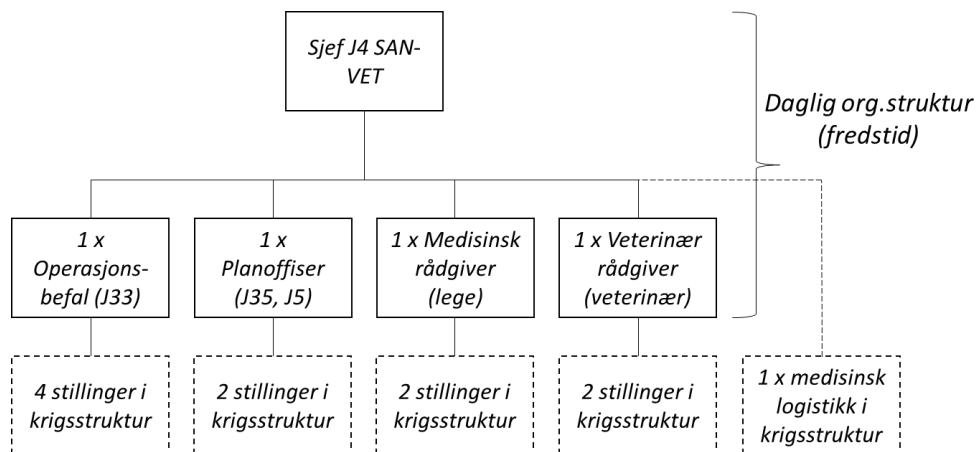


Figur 15: Organisasjonskart Forsvarets fellesoperative hovedkvarter

Som vi ser i figuren over, er det tre avdelinger som har ansvaret og hovedfunksjon innenfor hver av prosessene i stridshjulet, med samme navn (J33, J35, J5). De andre avdelingene, eksempelvis sanitet, har som oppgave å støtte prosessene innenfor sine fagfunksjoner.

Sanitetsseksjonen (J4 sanitet -og veterinærtjenester) er organisert under J4 logistikk. Seksjonen har flere oppgaver og funksjoner i hovedkvarteret. J4 Sanitet bemanner og utøver en fellesoperativ sanitetsfunksjon i hovedkvarterets operasjonssenter under pågående operasjoner, hvor man leder og koordinerer den totale sanitetsinnsatsen for NJTF. I tillegg etableres en såkalt PECC-funksjon, som er et *pasientevakuering -og koordineringssenter* på operasjonelt nivå. I det mellomlange siktet handler det om å utarbeide ordre som regulerer daglige operasjoner og aktiviteter, samt håndtere oppdøkkende hendelser og kriser. Noen eksempler på dette er jordskredet på Gjerdrum (2021) og uttrekningen og evakueringen fra Kabul (2021), samt alle større trening -og øvings-aktiviteter. I tillegg skal saniteten bidra inn i utvikling og revidering av FOPV (J5, *future plans*), da seksjonen har ansvaret for sanitetsplanene (også kjent som *vedlegg QQ*) som hører innunder disse.

Mens det militærstrategiske nivået søker å balansere mål, midler og metoder, skal det operative nivået nå de gitte målene (fra strategisk nivå) med optimal bruk av de tildelte midlene (*Forsvarets fellesoperative doktrine*, 2019). For sanitetsseksjonen betyr det at man med utgangspunkt i gjeldende doktrine, konsept og bestemmelser, skal planlegge, etablere og lede den helhetlige evakuering -og behandlingsskjeden som skal understøtte NJTF og allierte styrker i Norge. Dette oppnås med bruk av den taktiske sanitetsstrukturen i de ulike DIFene i Forsvaret (alle operative sanitetsavdelinger), og ressurser fra strategisk nivå (sivile helsemyndigheter, kommersielle tjenester og private aktører). Saniteten på operasjonelt nivå organiserer og «syr» dette sammen til et helhetlig sanitetssystem der oppdrag, roller og ansvarsforhold stadfestes gjennom en operasjonsordre. Dette står klart og tydelig i det gjeldende prosedyreverket (*Standard Operating Procedures, SOP*). Her står det blant annet at sanitetsseksjonen skal: (1) utvikle og lede sjef FOH sanitetskonsept og policy; (2) planlegge og lede sanitetsstøtte på operasjonelt nivå; (3) tilrettelegge for operasjonell evakuering bak de taktiske styrkesjefenes ansvarsområder (4) koordinere pasientflyten for styrker underlagt sjef FOH med relevante sivile myndigheter; (5) koordinere og samarbeide med sivile helsemyndigheter på hensiktsmessig (forvaltnings)nivå; (6) koordinere bruken av sivile helsefasiliteter for styrker under sjef FOH kommando (*NJHQ-SOP-490-MED_MEDICAL SUPPORT*, 2021). I tillegg er det i prosedyreverket lagt vekt på at J4 sanitet skal ha tett dialog med HDir sine liaisoner i hovedkvarteret, for å sikre effektiv sanitetsstøtte og synkronisering av innsatsmidler. Som vi ser i figur 16 er sanitetsseksjonen relativt liten, men tanke på alle oppgavene og prosessene som skal løses daglig. Her ser vi blant annet at det er én planoffiser som skal dekke to prosesser. De stripedede linjene er strukturen i krig.



Figur 16: Organisasjonskart J4 Sanitet, FOH

Prosesser operasjonelt nivå

Prosessene på operasjonelt nivå dreier seg rundt stridshjulet med de tre tidshorisontene. Å skulle gå gjennom prosessen for hele hovedkvarteret er for stort og omfattende, og heller ikke hensiktsmessig for vår oppgave. Jeg har allerede dekket en del innenfor prosesser i avsnittene over, og vil derfor konsentrere meg om den som ledes av sanitetsseksjonen: *Joint Medical Syndicate* (JMED-S). Formålet med JMED-S er å koordinere og lede de taktiske sanitetsfunksjonene i Forsvaret (Hæren, Luftforsvaret, Heimevernet etc.) i planlegging og utførelse av fellesoperasjoner. Syndikatet skal skape en felles situasjonsforståelse i SANIF, for å kunne prioritere og koordinere pågående aktiviteter. Syndikatet ledes av sjef J4 sanitet og gjennomføres normalt annenhver uke, eller oftere dersom det er behov. Deltakere er sanitetsseksjonene/stabene fra taktisk nivå samt relevante aktører fra operasjonelt og strategisk nivå som FSAN, sanitetsseksjonen i Forsvarets logistikk organisasjon og liaison fra HDir (*TOR-490-JMED-S*, 2021). JMED-S er blitt et viktig ledelses og koordinerings verktøy for fellesoperativt nivå, som søker å oppnå operasjonelle og strategiske målsettinger gjennom bruken av de taktiske styrkene. Det er viktig å forstå JMED-S som et undersyndikat til hovedprosessen i hovedkvarteret (stridshjulet), som har som formål å samordne og synkronisere Forsvarets ulike innsatsmidler til å oppnå operasjonelle og strategiske målsettinger. Utfordringen med JMED-S er at det i utgangspunktet er en militær delprosess, som ikke har hatt til vane å inkludere de sivile aktørene eller den sivile delen av helseberedskapen og traumesystemet (O1).

I tillegg er det verdt å nevne at FOH har nettopp fått på plass en samarbeidsavtale med helsedirektoratet, som regulerer bistand mellom Forvaret og sivil helse i fred, krise og krig (*Avtale mellom Helsedirektoratet og Forsvaret ved Forsvarets operative hovedkvarter vedrørende gjensidig bistand*, 2022).

6 Analyse

I analysekapittelet presenteres relevante funn fra den kvalitative analysen av intervjuene. Deretter gjennomføres en drøfting som sammen med kapittel 4 og 5 skal svare på problemstillingen.

6.1 Resultat

Problemstillingen som oppgaven skal besvare er: *Hvordan foregår det sivil-militære beredskapsarbeidet i SANIF, og hvilke utfordringer kjennetegner dette samarbeidet?* Formålet med denne oppgaven er å bidra til økt kunnskap om hvordan organiseringen av SANIF får konsekvenser for beredskapsarbeidet. Oppgaven konsentrerer seg om beredskapen for krig i Norge, og den sivile støtten til Forsvaret i et slikt scenario.

I dette delkapittelet presenterer jeg hovedfunn fra den kvalitative analysen av intervjuene som er gjennomført. Funnene presenteres etter tema, med en beskrivelse av hva de innebærer, eventuelt hva de ikke innebærer, noen uttak (sitat) fra intervjuene som underbygger tema og funn, og eventuelle sammenhenger og kontraster i dataene.

Hovedfunn

Tema 1: Roller, ansvar og myndighet

Roller, ansvar og myndighet (RAM) er temaet som er størst representert i forhold til datamengden i intervjuene. Det er også et tema samtlige respondenter understreker viktigheten av, ettersom det påvirker helheten i det sivil-militære beredskapsarbeidet. Når det kommer til ansvar, er det viktig å påpeke at det også innebærer begrepet *ansvarsforhold*, som forteller noe om avhengighetsforholdene og grensesnittene mellom organisasjoner, nivåer og sektorer for at systemet i sin helhet skal kunne virke optimalt. Det som stikker seg ut er viktigheten av FSAN sin rolle, og usikkerheten rundt ansvarsforholdet mellom Forsvaret og sivile helsemyndigheter.

Det er mye som tyder på at *roller, ansvar og myndighet*, er en nøkkelfaktor i forhold til det sivil-militære beredskapsarbeidet. Resultatet peker på at uklare roller og ansvarsforhold internt i SANIF, mellom det operasjonelle og militærstrategiske nivået, men også internt i FSAN. Det siste er et interessant funn med tanke på at FSAN har en viktig rolle i form av å være et mellomledd mellom det operasjonelle og det strategiske nivået. Usikkerhet rundt grensesnittet mellom Forsvaret og sivile helsemyndigheter ser også ut til å hindre effektiv samordning signifikant. *Roller, ansvar og myndighet* er som sagt en nøkkelfaktor. De andre funnene, *mål og motivasjon*, og *bemanning og kompetanse*, må ses i sammenheng med RAM, da mye tyder på at disse er relevante rotårsaker som påvirker strukturen som der igjen legger føringer for handlingene. I teorien legges det vekt på organisasjoners *begrensede rasjonalitet* der mangel på ressurser i forhold til sakskompleksene fører til en *utvelging* eller

sekvensiell oppmerksomhet. En annen forklaring kan være et resultat av mangfold og heterogenitet, som fører til lokal rasjonalitet, at ulike deler av organisasjonen forfølger egne mål og interesser uten at man tar hensyn til en større sammenheng.

«med foretaksmodellen har helseforetak blitt mer selvstendig [...] ingen som har kommandomyndighet [...] helsedirektøren kan ikke gi helseforetakene direktiver [...] det fører til mange treffpunkter mellom Forsvaret og sivil helse» (F3)

«Det som er viktig, er RAM mellom sivil helse og Forsvaret [...] er det sivil helse som har ansvaret for pasientene idet Forsvaret leverer? Hva forventer Forsvaret av sivil helse med tanke på etterforsyninger [...] Grensesnittet i evakueringskjeden oppleves som uoversiktlig. Usikker på hva sivil helse løser for Forsvaret, slik at det er viktig å skape en felles forståelse for hva den operasjonelle utfordringen er når vi snakker om krig» (F1)

«Forsvarsstaben må gjennom FSAN sørge for strukturutvikling og den faglige utviklingen. Forsvarsstaben og FSAN er det samme, sjef FOH skal bruke disse strukturelementene som finnes i sin plan. Utviklingen av disse elementene har både forsvarsstaben og FSAN er rolle i forhold til konseptutvikling og doktrine» (O2)

«Roller, ansvar og myndighet innenfor samme organisasjon (FSAN) er ikke på plass. Forsvarsstaben mangler sanitetsfunksjon og dermed også bestillerkompetanse, det merker man. Det mangler strukturelle forutsetninger (FSAN), mange oppgaver som løses av de samme folkene på alle plan (nivåer)» (F1)

Tema 2: Mål og motivasjon

Mål innebærer både formelle og uformelle organisasjonsmål. Det som legges vekt på er de prioriterte målene som kommer til uttrykk gjennom hva som løses av oppgaver, og hvilke oppgaver som kommer i andre rekke med bakgrunn i prioriteringer. Å sammenligne de opprinnelige formelle målene (*eksogene*), med *operasjonaliserte mål* og de *uformelle*, er interessant. Når det gjelder motivasjon, er det snakk om det teorien kaller *indre* eller *ytre motivasjon*. Ytre motivasjon er press fra omgivelsene og den formelle ledelsen, mens indre motivasjon er koplet til en kulturell handlingslogikk (passende atferd) som er forbundet med det vi kalte *identitet*.

Når det gjelder *mål og motivasjon*, ser vi at de formelle målene, både på militære side, men også innenfor sivile helsemyndigheter, stadfester og slutter seg til viktigheten av det sivil-militære beredskapsarbeidet for krig. Et interessant funn derimot, er i hvilken grad det blir prioritert. Det er mye som tyder på at prioriteringene varierer i praksis i de ulike nivåene og delene av organisasjonen (militært og sivilt). Det er spesielt to interessante forhold, prioriteringene som har preget FSAN i nyere

tid, og beredskapsplanene til de sivile helsemyndighetene. En viktig observasjon er FSAN sine prioriteringer, som ifølge samtlige respondenter har vært leveranser til operativ støtte fremfor oppgavene på strategisk nivå. Et annet meget interessant funn, er det jeg har valgt å omtale som de sivile helsemyndighetenes motivasjon innenfor beredskapsplanlegging for krig. Ifølge respondentene har de sivile helsemyndighetene i deres planverk, konsentrert seg om Forsvarets støtte til det sivile samfunnet under kriser i fredstid, og ikke omvendt.

«Jeg tror forskjellen er at mens Forsvaret har beholdt sin kompetanse for beredskapsplanlegging, har de sivile mistet den [...] de har en litt annen definisjon av beredskap hvor de skal kunne ta imot de pasientene som kommer [...] de planlegger mindre, og klargjør en liten buffer» (F3).

«Hvorfor skal de sivile legge militære planer? De har ingen grunn til dette i hverdagen, og har mer nok med sitt daglige virke [...] (de sivile) eierne gir ingen signaler på at de skal gjøre dette [...] krigsfarene oppfattes som lite sannsynlig [...] beredskap koster, og gir ingen ting i det daglige» (O2)

«krig er en ikke-eksisterende problemstilling [...] det er sanitetsstøtte til det sivile i en krise i fredstid som har fokus. Beredskap for krig er et vanskelig tema og nå gjennom med (om sivil helse)» (F1, F2)

Tema 3: Bemanning og kompetanse

Bemanning går på strukturelle rammer som antall årsverk eller hvordan avdelinger er organisert (arbeidsdeling, hierarki) som påvirker prosessene. Kompetanse er kunnskap og ferdigheter enkeltindivider besitter som følge av sin formelle utdanning og tjenesteerfaring, som er relevant innfor den aktuelle stillingen, avdelingen og nivået det er snakk om.

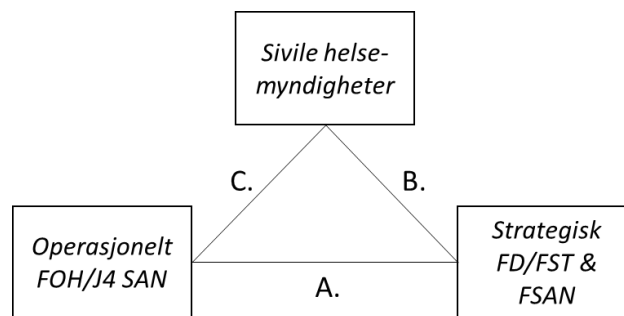
Respondentene fra både strategisk og operasjonelt nivå har beskrevet store utfordringer med bemanning og kompetanse. FSAN beskriver enkelte deler av strukturen som underbemannet, spesielt enkelte stabsfunksjoner. Man sliter med å fylle årsverkene, og får ikke nok tilførsel av personell med operativ bakgrunn (plankompetanse) og videregående offisersutdanning (VOU). I tillegg har man et høyt funksjonelt fravær på medisinsk personell som går ut over fagfunksjonene. På operasjonelt nivå beskrives strukturen til J4 Sanitet, som for liten til å kunne dekke alle prosessene som pågår inne i hovedkvarteret. Noe som går ut over de langsiktige planene og det viktige koordineringsarbeidet opp imot strategisk (FSAN, sivile helsemyndigheter). Sanitetsstabene på taktisk nivå sliter ifølge respondentene, også med små staber i forhold til oppgaver som skal løses. Få årsverk og funksjonelt fravær er en sannsynlig årsaksforklaring på utfordringene innenfor RAM, da det bidrar til *begrenset rasjonalitet*. Når det gjelder kompetanse, er det interessant at man etterlyser utdanningsnivå, da den eneste *demografiske variabelen* med stabil effekt som er påvist i forskning, nettopp er «høyere utdanning hos de ansatte».

«FSANs utfordring er at man ikke får nok kompetanse tilført organisasjonen [...] personell med VOU, majorer og befal (OR) med nok kompetanse [...] vi klarer ikke å fylle strukturen, spesielt på operativ side, som har ny og oppdatert erfaring. I tillegg er det høyt funksjonelt fravær på medisinsk personell (18-timers-stillinger, 20%-stillinger) [...] har man ikke nok kompetent personell, spesielt på operativ planside, så utfordres organisasjonen med tanke på utvikling og helhetsforståelse» (F1)

«Det er for lite personell i FOH (J4 SAN) for å ivareta et kontinuerlig planarbeid. Vi sliter med å ha kontinuerlig fokus på beredskapsplanlegging da vi fanges opp av daglige aktiviteter og operasjoner i det korte og mellomlange sjiktet [...] sanitetsstaben i Hæren er underbemannet, sanitetsstaben i Heimevernet er underbemannet» (O1)

6.2 Drøfting

Med bakgrunn i redegjørelsen (kapittel 4 og 5), skal jeg nå drøfte problemstillingen med utgangspunkt i resultatet fra analysen. Hovedfunnet i undersøkelsen er roller, ansvar og myndighet. Funnet omhandler tre kategorier som jeg vil drøfte videre: (1) RAM internt i SANIF; (2) RAM innenfor Forsvarets sanitet; og (3) «grensesnittet» mellom militær og sivil helse. I et forsøk på å gjøre dette oversiktlig, tar jeg for meg hvert av de ulike nivåene, og starter med det som på mange måter har vist seg å være mest konkret, nemlig det operasjonelle nivået. Forenklet sagt, skal vi nå gå gjennom *koplingene* mellom det operasjonelle (FOH) det strategiske nivået (FD og FST), og sivile helsemyndigheter (figur 17).



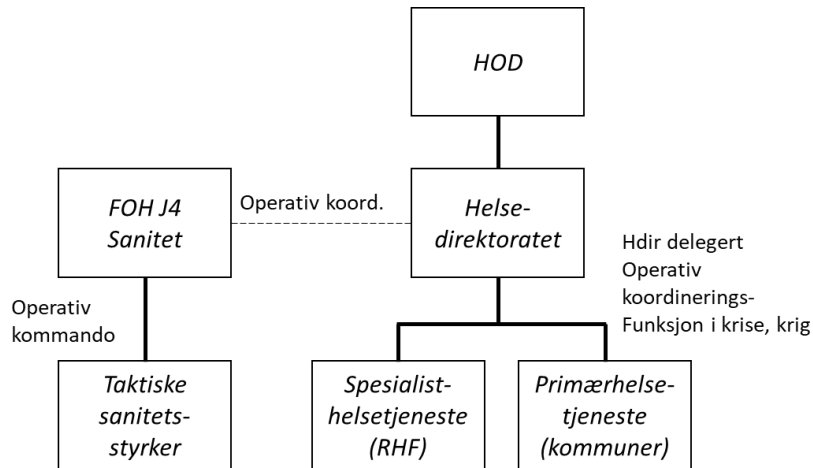
Figur 17: Koplinger mellom operasjonelt og strategisk nivå (FSAN og sivile myndigheter)

Operasjonelt nivå

Som vi har vært inne på tidligere, søker det strategiske nivået å balansere mål, midler og metoder, mens det operative nivået skal nå gitte mål (fra strategisk) med optimal bruk (metode) av tildelte midler. Som vi så i prosedyreverket til J4 Sanitet i FOH, innebærer dette å: (1) planlegge og lede sanitetsstøtte på operasjonelt nivå; (2) tilrettelegge for operasjonell evakuering bak de taktiske styrkene; (3) koordinere pasientflyt med sivile myndigheter; (4) koordinere og samarbeide med sivile helsemyndigheter på hensiktsmessig nivå; (5) koordinere bruk av sivile helsefasiliteter for styrker under sjef FOH kommando. I praksis betyr dette at J4 Sanitet ved FOH, har ansvaret for å planlegge, etablere og lede en helhetlig evakuering -og behandlingsskjede under fellesoperasjoner i fred, krise og krig. Det er dette som er hensikten og formålet med det fellesoperative nivået og planverket (*Joint Guard*). J4 Sanitet sin jobb, er å knytte sammen de taktiske, operasjonelle (eksempelvis FSAN taktiske styrker) og strategiske (spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og andre sivile aktører)

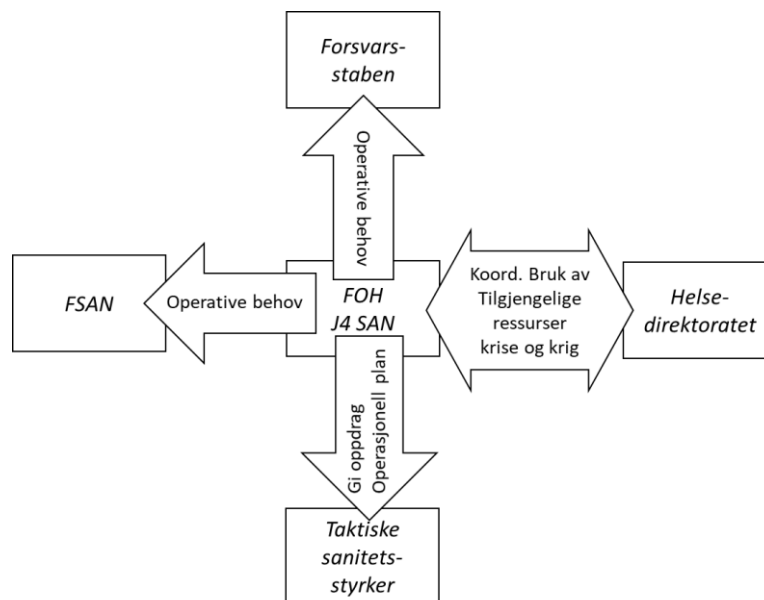
ressursene, og få disse til å møtes og virke sammen. Dette gjøres med utgangspunkt i konsept og doktriner som utarbeides av fagmyndigheten (FSAN), med den eksisterende militære og sivile strukturen som er tilgjengelig der og da (F1, F3, O1, O2). Eventuelle gap som avdekkes under planleggingsfasen, og da spesielt med tanke på tilgjengelige ressurser, gir grunnlag for det som kalles for *operative behov*. Dette er gap som må lukkes for å kunne etablere det som vurderes til å være et tilfredsstillende sanitetssystem for den aktuelle operasjonen. De operative behovene kan enten løses ved å: (1) utvikle/øke Forsvarets sanitetsstruktur; (2) øke bruken av strategiske ressurser fra totalforsvaret, herunder sivil helse eller andre kommersielle aktører (strategiske avtaler og rekvisisjoner); eller (3) akseptere risikoen, eventuelt senke de opprinnelige ambisjonene/kravene. Det siste er i bunn og grunn et sjefsansvar (forsvarssjefen). Poenget med dette er at de to første, og ulike løsningene krever vidt forskjellige fremgangsmåter. Skal man øke/utvikle sanitetsstrukturen skal det i prinsippet gå gjennom kommandolinjen, fra den enkelte DIF-sjef til forsvarssjefen. Dette krever at man i SANIF evner å tenke helhetlig, og ikke minst klarer å påvirke DIF-sjefene. Noe som kan tenkes å være utfordrende med tanke på Forsvarets styringsmodell og det faktum at de ulike domenesjefene må prioritere innenfor hele sitt eget krigføeringsdomene. Den andre løsningen, som jeg anser som mer sannsynlig, er å sikre tilgangen på strategiske ressurser gjennom totalforsvarskonseptet. Her er viser det seg at koplingen (figur 17: A.) opp imot FSAN, er helt essensiell, ettersom FSAN både er fagmyndighet og forsvarssjefens rådgiver, og ikke minst har ansvaret for den strategiske koordineringen opp imot de sivile helsemyndighetene gjennom blant annet helseberedskapsrådet (F1, O1).

Når det gjelder koplingen mellom FOH og de sivile helsemyndighetene (figur 17: C.), går dette først og fremst gjennom HDir. FOH er fast deltaker i helseberedskapsrådet som er viktig i forhold til planleggingsfasen og utførelse av operasjoner. I tillegg vil FOH ha en viktig koordineringsfunksjon med HDir under krise og krig, forutsatt at HOD delegerer den operative koordineringsfunksjonen til direktoratet. Da vil FOH, blant annet gjennom sine liaisoner i hovedkvarteret, koordinere den totale sanitetsinnsatsen direkte, med ressursene begge organisasjonene har til rådighet for å understøtte Forsvarets behov i en krig (figur 18). Dette er også regulert og beskrevet i samarbeidsavtalen FOH har inngått med direktoratet.



Figur 18: operativ koordinering mellom militære og sivile ressurser i krise, krig

Figuren under er en forenklet modell, som viser relasjonene (koplinger) i form av kjerneoppgaver (spesialisering, arbeidsdeling) fra et operasjonelt perspektiv. Hovedaktiviteten til J4 Sanitet konsentreres rundt det operasjonelle planverket, og fører til det taktiske nivået (O1, O2). Når man gjennom planleggingen eller andre aktiviteter oppdager operative behov, er det viktig at disse føres videre til både FSAN (fagmyndighet og strategisk koordinering opp imot sivile helsemyndigheter) og forsvarsstaben (ansvarlig for at forsvaret av landet er planlagt og forberedt) for videre behandling (F1).



Figur 18: operasjonelle koplinger

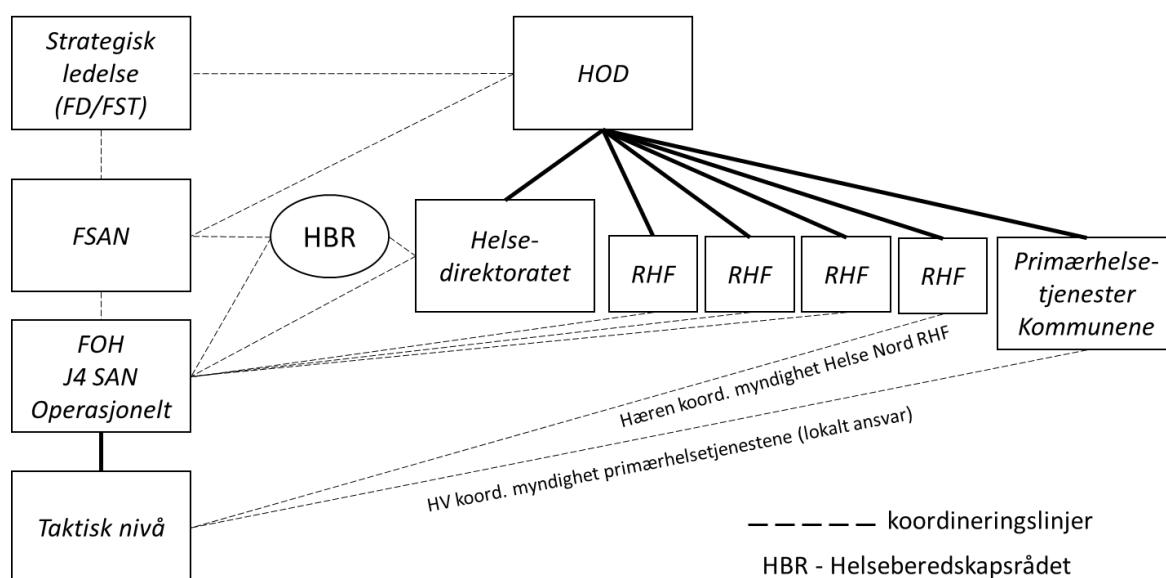
Den største utfordringen respondentene på operasjonelt nivå ga uttrykk for, er den begrensende organisasjonsstrukturen i forhold til alle oppgavene som skal løses (O1, O2). Dette fører til at man blir svært sårbar. For det første har man lite overskudd i organisasjonen, og det blir vanskelig å følge alle de tre prosessene i hovedkvarteret (pågående operasjoner, fremtidige operasjoner og planer). Ofte fører det til at man blir fanget i de pågående -og fremtidige aktivitetene, noe som går ut over det kontinuerlige planarbeidet med det fellesoperative planverket (O1). Dette fører blant annet til at man får liten analyse -og handlingskapasitet med tanke på det sivil-militære beredskapsarbeidet, noe som får en følgefeil oppimot det strategiske nivået, som har behov for informasjon og produkter (operative behov) fra det operasjonelle nivået. Dette er en klassisk strukturell utfordring mange organisasjoner står overfor, som går under betegnelsen *begrenset rasjonalitet*. Begrensede ressurser og analysekapasitet i forhold til de sakskompleksene som foreligger, vil som oftest føre til en utvelgning eller sekvensiell oppmerksomhet. For et operativt hovedkvarter, der alle tre prosesser er viktige, vil man mest sannsynlig fortsatt ende opp med å håndtere det som er nært i tid, eller krever øyeblikkelig tiltak.

Strategisk nivå

Når man kommer på det strategiske nivået, blir de vertikale og horisontale koplingene langt mer komplisert. Det er mye som tyder på at de store utfordringene kommer som et resultat av organiseringen i fredstid, som ser ut til å skape mange kontaktflater mellom Forsvaret og sivil helse. Dette skyldes, ifølge respondentene, en kombinasjon av foretaksmodellen, usikkerheten rundt HDir sin rolle og myndighet (i fred), og organiseringen i SANIF (F3, F1). Med foretaksmodellen har man for eksempel fått fire selvstendige virksomheter, med spesialisering etter geografiprinsippet, direkte under HOD (F3). At organiseringen i de to sektorene gjør samordning vanskelig, vil i så fall være noe som er svært ugunstig ettersom hovedvekten av forberedelser for krig burde foregå i fredstid.

Figur 19 (neste side) er et forsøk på å gi et eksempel på kompleksiteten man står overfor, med koordineringslinjer som tilsynelatende går på kryss og tvers mellom sektorene og de ulike nivåene. Et sentralt spørsmål, er hva som egentlig legges i begrepet «koordinerende myndighet». Ifølge Forsvarets definisjon, betyr koordinerende myndighet at en sjef er tillagt ansvar for å koordinere funksjoner eller oppgaver mellom organisasjoner. dette innebærer myndighet til å kreve rådslagning mellom involverte parter, men ikke myndighet til å fremtvinge vedtak. Skulle uenighet oppstå, må saken legges frem til riktig myndighet (*Forsvarets fellesoperative doktrine*, 2019). Hva sivile myndigheter legger i begrepet er fra mitt ståsted usikkert. Uansett vil betydningen av dette være at dersom SANIF ikke lykkes med å finne tilstrekkelig gode løsninger i samråd med helsemyndighetene, fortrinnsvis gjennom helseberedskapsrådet (figur 19: HBR), må saken løftes opp på politisk nivå, det vil si til Forsvarets strategiske ledelse (FD - HOD). I forhold til helseberedskapsrådet, opplever jeg formålet til rådet som klart og tydelig, i kontrast til rådets «svake» mandat, som sier at rådet skal identifisere utfordringer,

legge til grunn forbedringspunkt, gi forslag til rutiner og utrede saker for departementene. Dette behøver ikke å være et problem, men vil som sagt skape utfordringer så snart uenigheter oppstår. Det er mye som tyder på at FSAN har en særdeles sentral rolle, noe både dokumentstudiene og informasjonen fra respondentene underbygger. Vi skal komme nærmere inn på dette straks. Først er det verdt å minne om den koordinerende myndigheten FOH har mellom Forsvarets avdelinger og de regionale foretakene regulert i avtalen mellom FOH og HDir (2022). I tillegg har FOH delegert Hæren en koordinerende myndighet direkte opp imot Helse Nord RHF (med bakgrunn i Hærens geografiske plassering), mens Heimevernet gjennom sitt faste oppdrag og lokale ansvar, koordinerer med helsetjenestene i fylke og kommunene på distrikts -og områdenivå (O1, O2). Et spørsmål som blir naturlig å stille er, hva bør man ta opp i helseberedskapsrådet, og hva kan man koordinere direkte?



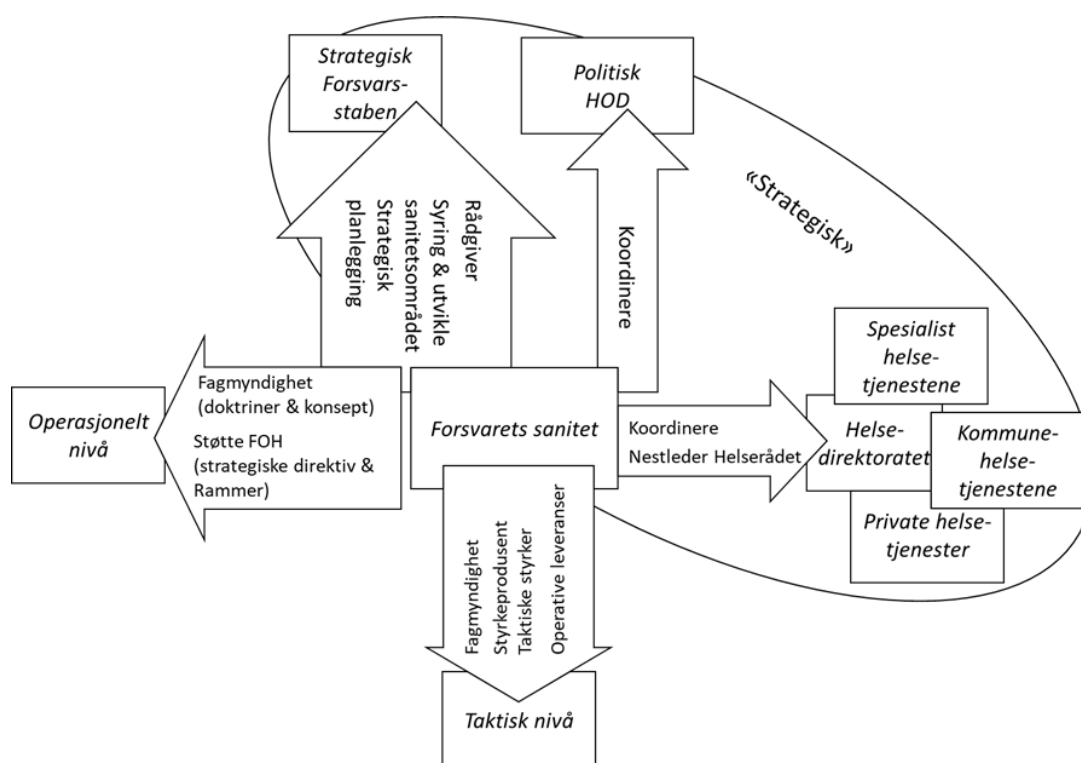
Figur 19: horisontale og vertikale koplinger mellom SANIF og sivil helse

FSAN

Et av de mest signifikante funnene, er FSANs sentrale rolle med tanke på å være bindeleddet mellom det operasjonelle og strategiske nivået i Forsvaret, og bindeleddet opp imot den sivile helsesektoren gjennom blant annet helseberedskapsrådet (figur 17: A-B). Ifølge en av respondentene har FSAN også fått direkte koordinerende myndighet til HOD (F2). Nøyaktig hva dette betyr er ikke enkelt å svare på. En årsak kan være at man ønsker å påvirke spesialist-helsetjenesten (de fire foretakene) via departementet, og på denne måten ha én sterk kopling inn. På en annen side virker det litt rart i forhold til at man allerede har et koordineringsorgan på plass, gjennom HDir og helseberedskapsrådet. En alternativ forklaring, som jeg tenker ville vært en god idé, er at FSAN vil kunne støtte HOD, i strategisk rådgivning og planlegging, og ikke minst sørge for at HOD er kjent med Forsvarssektorens

og støttebehov. Historisk sett, har FSAN på et tidspunkt vært underlagt Forsvarsdepartementet, og på denne måten hatt en koordinerende rolle med HOD før.

For å underbygge påstanden om den viktige nøkkelrollen, skal vi se nærmere på de ulike oppgavene FSAN har. Som vi redegjorde for i kapittel 5, skal FSAN blant annet: (1) være forsvarssjefens nærmeste rådgiver og utvikle sanitetsområdet; (2) koordinerende rolle mot HOD; (3) støtte sjef FOH; (4) utøve fagmyndighet for sanitet -og veterinærvirksomheten for hele Forsvaret; (5) Koordinere det sivil-militære samarbeidet mot sivil helse; (6) styrkeprodusere taktiske sanitetsstyrker som skal avgis taktisk eller operasjonelt nivå ved behov; (7) produsere operative leveranser som flymedisin, vernepliktig akademisk befal (leger), dykkermedisin, stressmestring m.m. til Forsvarets avdelinger. Hensikten med figur 20 (neste side) er å visualisere det store omfanget av ulike roller og oppgaver FSAN har til daglig, og få frem kompleksiteten som denne organisasjonen står overfor. FSAN er i kraft av sine strategiske oppgaver i realiteten et knutepunkt, og en premissleverandør når det kommer til det sivil-militære beredskapsarbeidet i SANIF. Dette er først og fremst på grunn av at FSAN er et mellomledd som binder sammen det operasjonelle nivået, i forhold til de operative behovene som er essensen i det sivil-militære beredskapsarbeidet, med sivil helse og forsvarsledelsen.



Figur 20: FSAN sine oppgaver på taktisk, operasjonelt, strategisk og politisk nivå

I denne sammenhengen vil jeg også trekke frem helseberedskapsrådet, da rådet også bør anses som et knutepunkt i forhold til beredskapsarbeidet. I foregående avsnitt problematiserte jeg rådets tilsynelatende «svake» mandat. Flere av respondentene har også kritisert rådets aktualitet, som i moderne tid gjennomføres to ganger i året, med varierende innhold. Kritikken gikk stort sett på at rådet de siste årene har vært redusert til en form for informasjonsutveksling, fremfor koordinering og saksbehandling av større, viktigere problemområder innenfor det sivil-militære beredskapsarbeidet (F2, F3, O2). Årsakene til dette kan være mange, alt ifra at pandemien (2019) har krevd oppmerksomheten (F2) til at det er ledelsesavhengig, hvorvidt man prioriterer og bruker rådet. Et viktig poeng, er at Forsvaret burde benytte rådet mer bevisst og systematisk, for å fremme saniteten og samordning av krigsberedskapen (O1, O2). Et annet interessant poeng som ble tatt opp under intervju, er usikkerheten rundt helseberedskapsrådets rolle i forhold til sentralt totalforsvarsforum (F3). Ser vi på mandatet for sentralt totalforsvarsforum, står det at forumet etableres i tillegg til de øvrige totalforsvarsrelaterte fagfora, men at det ikke skal gripe inn i eller overlapse etablerte fagfora (*Endret mandat for sentralt totalforsvarsforum*, 2021). Dette tolker jeg til å være et sterkt signal om at helseberedskapsrådet er den primære mekanismen som skal sikre helseberedskapen i fred, krise og krig. Da handler det mer om hva FSAN og SANIF selv legger i rådets betydning, og hvordan man ender opp med å bruke det. Det er viktig å huske på at nestelederen for rådet er sanitetssjefen (sjef FSAN).

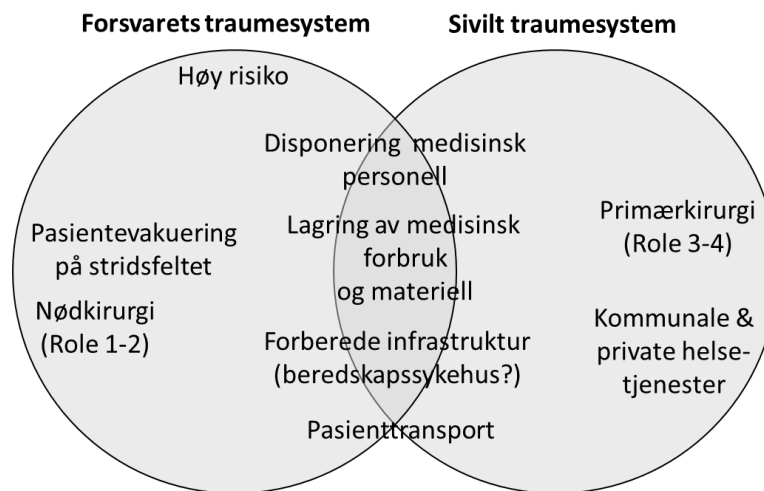
Selv om funnene i denne undersøkelsen peker på signifikansen til FSAN sin rolle på strategisk nivå, er det mye som tyder på at FSAN selv, ikke har prioritert disse oppgavene. Som vi ser er det oppgaver og ambisjoner på alle nivåer (figur 20), noe som utfordrer både analyse -og handlingskapasiteten, da strukturen er svært begrenset med tanke på størrelsen på staben og hvordan avdelingene er organisert (F1, F3). Ifølge respondentene har FSAN hatt en tendens til å prioritere oppgaver i det taktiske sjiktet, som styrkeleveranser til internasjonale operasjoner og leveranser innenfor flymedisin, stressmestring, dykkermedisin m.m. (F1, F2, F3). Utfordringen er at det går ut over den viktige strategiske rollen, som både forsvarsstaben og det operasjonelle nivået etterlyser behovet for (F1, F2, F3, O2). Det er mye som tyder på at organisasjonen er preget av *begrenset rasjonalitet* (liten stab, mange oppgaver). En annen mulig årsaksforklaring kan være *stivhengighet* fra den forrige omstruktureringen på 2000-tallet der man prioriterte operative leveranser. Uavhengig av dette er FSAN på mange måter i en særklasse med tanke *heterogenitet*. Organisasjonen har et bredt spekter av ulik spesialisering gjennom fagavdelingene. Ifølge en av respondentene var det en formidabel ressurskamp mellom disse avdelingene, som består av sterke fagmiljøer, noe som gjorde det vanskelig for ledelsen å styre (F3). At FSAN er en avdeling som kan utfordres av *lokal rasjonalitet* er ikke overraskende.

Uansett hva som måtte forårsake utfallet til prioriteringene i FSAN, utfordrer hele det sivil-militære beredskapsarbeidet for krig. Dette kommer av at FSAN mer eller mindre representerer en form for

«nøkkelorganisasjon», hvor hele økosystemet kollapser, dersom rollen ikke løses. Heldigvis er man i ferd med å endre denne retningen. FSAN har de siste to årene jobbet med å justere organisasjonen til å prioritere de strategiske oppgavene og fagmyndigheten, noe som lover godt for helseberedskapen. Denne snuoperasjonen er meget interessant fra et kulturelt perspektiv. En gruppe i avdelingen for Plan, styrkebeskyttelse og operasjoner har gjennomført en oppdragsanalyse (*operasjonalisering av mål*) med formål om å tydeliggjøre hvilke roller og hovedoppgaver som er de mest relevante for organisasjonen. Det man kom frem til er at FSAN må prioritere det sivil-militære beredskapsarbeidet i den forberedende fasen for krig, noe som innebærer et økt fokus på fagmyndighetsrollen (utvikle konsept og doktriner) og oppgavene på strategisk nivå (F1, F2). Ifølge respondentene har dette vært en *kulturell endringsprosess*, fremfor en formell. Personene som står bak denne innsatsen, har alle kommet utenfra organisasjonen, med operativ bakgrunn (militær grunnutdanning) og erfaring fra operasjonelt og strategisk nivå. Dette har vært viktig, ettersom personellet har hatt en type kompetanse (operativ planlegging, videregående offisersutdanning) som er underrepresentert i avdelingen (F1). Dette er et godt eksempel på *indre press*, der organisasjonsmedlemmer med en annen bakgrunn og *identitet*, har bidratt til å påvirke organisasjonen fra innsiden. I den nye planen til sjef FSAN, som godkjennes i løpet av 2022, er de nye prioriteringene blitt formelt forankret av ledelsen. Videre jobbes det med å tilpasse strukturen den nye retningen og prioriteringene på strategisk nivå. Når det gjelder utfordringer i FSAN, var bemanning og kompetanse to av de største bekymringene til respondentene (F1, F2).

Grensesnittet

Avslutningsvis skal vi gå gjennom den siste kategorien innenfor temaet, nemlig «grensesnittet mellom Forsvaret og sivil helse». I utgangspunktet snakker vi om roller og ansvarsforhold i det helhetlige behandling -og evakueringssystemet. Doktrinen for sanitets -og veterinærvirksomheten har en veldig enkel tilnærming, og slår fast at det militære traumesystemet har ansvaret for områder der risikoen er for høy for sivil helse. En slik prinsipiell tilnærming er fin med tanke på å forklare hvorfor man er nødt til å ha en militær sanitet, men sier ingen ting om det flere av respondentene uttrykker som meget viktig, nemlig spørsmålet om hva sivil helse skal løse for Forsvaret (F1, F3, O2). Vi snakker da om de ulike problemområdene vi redegjorde for i kapittel 4: (1) fordeling av helsepersonell; (2) lagring og etterforsyning av medisinsk materiell, forbruk, legemidler og blodprodukter; (3) behov og beredskapstiltak for sivil infrastruktur og evakueringsplattformer.



Figur 21: grensesnittet mellom Forsvaret og sivil helse

Mens én respondent problematiserte ansvarsforholdet når pasientene er overlevert til det sivile systemet (F1), var en annen respondent nokså sikker på at når en pasient entrer det sivile systemet, så har de sivile ansvaret. «I krig er det den som har ansvaret til daglig som bør ha ansvaret i krig, noe som betyr at det sivile systemet bør ha ansvaret for flytting av pasientgrupper mellom de sivile foretakene» (O2). Ser vi på helseberedskapsloven er denne også ganske klar på ansvarsforholdene. Lovverket sier at virksomhetene innenfor helse skal fortsette og om nødvendig, legge om driften under kriser og krig. Dette skal skje ved oppdaterte planverk og regelmessige øvelser. I loven henvises det til *ansvarsprinsippet*, som sier at den som har ansvaret for en tjeneste, har også ansvaret for beredskapsforberedelser, finansiering og selve utførelsen under krise eller krig. Dette er i og for seg greit, men fordrer at de sivile helsemyndighetene forstår de militære planene, og Forsvarets behov. En gjennomgang av de sivile beredskapsplanene, både nasjonal traumeplan, men også de regionale, gir en sterk indikasjon på at dette ikke er tilfelle. Det er lite i de sivile planene som tyder på krigsberedskap. To av respondentene var veldig tydelig på at krig, nærmest har vært et ikke-eksisterende tema for de sivile helsemyndighetene, noe som også gjenspeiler det sivile planverket (F1, F2, O2). De sivile planene synes å konsentrere seg om sivile kriser som bortfall av IKT og masseskader i fredstid (O2). Når Forsvaret omtales i planverket, er det lagt vekt på Forsvarets støtte til det sivile. Annet enn det, henvises det til *Nasjonalt beredskapssystem (NBS)*. Det må understrekes at dette ikke er noen kritikk hverken til sivile helsemyndigheter, eller det sivile planverket som sådan, med en viktig observasjon. At man på sivil side sannsynligvis har tatt utgangspunkt i sivil krisetenkning og det man i sivil sektor opplever som *passende*, i forhold til forventede sannsynlige scenarioer for at noe inntreffer, ser jeg ikke på som unaturlig.

En årsaksforklaring, kan være at de sivile helsemyndighetene anser NBS som dekkende (for krig), noe det fra et militært perspektiv ikke er. Grunnen til dette, er at tiltakskortene i beredskapssystemet kun sier «hva og hvem», men ikke nødvendigvis hvordan og hvor. Det siste er etter min mening helt vesentlig. Dette henger sammen med Finnmarksscenariet, som vi har beskrevet tidligere, som en av respondentene kalte «det operasjonelle sanitetsproblemet» (F1). Det operasjonelle sanitetsproblemet er i bunn og grunn et annet uttrykk for operative behov. Som vi har argumentert for tidligere, burde det mest sannsynlige krigsscenarioet være dimensjonerende for helseberedskapen for krig. Når vi er klar over hvilken geografi det er snakk om, med tanke på et helhetlig sanitetssystem (Kirkenes-Tromsø), og kjenner til situasjonen med tanke på infrastrukturen, ser vi at det er langt mellom de militære feltsykehusene (ROLE2), helsehuset i Alta (ROLE1) og nærmeste sivile sykehus med traumefunksjon (ROLE3-4) i Tromsø. For de som kjenner til sanitetssystemet og de medisinske tidskravene for evakuering og behandling, forstår man omfanget av problemet, og størrelsen på gapet med tanke på hvilke ressurser som må på plass. Den eneste måten å løse problemene rundt «grensesnittet», starter etter min mening med å definere det operative behovet (FOH). Deretter må det operasjonelle sanitetsproblemet håndteres i helseberedskapsrådet, eventuelt høyere instanser, for å komme til enighet om hva som kreves, og hvem som bør gjøre hva. Som en av respondentene uttrykte det, «*det er kun en etat som forvalter krigsberedskap, da må Forsvaret gi uttrykk for hva man har behov for*» (F2). Det faller tilbake på de ledende prinsippene innenfor statsforvaltningen, med *ansvars- og samvirkeprinsippet*, som sier at det er sektoren selv, som har ansvaret for beredskapsforberedelser innenfor eget område, og som har ansvaret med å sikre samvirke med relevante aktører (J.-o. b. Forsvarsdepartementet, 2018). Ut ifra denne beskrivelsen kan man tolke det dithen at det er Forsvaret sitt ansvar å definere overfor sivile myndigheter, hvilket behov forsvaret har i krig, og at det er Forsvaret som må være pådriveren for det sivil-militære beredskapsarbeidet.

7 Konklusjon

Tittelen på denne oppgaven er *Hvem leder saniteten – samordning innenfor det sivil-militære beredskapsarbeidet i saniteten i Forsvaret*. Formålet med undersøkelsen er å bidra til økt kunnskap om hvordan organiseringen av saniteten i Forsvaret får konsekvenser for det sivil-militære beredskapsarbeidet for krig. Problemstillingen er: *Hvordan kan det sivil-militære beredskapsarbeidet i saniteten i Forsvaret beskrives, og hvilke utfordringer kjennetegner dette samarbeidet?*

I forbindelse med operasjonaliseringen av problemstillingen utledet jeg to empiriske forventninger med utgangspunkt i førforståelsen og det teoretiske rammeverket. Den instrumentelle forventningen var: *En komplisert organisasjonsstruktur med løse koplinger bidrar til uklare roller og ansvarsforhold i SANIF, som fører til redusert kapasitet innenfor det sivil-militære beredskapsarbeidet for krig*, mens den kulturelle forventningen var: *Sterke praksisfellesskap innenfor SANIF bidrar til redusert kapasitet innenfor det sivil-militære beredskapsarbeidet for krig*.

Helseberedskapen for krig representerer et stort sakskompleks, der mange aktører spiller viktige roller for at et helhetlig behandling -og evakueringsystem skal kunne planlegges og utføres ved behov. Arbeidet krever god koordinering og samarbeid internt i Forsvaret, spesielt mellom det operasjonelle nivået ved J4 Sanitet i FOH og FSAN. Det operasjonelle nivået har ansvaret for både utførelse av fellesoperasjoner, og vedlikehold og utvikling av det operasjonelle planverket med tanke på å identifisere gap (plan og ressurser), og definere «problemer» som det strategiske nivået må følge opp videre. På det strategiske nivået spiller FSAN en nøkkelrolle, gjennom fagmyndigheten og koplingen til forsvarsstaben og departementet. FSAN har en privilegert posisjon når det gjelder å følge opp saksområder på det militærstrategiske og politiske nivået, og opp imot sivile helsemyndigheter gjennom helseberedskapsrådet. Denne oppgaven ser jeg på som avgjørende ettersom det operasjonelle sanitetsproblemet vil kreve betydelige ressurser fra sivil helse og resten av totalforsvaret. Med tanke på hvilke utfordringer som kjennetegner dette samarbeidet ble det gjort noen interessante funn jeg mener er svært relevante, dog kanskje ikke overraskende.

Undersøkelsen indikerer sterkt at *roller, ansvar og myndighet*, er en utfordring i forhold til det sivil-militære beredskapsarbeidet i SANIF. Uklare roller og ansvarsforhold, både mellom det operasjonelle og militærstrategiske nivået, men også mellom Forsvaret og sivile helsemyndigheter, eksisterer og viker hemmende for effektiv samordning. Årsakene til dette skyldes mest sannsynlig flere forhold. Ser vi på den overordnede strukturen i SANIF og helseberedskapen, minner den om det Christensen (2021) omtaler som *komplekse strukturer*, med mange nivåer og enheter, med flere vertikale og horisontale koplinger. Som undersøkelsen indikerer er også mange av disse koplingene svake, eller løse i den forstand at organisasjonene har utfordringer med å «finne hverandre» og utveksle nødvendig

informasjon og produkter som er nødvendig for å drive arbeidet fremover. Førsteintrykket er at det mest sannsynlig skyldes uoversiktlige koordineringslinjer og myndighetsforhold. En annen mulig årsakssammenheng, som de to andre funnene i undersøkelsen peker mot, er begrenset rasjonalitet som følge av en organisasjon (SANIF – operasjonelt og strategisk nivå) uten tilstrekkelige ressurser til å skulle løse oppgavene den er satt til (årsverk og kompetanse). Uansett blir konsekvensene av dette «løse koplinger» i den forstand at enkeltelementer i nettverket ikke virker, og arbeidet stanser opp. Ut ifra dette vil jeg si at vår instrumentelle forventning i stor grad stemmer, men at det er på bakgrunn av manglende bemanning og kompetanse, snarere enn en uoversiktlig organisasjon. Når det kommer til den kulturelle forventingen om sterke praksisfellesskap, har jeg ikke funnet noen direkte bevis for motstridende interesser eller idéer internt i SANIF (mellom organisasjoner og nivåer). De mest interessante funnene som jeg forbinder med praksisfellesskap, er målforskyvningen internt i FSAN som resultat av indre press, der avdelingen som har tvunget frem endringer, representerer nettopp et slikt fellesskap. Slik at det er mer betydningen av praksisfellesskap som etter min mening er påvist. Jeg tenker da spesielt i forhold til det flere av de respondentene har poengtert, som er viktigheten med å skape en felles forståelse for problemene man står overfor. Som vi husker, møttes helseberedskapsrådet annenhver uke, om ikke oftere under den kalde krigen.

Med bakgrunn i dette er det noen viktige erfaringer jeg ønsker å trekke ut, som jeg mener undersøkelsen bidrar til å understreke betydningen av, i forhold til det sivil-militære beredskapsarbeidet. For det første ønsker jeg å trekke frem viktigheten av FSAN sin rolle, spesielt overfor de strategiske oppgavene. Uten denne funksjonen forsvinner koplingen mellom det operasjonelle og det militærstrategiske nivået, som vi har sett er helt avgjørende for helseberedskapen. For det andre tror jeg helseberedskapsrådet er en nøkkel, og at SANIF sammen må sørge for å prioritere og følge opp helseberedskapen for krig. Det er Forsvarsetaten som er ansvarlig, og det er SANIF som må fortelle hvilket behov Forsvaret har, og støtte de sivile helsemyndighetene med planverk innenfor begge søylene. Et siste poeng, er betydningen av bemanning og kompetanse. Dette er noe organisasjonene kan påvirke selv, gjennom å tilpasse egne strukturer, og motivere medarbeidere gjennom styring og styrking av kompetanse på tvers av avdelinger og nivåer.

Når det gjelder perspektiver for videre forskning kunne en sivil vinkling på problemet, etter mitt skjønn, være en meget interessant og viktig studie. Å undersøke hvordan den sivile helseorganisasjonen i dag, stiller seg i forhold til helseberedskap for krig, og hvordan de bidrar inn i dette, er noe jeg vil oppfordre fremtidige masterstudenter til å ta fatt på. I tillegg ville en organisasjonsstudie av FSAN være av interesse. Her kunne man med utgangspunkt i samme teoretisk rammeverk undersøke utviklingen av organisasjonen fra 2000-tallet til i dag, hvor man ser nærmere på hvordan organiseringen av FSAN får konsekvenser for hvordan ulike avdeinger oppfatter rollen og oppgavene som tilfaller og forventes av organisasjonen.

Jeg vil avslutte undersøkelsen med å sittere en av mine respondenter:

Q: Hvem leder saniteten?

A: «Sjef FSAN bør lede SANIF, FOH leder ikke saniteten, men sørger for at operasjoner går i orden. Vi i SANIF er prisgitt av å ha en sanitetssjef i Forsvaret. Det er viktig å ha en sjef som representerer saniteten på strategisk nivå [...] mekanismene er på plass, vi må bare bli enda tydeligere på roller og ansvar» (O1)

Litteraturliste

- Andersen, M., Ødegaard, G. (2016). *Militære fellesoperasjoner -en innføring* Oslo: Abstrakt forlag.
- Avtale mellom Helsedirektoratet og Forsvaret ved Forsvarets operative hovedkvarter vedrørende gjensidig bistand.* (2022). FOH
- Bjelland, B., Nakstad, E.R. (2021). *Beredskap, kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christensen, T., Læg Reid, P., Røvik, K.A. (2021). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (4 ed.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Direktiv for virksomhetsstyring.* (2018). Forsvarssjefen
- Endret mandat for sentralt totalforsvarsforum.* (2021).
- Fimreite, A. L., Lango, P., Læg Reid, P., Rykkja, H. . (2011). *Organisering, samfunnssikkerhet og krisehåndtering.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Forsvarets doktrine for sanitets- og veterinærvirksomhet.* (2017). Forsvarssjefen
- Forsvarets fellesoperative doktrine.* (2019). Oslo: Forsvarsstaben
- Forsvarsdepartementet. (2021). *mandat for sentralt totalforsvarsforum.* Oslo
- Forsvarsdepartementet, J.-o. b. (2018). *Støtte og samarbeid: en beskrivelse av totalforsvaret i dag.* Oslo
- Forsvarssjefens plan 2020-2031.* (2020).
- Helseberedskapsrådets mandat. (2022). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/helseberedskap/helseberedskapsradet/id438821/>
- Instruks for Forsvaret.* (2020). Forsvarsdepartementet
- Instruks til forsvarssjefens undergitte sjef.* (2022). Forsvarssjefen
- Introduksjon til FOH. (2022). Retrieved from <https://folkogforsvar.no/introduksjon-til-forsvarets-operative-hovedkvarter-foh/>. from Folk og Forsvar
- <https://folkogforsvar.no/introduksjon-til-forsvarets-operative-hovedkvarter-foh/>
- Johannessen, A., Tufte, P.A., Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* Oslo: Abstrakt forlag.
- Johansen, R. B., Fosse, T.H., Boe, O. (2019). *Militær ledelse.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Kampkraft og bærekraft - Iverksettelsesbrev til forsvarssektoren.* (2016).
- Konsept for Forsvarets traumesystem i Norge.* (2021). Sjef Forsvarets sanitet
- Larssen, A.-k. (2021). *Beredskap og krisehåndtering - Utfordringer på sentralt, regionalt og lokalt nivå.* Oslo: Cappellen Damm AS.
- Lov om helsemessig og sosial beredskap. (2022). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56>. from Lovdata.no
- <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56>
- Melien, T. J. (2016). *Forsvarets sanitet, helse for stridsevne 1941-2016.* Oslo: Dreyers forlag.
- Nasjonal helseberedskapsplan* (2018). Helse -og omsorgsdepartementet
- Nasjonal traumeplan. (2022). Retrieved from <https://traumeplan.no/>. https://traumeplan.no/NJHQ-SOP-490-MED_MEDICAL_SUPPORT. (2021). FOH
- Norheim-Martinsen, P. M., Bjerga, K.I., Endregard, M., Håkenstad, M., Johansen, S.R., Listou, T., Romarheim, A., Thomstad, A.B. . (2019). *Det nye totalforsvaret.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

-
- Rooseboom de Vries, J.-B. (2017). *Samordning av helseberedskap mellom Forsvaret og helsesektoren i totalforsvaret*. (Masteroppgave). Høgskolen i Hedmark,
- Rørbakk, A., Sjaaeng T. (2019). *sivilt-militært samarbeid - samordning av etater på regionalt nivå innen samfunnssikkerhet*. (Masteroppgave). Høgskolen i Innlandet,
- Sjef FSAN plan 2021-2032*. (2021). Forsvarets sanitet
- St.meld. nr.22 Samfunnssikkerhet - samvirke og samordning* (2008). Oslo: Regjeringen Stoltenberg II
- St.meld. nr.38: Om samarbeidet i NATO 2008*. (2009). Oslo: Regjeringen Stoltenberg II
- St.Meld. nr.39 - Samfunnssikkerhet og sivil-militært samarbeid* (2004). Oslo: Regjeringen Bodevik II
- Stående ordre for Forsvarsstaben*. (2021). Forsvarsstaben
- Sørli, S., Rønne, H.K. (2006). *Hele folket i forsvar* Oslo: Unipub AS.
- Thaur Gundersen, P. (2018). *Organisering av legemiddelberedskap i totalforsvaret - forberedt på det verste*. (Mastergrad). Forsvarets Høgskole, Oslo.
- TOR-490-JMED-S*. (2021). FOH
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Vedlegg

Godkjenning NSD

04.05.2022, 11:43

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

267156

Prosjekttittel

Samordning av beredskap innenfor saniteten i Forsvaret

Behandlingsansvarlig institusjon

Forsvarets Høgskole / Forsvarets stabsskole

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Tormod Heier, theier@mil.no, tlf: 47642420

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Thomas Johansen, thomasjohans@mil.no, tlf: +4790595132

Prosjektperiode

01.11.2021 - 31.07.2022

Vurdering (1)**22.02.2022 - Vurdert****OM VURDERINGEN**

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personverregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk,

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/61fbef9c-b3db-4042-88e9-563aaf68b76e>

1/2

informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Samordning av beredskap innenfor saniteten i Forsvaret”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å forstå hvordan sanitetsorganisasjonens formelle og uformelle normer påvirker samordning innenfor beredskapsarbeidet. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunn og formål for studien

Det overordnede temaet for prosjektet er Forsvarets evne til å samordne egne sanitetsressurser med sivile ressurser som del av Norges overordnede krigsberedskap. Litteratur og studier innenfor beredskapsarbeid i totalforsvaret vektlegger betydningen av tverrdepartemental samordning. Bakgrunnen for dette er den norske statsforvaltningens sektorbaserte innretning, og offentlige organisasjoners utfordringer med å håndtere en form for samfunnssikkerhet (fred-krise-krig) som er organisasjons-, sektor- og nivåoverskridende.

Nærmere bestemt ønsker jeg å undersøke samordning av beredskap innenfor saniteten i Forsvaret. Oppgaven begrenser seg til krigsberedskap (sivil-militært samarbeid til støtte for Forsvaret i krig) og vil konsentrere seg om operasjonelt og strategisk nivå i Forsvaret.

Bakgrunnen for studien er min egen arbeidserfaring innenfor området. Mitt generelle inntrykk er at beredskapsarbeid innenfor sanitet bærer preg av å være uoversiktlig og fragmentert.

Dette kan skyldes uklare roller og ansvarsforhold i en sektorbasert stat som i forskningen ofte kalles *komplekse organisasjoner*. For å svare på problemstillingen benyttes

«organisasjonsteori for offentlig sektor». En sentral antakelse i teorien om offentlige

organisasjoner er at organisasjonsformene påvirker innholdet av den offentlige politikken:

hva, hvordan -og i hvilken grad noe blir gjort. For å forstå en «levende organisasjon» og

hvordan denne fungerer må man se det fra ulike perspektiver, såkalte *strukturell-instrumentell*

- og *institusjonell* tilnærming (formell – uformell). Problemstillingen er todelt, med en

innledende deskriptiv del og en påfølgende eksplorerende del:

Hvordan kan beredskapsarbeidet innenfor saniteten i Forsvaret beskrives, og hvilke konsekvenser har dette for effektiv samordning?

Med følgende forskningsspørsmål:

- 1) *Hvilke spesialiserings -og samordningsprinsipper er saniteten i Forsvaret basert på?*

-
- 2) *Hva slags konsekvenser har den formelle strukturen for saniteten i Forsvaret med tanke på samordning av beredskap?*
 - 3) *Hvilken betydning har organisasjonskulturen for saniteten i Forsvaret med tanke på samordning av beredskap?*

Hypotese:

Uklare roller, ansvarsfordeling og myndighet innenfor saniteten i Forsvaret, reduserer evnen til effektiv samordning av beredskap.

Formålet med dette prosjektet er å forstå hvordan sanitetsorganisasjonens formelle og uformelle normer påvirker samordning innenfor beredskapsarbeidet mellom de ulike nivåene, og avdelingene. Fenomenet som undersøkes er «samordning av beredskap innenfor saniteten i Forsvaret».

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Dette prosjektet er en masteroppgave ved Forsvarets Høgskole (stabsskole for videregående offisersutdanning). Opplysningene fra intervjuet vil ikke nyttes til andre formål.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du/dere er spurt om å delta på bakgrunn av din/deres kompetanse og erfaring innenfor beredskapsarbeid i saniteten i Forsvaret, på operasjonelt -og/eller strategisk nivå, tilsvarende.

Hva innebærer det for deg å delta?

Studien samler data gjennom primærkilder ved hjelp av semistrukturerte intervju. Det vil primært bli gjennomført gruppeintervjuer, men intervjuer av enkeltpersoner vil kunne forekomme. Intervjuformen er semistrukturert intervju. Spørsmålene vil omfatte formelle og uformelle normer ved sanitetsorganisasjonen, og hvordan dette påvirker samordning av beredskap. Hvilke strukturer, prosesser og oppgaver er sentrale for samordning, og hvordan virker disse i praksis? Intervjuet vil vare i ca. én time, og det er ønskelig at det gjennomføres i tilknytning til deres/din arbeidsplass. Det er kun student (undertegnede) som vil foreta intervju. Intervjuet registreres på en digital lydopptaker og vil bli transkribert over på et elektronisk dokument. Intervjuene tilstrebes å gjennomføres medio februar.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil kun være student og veileder som har tilgang. Respondenter vil anonymiseres i oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er medio mai 2022. Personopplysninger og eventuelle opptak vil behandles konfidensielt. Kun studenten og veileder vil ha tilgang til opplysningene. Personopplysninger og lydopptak slettes når sensur foreligger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Forsvarets Høgskole har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Forsvarets Høgskole ved Oberstløytnant Tormod Heier, tlf: 47 64 24 20, epost: theier@mil.no.
- Eller, Major Thomas Johansen (student), tlf: 90595132, epost: thomasjohans@mil.no
- Vårt personvernombud: Tormod Heier, Stabsskolen/Forsvarets høgskole

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Tormod Heier
(veileder)

Thomas Johansen
(student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Respondent (er):

Avdeling:

Stilling:

Dato for intervju:

Velkommen

Takk for at du/dere har tatt dere tid til å delta i denne studien. Ditt/deres bidrag er verdifullt for prosjektet og vil bidra til økt forståelse innenfor temaet.

Hensikt med prosjektet

Det vises til «forespørselen om deltakelse i forskningsprosjekt» for utdypende informasjon om studien og deltakelse på intervju.

Formålet med studien er å bidra til økt kunnskap om hvordan organisasjonsstrukturen i saniteten i Forsvaret får konsekvenser for det sivil-militære beredskapsarbeidet for krig. Fokuset er på det operasjonelle og strategiske nivået. Problemstillingen er:

Hvordan kan beredskapsarbeidet innenfor saniteten i Forsvaret beskrives, og hvilke konsekvenser har dette for effektiv samordning?

Selve intervjuet

Intervjuet gjennomføres som et uformelt semistrukturert intervju med brede og spesifikke spørsmål innenfor tema.

Intervjuet innledes med en gjennomgang av nøkkelbegrepene: (1) det sivil-militære beredskapsarbeidet for krig; (2) Saniteten i Forsvaret; (3) Samordning. Dette er viktig med tanke på å skape et felles utgangspunkt og begrepsavklaring slik at vi sikrer at vi snakker om de samme tingene, og har med oss rett kontekst inn i intervjuet. Ved behov gjennomgås tema.

Innledningsvis vil oppmerksomheten rettes mot din/deres generelle forståelse for samordning av beredskap innenfor saniteten i Forsvaret (SANIF). Deretter vil vi fokusere på spørsmål innenfor de tre faktorene: (1) mål; (2) organisasjonsstruktur; (3) prosesser, og hvordan disse får konsekvenser for beredskapsarbeidet for egen avdeling, og SANIF.

Jeg vil benytte meg av lydopptaker og pause denne når dere har behov for det. Jeg stiller ingen graderte spørsmål, da undersøkelsen og den ferdigstilte oppgaven skal være ugradert. Slik at vi må påse underveis, at vi ikke kommer inn på gradert informasjon, men holder det på et generelt nivå. I tillegg til lydopptaker vil jeg notere underveis.

I forskning er det et formelt krav om deres/ditt samtykke til å delta på undersøkelsen, og dere/du bes derfor å signere samtykkeerklæringen på informasjonsskrivet.

Dere/du vil ikke bli navngitt i oppgaven, men nivået og enheten (DIF) du tilhører vil bli synliggjort i forhold til data. Dere/du kan når som helst trekke dere/deg fra intervjuet uten å oppgi grunn. Studien er meldt inn til *Personvernforbundet for forskning og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste* (NSD).

Intervju

<i>Innledende spørsmål</i>		<p>kan du/dere fortelle litt om din/deres forståelse for det sivil-militære beredskapsarbeidet for krig i saniteten?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samordning - Roller - Beredskap
<i>Hovedfaktorer:</i>	<i>Indikatorer:</i>	<i>Intervjuspørsmål:</i>
(1) <i>Mål</i>	<p>1.1 Eksogene mål</p> <p>1.2 Endogene mål</p>	<p>1.1</p> <p>1.1.1 Hvilke formelle mål har organisasjonen du/dere jobber for, med tanke på det sivil-militære beredskapsarbeidet?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fastsatt av nivået over? - Formelt fastsatt av egen ledelse? <p>1.1.2 I hvilken grad opplever du/dere at disse formelle målende som passende, ut ifra dagens situasjon?</p> <p>1.2.1 Dersom det har vært behov for å operasjonalisere målene, hva er bakgrunnen for dette?</p> <p>1.2.2 Hvilke egne (endogene) mål i forhold til det sivil-militære beredskapsarbeidet har dere evt. etablert? Hvorfor?</p>
(2) <i>Organisasjonsstruktur</i>	<p>2.1 formelle roller</p> <p>2.2 Spesialisering & koplinger</p> <p>2.3 Identitet & forventninger</p>	<p>2.1.1 Hvilken formell rolle har din/deres organisasjon med tanke på beredskap?</p> <p>2.2.1 Hvilke avhengighetsforhold har din/deres organisasjon med tanke på beredskap?</p> <ul style="list-style-type: none"> - internt i Forsvaret (vertikal) - sivil sektor (horisontal) <p>2.2.2 Hvilke tema og problemområder er det som typisk skaper et behov for samordning?</p> <ul style="list-style-type: none"> - hvordan synes du/dere dette fungerer? <p>2.2.3 Hvordan anser du/dere de strukturelle forutsetningene for det sivil-militære beredskapsarbeidet for egen organisasjon? Totalt sett i SANIF? (sjefens plan, org.struktur, ressurser)</p> <p>2.3.1 Er det sivil-militære beredskapsarbeidet og samordning av dette en prioritert aktivitet i avdelingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ja, nei, i så fall hvordan kommer dette til uttrykk? <p>2.3.2 Hvilken rolle mener du/dere egen organisasjon burde ha, i forhold til det sivil-militære beredskapsarbeidet?</p> <p>2.3.3 Hva er den viktigste driveren i forhold til det sivil-militære beredskapsarbeidet i egen avdeling?</p> <ul style="list-style-type: none"> - samordning

		2.3.4 Hva forventer du/dere av nivået over/under? Med tanke på det sivil-militære beredskapsarbeidet - risikoanalyse, beredskapsanalyse, plan, kontinuerlig forbedring
(3) <i>Prosesser</i>	3.1 Formelle prosesser & møtestrukturer 3.2 Etablerte, uformelle rutiner	3.1.1 Hvilke formelle prosesser/møtestrukturer er sentral for det sivil-militære beredskapsarbeidet? - Hvordan opplever du/dere effekten av disse? - Sentralt totalforsvarsforum (DSB/FOH) - Helseberedskapsrådet (HDir) - Strategisk sanitetsråd (FSAN) 3.2.1 Finnes det noen uformelle rutiner av særlig betydning?
<i>Avsluttende spørsmål</i>		Hvem leder saniteten i samordning av det sivil-militære beredskapsarbeidet? Hva er de sivile helsemyndighetenes rolle, og hva bør vi kunne forvente av dem?

Avrund intervjuet

Fortell respondentene hva du lærte i løpet av samtalen, og spør respondentene om de har noen avsluttende spørsmål eller praktiske forhold de har behov for å oppklare. Husk å takke for deltakelse.

Huskeliste:

- 1) Få spontane, innholdsrike, spesifikke og relevante svar
- 2) Korte spørsmål er bra (oppklar spørsmål, begrep ved behov)
- 3) Lytt! Lange svar fra respondent er bra
- 4) Følg opp og klargjør svar fra respondentene. Tolk mens intervjuet pågår
- 5) Verifiser mine fortolkninger fortløpende
- 6) Ledende spørsmål om allerede dekket tema, kan nyttes til å verifisere

04.02.22

Søknad om deltagelse i forskningsprosjektet ” Samordning av beredskap innenfor saniteten i Forsvaret”?

Jeg vil med dette søke om tillatelse til å intervjuere ansatte ved deres organisasjon i tilknytning til mitt forskningsprosjekt. Formålet med prosjektet er å forstå hvordan sanitetsorganisasjonens formelle og uformelle normer påvirker samordning innenfor beredskapsarbeidet. Dette skrevet gir informasjon om bakgrunn og målene for prosjektet, og hva deltakelse vil innebære.

Bakgrunn og formål for studien

Det overordnede temaet for prosjektet er Forsvarets evne til å samordne egne sanitetsressurser med sivile ressurser, som del av Norges overordnede krigsberedskap. Litteratur og studier innenfor beredskapsarbeid i totalforsvaret vektlegger betydningen av tverrdepartemental samordning. Bakgrunnen for dette er den norske statsforvaltningens sektorbaserte innretning, og offentlige organisasjoners utfordringer med å håndtere en form for samfunnsikkerhet (fred-krise-krig) som er organisasjons-, sektor- og nivåoverskridende.

Nærmere bestemt ønsker jeg å undersøke samordning av beredskap innenfor saniteten i Forsvaret. Oppgaven begrenser seg til krigsberedskap (sivil-militært samarbeid til støtte for Forsvaret i krig) og vil konsentrere seg om operasjonelt og strategisk nivå i Forsvaret. Bakgrunnen for studien er min egen arbeidserfaring innenfor området. Mitt generelle inntrykk er at beredskapsarbeid innenfor sanitet bærer preg av å være uoversiktlig og fragmentert. Dette kan skyldes uklare roller og ansvarsforhold i en sektorbasert stat som i forskningen ofte kalles komplekse organisasjoner. For å svare på problemstillingen benyttes «organisasjonsteori for offentlig sektor». En sentral antakelse i teorien om offentlige organisasjoner er at organisasjonsformene påvirker innholdet av den offentlige politikken: hva, hvordan -og i hvilken grad noe blir gjort. For å forstå en «levende organisasjon» og hvordan denne fungerer må man se det fra ulike perspektiver, såkalte strukturell-instrumentell - og institusjonell tilnærming (formell – uformell). Problemstillingen er todelt, med en innledende deskriptiv del og en påfølgende eksplorerende del:

Hvordan kan beredskapsarbeidet innenfor saniteten i Forsvaret beskrives, og hvilke konsekvenser har dette for effektiv samordning?

Med følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvilke spesialiserings -og samordningsprinsipper er saniteten i Forsvaret basert på?
- 2) Hva slags konsekvenser har den formelle strukturen for saniteten i Forsvaret med tanke på samordning av beredskap?
- 3) Hvilken betydning har organisasjonskulturen for saniteten i Forsvaret med tanke på samordning av beredskap?

Formålet med dette prosjektet er å forstå hvordan sanitetsorganisasjonens formelle og uformelle normer påvirker samordning innenfor beredskapsarbeidet mellom de ulike nivåene, og avdelingene. Fenomenet som undersøkes er «samordning av beredskap innenfor saniteten i Forsvaret».

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Dette prosjektet er en masteroppgave ved Forsvarets Høgskole (stabsskole for videregående offisersutdanning). Opplysningene fra intervjuet vil ikke nyttes til andre formål.

Hvorfor får din organisasjon spørsmål om å delta?
ansatte ved din organisasjon er spurt om å delta på bakgrunn av deres kompetanse og erfaring innenfor beredskapsarbeid i saniteten i Forsvaret, på operasjonelt -og/eller strategisk nivå, tilsvarende.

Hva innebærer det for dine ansatte å delta?
Studien samler data gjennom primærkilder ved hjelp av semistrukturerte intervju. Det vil primært bli gjennomført gruppeintervjuer, men intervjuer av enkeltpersoner vil kunne forekomme. Spørsmålene vil omfatte formelle og uformelle normer ved sanitetsorganisasjonen, og hvordan dette påvirker samordning av beredskap. Hvilke strukturer, prosesser og oppgaver er sentrale for samordning, og hvordan virker disse i praksis? Intervjuet vil vare i ca. én time, og det er ønskelig at det gjennomføres i tilknytning til arbeidsplass. Det er kun student (undertegnede) som vil foreta intervju. Intervjuet registreres på en digital lydopptaker og vil bli transkribert over på et elektronisk dokument. Intervjuene tilstrebes å gjennomføres medio februar.

Det er frivillig å delta
Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis dine ansatte velger å delta, kan de når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle personopplysninger vil da bli slettet.

Personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger
Vi vil bare bruke opplysningene til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil kun være student og veileder som har tilgang. Respondenter vil anonymiseres i oppgaven.

Hva skjer med opplysningene når vi avslutter forskningsprosjektet?
Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er medio mai 2022. Personopplysninger og eventuelle opptak vil behandles konfidensielt. Kun studenten og veileder vil ha tilgang til opplysningene. Personopplysninger og lydopptak slettes når sensur foreligger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger?
Vi behandler opplysninger om de ansatte basert på deres samtykke. På oppdrag fra Forsvarets Høgskole har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Rettigheter

Så lenge man kan identifiseres i datamaterialet, har man rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Andre forhold

Dersom din organisasjon godkjenner og gir tillatelse til at jeg kan komme og gjennomføre intervjuer av deres ansatte, har jeg behov for en skriftlig bekreftelse. Denne bekreftelsen kan være enkel, og sendes på epost til undertegnede(student): thomasjohans@mil.no

Det er viktig å understreke at denne studien ikke har til hensikt å undergrave saniteten i Forsvaret og avdelingene som sådan. Avdelinger og nivåer vil ikke bli satt opp mot hverandre, slik at eventuelle utfordringer vil bli belyst fra et saklig, objektivt og helhetlig perspektiv. Problemområdet (fenomenet) er noe jeg selv synes er viktig, spennende og utfordrende. Jeg tror derfor en slik studie vil kunne bidra til økt innsikt innenfor samordningsproblematikken, og hvordan saniteten i Forsvaret som helhet samarbeider om beredskap.

Hvis din organisasjon har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte rettigheter, ta kontakt med:

Major Thomas Johansen (student), tlf: 90595132, epost: thomasjohans@mil.no

Eller, Forsvarets Høgskole ved Oberstløytnant Tormod Heier, tlf: 47642420, epost: theier@mil.no.

Med vennlig hilsen

Thomas Johansen
(student)

Tormod Heier
(veileder)

Johansen, Thomas

Fra: Skeie, Ronny Gustad
Sendt: onsdag 4. mai 2022 16:51
Til: Johansen, Thomas
Kopi: Størksen, Roar
Emne: SV: tillatelse til å gjennomføre intervju med ansatte i deres avdeling

Avdelingen samtykker.

Ronny Skeie

Oberstleynant
FSAN/ Sjef M5/7/9
E-post: rskeie@mil.no
Kontor: 6392 6994 / 0505 6994
Mobil: +47 48061303
Besøksadresse: Sessvollmoen leir bygg 28

Fra: Johansen, Thomas <thomasjohans@mil.no>
Sendt: onsdag 4. mai 2022 16:35
Til: FSAN KONTAKT (postboks) <ressurs_003005@mil.no>; Valen-Odlo, May Brith <mvalen@mil.no>
Kopi: Øverbye, Lena Elisabeth <loverbye@mil.no>; Skeie, Ronny Gustad <rskeie@mil.no>
Emne: tillatelse til å gjennomføre intervju med ansatte i deres avdeling

I forbindelse med mitt forskningsprosjekt «samordning av det sivil-militære beredskapsarbeidet i saniteten i Forsvaret» vil jeg be om avdelingens samtykke til å gjennomføre intervju med deres ansatte. Jeg er student ved Forsvarets høyskole og skriver en masteroppgave som del av stabsskolen og VOU. Min bakgrunn er sanitetsoffiser i Hæren (nå i fellesstab), og er for tiden ansatt i FOH J4 sanitet. Motivasjonen for valgte tema er at jeg ønsker innsikt og forståelse for det sivil-militære beredskapsarbeidet (for krig), som er en viktig del av jobben på de nivåene jeg kommer til å jobbe fremover.

Problemstillingen er: hvordan kan det sivil-militære beredskapsarbeidet i saniteten i Forsvaret beskrives, og hvilke utfordringer kjennetegner dette samarbeidet?

Konkret ønsker jeg å se på hvilke konsekvenser organiseringen av saniteten i Forsvaret (strukturelle og kulturelle forhold) får for dette arbeidet. Teorien som nyttes er organisasjonsteori fra offentlig sektor.

Avdelingen samtykker ved å svare på denne eposten.

Mvh

Thomas Johansen
Student, stabsskolen 2020 – 2022

Johansen, Thomas

Fra: Rolandsen, Bent-Åge Moe
Sendt: torsdag 5. mai 2022 12:08
Til: Johansen, Thomas
Emne: SV: tillatelse til å gjennomføre intervju med ansatte i deres avdeling

Hei!
Avdelingen gir samtykke til at undersøkelsen kan gjennomføres
Fungerende sjef san/vet seksjonen ved FOH

Med vennlig hilsen

Bent-Åge Rolandsen
Obersøytnant/ Medisinsk rådgiver / Stabslege
Forsvarets Operative Hovedkvarter

E-post (B) brolandsen@mil.no
E-post (U) brolandsen@mil.no
Telefon: 0565 6441 / 75 53 64 41
Mobil: 995 69 382
Besøksadresse: FOH, Reitan, 8058 Tverlandet

Fra: Johansen, Thomas <thomasjohans@mil.no>
Sendt: torsdag 5. mai 2022 11:54
Til: Rolandsen, Bent-Åge Moe <brolandsen@mil.no>
Emne: VS: tillatelse til å gjennomføre intervju med ansatte i deres avdeling

Fra: Valen-Odlo, May Brith <mvalen@mil.no>
Sendt: torsdag 5. mai 2022 08:52
Til: Johansen, Thomas <thomasjohans@mil.no>
Emne: SV: tillatelse til å gjennomføre intervju med ansatte i deres avdeling

Det tillates!

Fra: Johansen, Thomas <thomasjohans@mil.no>
Sendt: onsdag 4. mai 2022 16:35
Til: FSAN KONTAKT (postboks) <ressurs_003005@mil.no>; Valen-Odlo, May Brith <mvalen@mil.no>
Kopi: Øverbye, Lena Elisabeth <loverbye@mil.no>; Skeie, Ronny Gustad <rskeie@mil.no>
Emne: tillatelse til å gjennomføre intervju med ansatte i deres avdeling

I forbindelse med mitt forskningsprosjekt «samordning av det sivil-militære beredskapsarbeidet i saniteten i Forsvaret»