



**FORSVARET**  
Forsvarets høgskole

## **Ett helsevesen -**

*En studie i forutsetningene for sivil-militært helsesamvirke*

**Leif Olav A. Stokkan**

Masteroppgave  
Forsvarets høgskole  
vår 2023

---

---

# Forord

Denne oppgaven er skrevet som en del av det erfaringsbaserte masterstudie ved Forsvarets høgskole våren 2023 og markerer slutten på to års utdanning.

Jeg vil først starte med å takke de som har bidratt inn mot oppgaven i form av veiledning og korrektur. Jeg vil og takke alle venner og kollegaer med gode faglige diskusjoner rundt emnet, samt tålmodighet rundt mitt fravær på grunn av arbeidet med denne oppgaven.

Arbeidet med denne oppgaven har vært svært krevende og givende. Krevende på grunn av den lille tiden til rådighet og jobb ved siden av. Arbeidet har gitt meg personlig et godt bilde på det sivil-militære samarbeidet mellom det sivile helsevesenet og sanitet i Forsvaret. Jeg var svært tidlig inne på at dette var et område jeg ville gå litt dypere i, for å øke egen kompetanse og kunnskap for igjen å bedre egne forutsetninger i mitt virke som sanitetsoffiser. Allerede under utarbeidelse i oppgaven identifiserer jeg tiltak vi må gjøre i Hæren for å bedre det sivil-militære helsesamarbeidet. Disse tiltakene er nå i prosess, og vil forhåpentlig føre til en mer troverdig og robust sanitetstjeneste for våre soldater.

Alle vurderinger i denne oppgaven står for min egen regning

Oslo, 15. mai 2023

Leif Olav A. Stokkan

---

# Sammendrag

Forsvaret baserer seg i stor grad på det sivile helsevesenets evne til å støtte militære styrker og operasjoner med medisinsk evakuering og behandling. Dette være seg militære operasjoner i utlandet og ved militære operasjoner under væpnet konflikt og krig her i Norge. Tidligere var det et godt utviklet og trent totalforsvarskonsept innenfor helse og sanitet, men dette har forvitret og det er nå et nytt fokus på å ta opp igjen det sivil-militære samarbeidet. I tillegg har det vært et økt fokus på Forsvarets støtte til det sivile samfunnet innenfor samfunnssikkerhet, også innenfor helse. Samhandlingen mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet bærer preg av en periode med liten til ingen koordinering. Det er heller ikke å legge skjul på at det medfører utfordringer når to etater med forskjellige ansvarsoppgaver skal samhandle. Evnen til å samhandle er avgjørende for en troverdig og robust sanitetstjeneste i Forsvaret. For at Forsvaret og det sivile helsevesenet skal kunne samhandle er det derfor svært viktig at de for det første legger føringer til grunn for samhandlingen og at det er en felles forståelse for den sivil-militære samhandlingen. For det andre må Forsvaret og det sivile helsevesenet kjenner til hverandres kapasiteter og kapabiliteter, og for det tredje kommuniserer sine behov for støtte der det trengs. Det er bakgrunnen for spørsmålet jeg forsøker å besvare:

## ***I hvilken grad er samhandlingen mellom Forsvaret og helsesektoren i samsvar med overordnede føringer og intensjoner?***

Mine hovedfunn viser at føringene og intensjonene for sivil-militær samhandling er svært generelle og konkretiserer i liten grad hvordan samhandlingen skal gjennomføres. Dette gjelder spesielt på de lavere nivåene som har et behov for å være mer konkret i sin beskrivelse av samhandlingen. Det kommer også frem at kommunikasjonen mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet er svært mangelfull. For at samhandlingen skal bedres er det derfor viktig at de allerede eksisterende kommunikasjonskanalene og koordinerings organene fungerer, og har myndighet til å kunne koordinere helseberedskapen. Det bør og opprettes kommunikasjonskanaler på flere nivå, spesielt de lavere nivåene mellom taktiske enheter og regionale helseaktører. Slike kommunikasjonskanaler bør være koordineringsorgan som nevnt over, og bør inkludere realistisk trening og øving mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet.

---

## Summary

The Norwegian Armed Forces is largely dependent on the ability of the civilian healthcare system to support military forces and operations with medical evacuation and treatment. This includes military operations abroad and military operations during armed conflict and war here in Norway. Previously, there was a well-developed and trained total defense concept within health and medical services. However, this has weathered and there is now a renewed focus on resuming civil-military cooperation. In addition, there has been an increased focus on the Armed Forces' support to civil society within social security, also within health. The interaction between the Armed Forces and the civilian healthcare system is characterized by a period of little or no coordination. There is also no hiding the fact that there are challenges when two agencies with different responsibilities interact. The ability to interact is crucial for a credible and robust medical services in the Armed Forces. In order for the Armed Forces and the civilian healthcare system to be able to interact, it is very important that they first lay down guidelines for the interaction, and that there is a common understanding of the civil-military interaction. Secondly, the Armed Forces and the civilian healthcare system must know each other's capacities and capabilities, and thirdly, communicate their need for support where needed. This lays the premis for the question I am trying to answer:

***To what extent is the interaction between the Armed Forces and the civilian health sector in accordance with overall guidelines and intentions?***

My main findings show that the guidelines and intentions for civil-military interaction are very general in their descriptions and do little to specify how the interaction should be carried out. This applies especially at the lower levels, which have a need to be more concrete in their description of the interaction. It also emerges that communication between the Armed Forces and the civilian healthcare system is very deficient. In order for the interaction to be improved, it is therefore important that the already existing communication channels and coordination bodies works, and have the authority to be able to coordinate health preparedness. Communication channels should be created at several levels, especially the lower levels between tactical units and regional health actors. Such communication channels should be a coordinating body as mentioned above, and should include realistic training and exercises between the Armed Forces and the civilian healthcare system.

---

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 PRESENTASJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLING .....	1
1.2 TIDLIGERE FORSKNING OG LITTERATUR .....	2
1.3 AVGRENSNING .....	3
1.4 STRUKTUR.....	3
1.5 NØKKELBEGREPER .....	4
<b>2 Metode</b> .....	<b>7</b>
2.1 FORSKNINGSDESIGN .....	7
2.2 DATAINNSAMLING.....	8
2.3 DATAKVALITET .....	9
<b>3 Bakgrunn</b> .....	<b>10</b>
3.1 SAMFUNNSSIKKERHET OG STATSSIKKERHET .....	10
3.2 SIVILT-MILITÆRT SAMARBEID OG TOTALFORSVARET .....	11
3.3 BEREDSKAP.....	11
Helseberedskap .....	13
<b>4 Forskningsspørsmål 1</b> .....	<b>14</b>
4.1 DE JURIDISKE RAMMENE.....	14
Forsvarets bistand til det sivile .....	14
Siviles støtte til Forsvaret .....	16
4.2 DE FIRE PRINSIPPENE FOR SAMFUNNSSIKKERHET .....	17
4.3 INSTRUKSER .....	19
4.4 STØTTE OG SAMARBEID – ET OPPSLAGSVERK .....	20
4.5 DELKONKLUSJON .....	21
<b>5 Forskningsspørsmål 2</b> .....	<b>23</b>
5.1 DEN MILITÆRE TOLKNINGEN .....	23
Forsvarets fellesoperative doktrine .....	23
Samarbeidsavtale FOH – Hdir .....	24
Forsvarets doktrine for sanitets- og veterinærvirksomhet.....	25
Morgendagens Hær .....	26
5.2 DEN SIVILE TOLKNINGEN.....	29
Nasjonal helseberedskapsplan .....	29
Regionale helseberedskapsplaner.....	31
Risiko- og sårbarhetsanalyse for fylkeskommunene .....	33
5.3 DELKONKLUSJON .....	34
<b>6 Forskningsspørsmål 3</b> .....	<b>37</b>
6.1 SANITETEN I DAG .....	37
6.2 HELSEBEREDSKAPSRÅDET .....	38
6.3 SIVIL-MILITÆR ØVING OG TRENING .....	40
Nasjonal helseberedskapsøvelse .....	40
Andre øvelser mellom sivil helse og saniteten i Forsvaret.....	41
6.4 DELKONKLUSJON .....	42
<b>7 Hovedsammendrag og konklusjon</b> .....	<b>43</b>
7.1 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON .....	43
7.2 AVSLUTTENDE REFLEKSJONER OG VIDERE FORSKNING .....	44
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>45</b>

---

# 1 Innledning

Innenfor helse har Norge som prinsipp at vi kun har ett helsevesen. Dette strekker seg gjennom hele konfliktspekteret og videre innebærer det at saniteten i Forsvaret er en del av det totale nasjonale helsesystemet og helseberedskapen. Saniteten i Forsvaret er dermed utstyrt og trent for å operere og levere helsetjenester der det sivile helsevesenet ikke kan. Typiske områder der saniteten yter en forskjell er samarbeidet og interaksjonen med militære avdelinger, samt områder eller situasjoner med høy risiko for helsefagarbeidere. Likevel har saniteten i Forsvaret begrenset kompetanse og kapasitet til å kunne understøtte hele Forsvaret med en total helseleveranse fra skadested til endelig behandling. Dette krever et samarbeid mellom Forsvaret og helsesektoren, som innehar både kompetanse og større kapasitet, og at pasienter som kommer av væpnet konflikt eller krig på et tidspunkt overføres til det sivile helsesystemet for videre medisinsk evakuering og behandling. Dette vil igjen kreve en tverrsektoriell samhandling for ivaretagelse av pasientene.

## 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Noe som kan anes som en utfordring, er den tverrsektorielle samarbeidet som må være på plass mellom Forsvarsdepartementet (FD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Historisk sett har FD fokusert på krise og krig i konfliktspekteret, mens HOD, sammen med andre departementer, har fokusert mer på det daglige virke og enkelthendelser i krisespekteret. Dette er et resultat som har kommet av den lave spenningen i Europa etter Berlinmurens fall og den endrede sikkerhetspolitiske situasjonen i Europa på 80 og 90-tallet. Forsvaret ble bygget ned, herunder Saniteten i Forsvaret, og samarbeidet i totalforsvaret ble i praksis avvirket. Selv om den opplevde trusselen om krig i Norge, og dermed det antatte behovet for totalforsvaret, var betydelig redusert etter den kalde krigen, betyr ikke dette at det ikke fantes sentrale føringer for beredskap og beredskapsarbeid. Et godt eksempel på dette er lov om særlige rådgjerd under krig, krigsfare og liknende forhold som har vært gyldig siden 1950 (Beredskapsloven, 1950). Den er fortsatt gyldig den dag i dag, med enkelte endringer.

Det som kan sies om perioden etter den kalde krigen er at ivaretagelsen, vedlikeholdet av og utviklingen i beredskapsarbeid var vesentlig redusert. Det er vanskelig å peke på en enkel hendelse eller et snupunkt for endret behov og syn på totalforsvaret. Men vi kan trekke frem *St.meld. nr. 39 (2003-2004)* fra 2004 som en av de store sentrale føringene for å revitalisere og tilpasse totalforsvaret i det endrede trusselbildet i verdenssamfunnet, og det endrede samfunnet i Norge. Russland er i mindre grad trukket frem som aggressor eller som en dimensjonerende faktor for Forsvaret og totalforsvaret i risikobildet i *St.meld. nr. 39* som det var under den kalde krigen eller som det ernå (*St.meld. nr. 39 (2003-2004)*, s. 11). Som vi ser, var det ikke et videre større fokus på væpnet konflikt eller krig i Norge. I risikobildet

---

trekkes svikt i viktige globaliserte samfunnsfunksjoner, terrorisme, pandemier, klimaendringer og store ulykker frem som den tids hovedtrusler mot samfunnssikkerheten og statsikkerheten. Dette fører til en endring i synet på totalforsvaret fra sivilsamfunnets understøttelse av Forsvaret i krig til mer gjensidig støtte i hele krisespekteret. Totalforsvaret har også fått et ytterligere løft etter den forandrede sikkerhetssituasjonen i Europa med Russlands intervensjon i Georgia (2008), annektering av Krim (2014), invasjon av Ukraina (2022) og andre påvirkningskampanjer gjennomført av Russland mot vesten (Etterretningstjenesten, 2023). Dette gjenspeiles også i de andre styrende dokumentene for beredskap og beredskapsarbeid i Norge som oppgaven nå vil se videre på.

Utviklingen vi har sett i totalforsvaret har i hovedsak dreid seg om sentrale føringer på overordnet nivå, men det mangler konkrete planverk for samarbeid mellom sektorene (Pedersen et al., 2022). Det praktiske samarbeidet har i hovedsak vært begrenset til mindre lokale øvelser hvor aktører fra totalforsvaret øver sammen.

Dette utleder følgende problemstilling:

***I hvilken grad er samhandlingen mellom Forsvaret og helsesektoren i samsvar med overordnede føringer og intensjoner?***

For å kunne svare på problemstillingen må man først se på og få oversikt over de overordnede føringer og intensjoner. Deretter må man se på samsvaret, dette kan gjøres ved å se på hvordan føringene og intensjonene tolkes og hvordan samhandlingen faktisk er. Dette leder til følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke juridiske rammer, intensjoner og føringer ligger til grunn for samhandling mellom Forsvaret og sivil helse?
2. Hvordan tolker Forsvaret og sivil helse de overordnede intensjoner og føringer for samhandling?
3. I hvilken grad er det praktiske samvirke mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet i samsvar med de overordnede intensjoner og føringer?

## **1.2 Tidligere forskning og litteratur**

Når det kommer til tidligere forskning har både totalforsvar, samfunnssikkerhet og beredskap blitt omfattende forsket på. Forskingen har både vært generelt innenfor det sivil-militære samarbeidet og spesifikke områder som for eksempel logistikk. Når det kommer til helse innenfor samfunnssikkerhet og beredskap, er dette et område det ikke har blitt gjort vesentlig forskning på. Forsvarets forskningsinstitutt har derimot et pågående prosjekt, *Saniteten mot 2040*. Prosjektet skal vurdere dagens sanitet i Forsvaret og bidra til et beslutningsgrunnlag for kommende prosesser. Det skal også sørge for at forsvaret har en best mulig tilpasset sanitet for sine oppgaver (Forsvarets forskningsinstitutt, u.å.). Det



---

er derfor naturlig at prosjektet ser på det sivil-militære helsesamarbeidet og sanitet og helse i totalforsvaret. Frem til nå har det kommet én rapport fra dette prosjektet, *Fremtidens sanitet – effektiv ressurs i Forsvaret og totalforsvaret*, som denne oppgaven vil benytte seg av.

Det er også skrevet noen masteroppgaver som er relevant for denne oppgaven. En av disse er en oppgave skrevet av Thomas Johansen i 2022 som har som mål å beskrive det sivil-militære beredskapsarbeidet innenfor helse og sanitet, og hvilke utfordringer som kjennetegner dette samarbeidet (Johansen, 2022). En annen oppgave er skrevet av Jean-Bobér Rooseboom de Vries som også ser på samordningen av helseberedskap i totalforsvaret. Oppgaven ser på Helseberedskapsrådet sin rolle i denne samordningen (de Vries, 2017). Begge oppgavene er inne på samme emne som denne oppgaven, men ser på en mer begrenset del av sivil-militære helsesamarbeid.

I arbeidet så har det også dukket opp noen henvisninger til dokumenter det ikke har vært mulig å fremskaffe innenfor tidsfristen for oppgaven. Dette er blant annet *Ledelsesmodell for sivilt-militært samvirke innen helse og sanitet* som virker som et svært relevant dokument til denne oppgaven: «*Sluttrapport fra delutredning: «Ledelsesmodell for sivilt militært samvirke innen helse og sanitet» fra Helseberedskapsrådet beskriver hvordan helsetjenesten og Forsvaret skal samhandle nasjonal, regionalt og lokalt*» (Hansen, 2019, s. 39).

## 1.3 Avgrensning

Å avgrense i denne oppgaven har vist seg å være utfordrende da temaet er svært bredt og drar nytten av dette. Men innenfor samvirke mellom helsevesenet og Forsvaret, vil det begrense seg til den fysiske håndteringen, det vil si pasient evakuering og behandling. Oppgaven vil derfor ikke se på andre områder for samarbeid mellom helse og saniteten, som medisinsk logistikk eller de folkerettslige utfordringene ved sivilt-militært samarbeid og totalforsvaret. I tillegg så omfatter helsesamarbeidet flere aktører og etater hvor politiet, sivilforsvaret og frivillige organisasjoner har en rolle for å nevne noen. Oppgaven vil kun se på helsesamarbeidet mellom Forsvaret og helsevesenet, herunder spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for å redusere omfanget. Dette er også fordi det er de mest sentrale og viktigste aktørene for helsesamarbeid. Likevel er det viktig å poengtere at litteraturen rundt det sivil-militære helsesamarbeidet er begrenset. Der dette er tilfelle har jeg blitt nødt til å se på den generelle beskrivelsen av sivilt-militært samarbeid, for så å trekke det mot helsesamarbeidet.

## 1.4 Struktur

Oppgaven vil etter innledningen starte med metoden som er valgt for oppgaven, før den går over i bakgrunn som er relevant for oppgavens problemstilling. Bakgrunnen vil gi bakteppet for drøftingen av forskningsspørsmålene og konkretisere samfunnssikkerhet, sivilt-militært samarbeid og beredskap.

---

Deretter vil hvert forskningsspørsmål drøftes, før avsluttende kapittel med oppsummering og konklusjon. Forskningsspørsmålene er satt i den rekkefølgen som er vist over, da det påfølgende forskningsspørsmålet bygger videre på det foregående.

## 1.5 Nøkkelbegreper

Her presenteres nøkkelbegrep som brukes i oppgaven og som er særegent eller viktig for oppgaven. I tillegg utledes nøkkelbegrep også ytterligere enkelte steder i oppgaven, eller der hvor det er naturlig med en utdypning.

Med **Saniteten i Forsvaret** (SANiF) menes den samlede sanitetskapabiliteter og sanitetskapasiteter i Forsvaret. Dette inkluderer sanitetsavdelinger som Forsvarets sanitet (FSAN) og stabsstrukturer og stabsfunksjoner med sanitetsfunksjoner (Pedersen et al., 2022, s. 10).

Med **Helsesektoren** menes i denne oppgaven det samlede helsetilbudet i sivil sektor. Dette inkluderer spesialisthelsetjenesten med sine regionale helseforetak. Innad i dette inngår også kommunehelsetjenesten, samt direktorater med ansvar for helse i Norge som Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Statens helsetilsyn, Statens legemiddelverk, Mattilsynet, Direktorat for e-helse og Norsk Helsenett. Det nasjonale ansvaret for helse, og dermed helsesektoren, blir ledet og organisert av Helse- og omsorgsdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 21). I denne oppgaven vil også begrepet *helsevesenet* brukes som en fellesbenevnelse for helsesektoren. Helsesektoren kan deles inn i nivåer og to helsetjenester som er beskrevet under.

**Spesialisthelsetjenesten** er en av to tjenester som helsetjenesten deles inn i. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som bestemmer hva som inngår i spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 1-2). I spesialisthelsetjenesten inngår sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste, ambulansetjeneste med bil eller båt, tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet, transport til undersøkelse eller behandling samt transport av behandlingspersonell (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Spesialisthelsetjenesten deles inn i fire regioner som er beskrevet under.

**Regionale Helseforetak (RHF)** er oppdelingen i spesialisthelsetjenesten i Norge som er oppdelt i fire statlig eide regionale helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 17); Helse Nord, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. Disse deler igjen eierforhold til Helseforetakenes Sykehusinnkjøp, Luftambulansetjenesten, Pasientreiser, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett, og Sykehusbygg HF. De regionale helseforetakene har også fordelt nasjonale behandlingstjenester og kompetansesenter, eksempel på dette er avansert brannskadebehandling som er lagt til Helse Vest

---

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 18–20). Oppgaven vil av praktiske årsaker fokusere på Helse Nord.

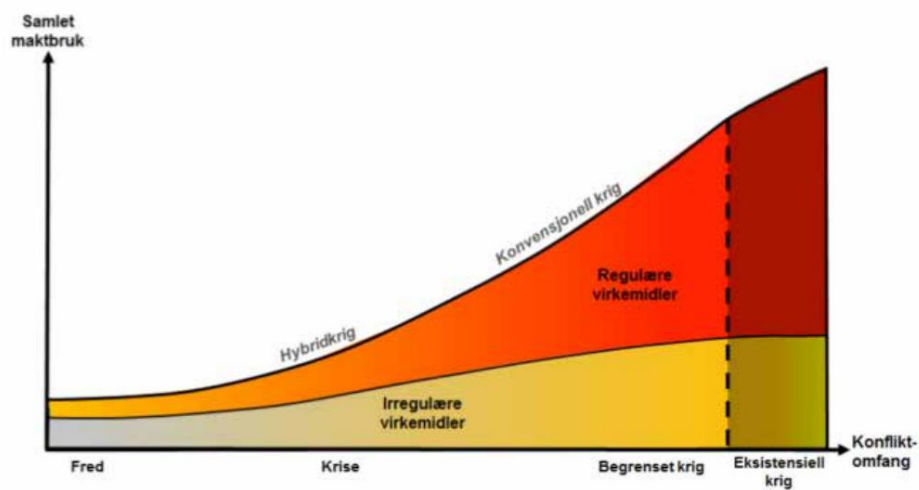
**Helseforetak (HF)** er oppdelingen av de Regionale Helseforetakene. Helseforetak er oppdeling av ansvar, enten innenfor geografiske områder, eller ved ansvar for et spesielt fagfelt innenfor hele regionen. Et eksempel på førstnevnte er sykehus som som regel er avgrenset geografisk, med unntak av enkelte spesialiteter. Et eksempel på sistnevnte er Helseforetaket Sykehusapotekene i hver av de regionale helseforetakene.

**Nivå;** Organisering innad helse og Forsvaret er inndelt i nivåer. For helsesektoren er dette **Nasjonalt, Regionalt** og **Lokalt nivå** (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 45). Det nasjonale nivået for helsesektoren er Helsedirektoratet med sitt nasjonale ansvar for helseberedskapen. Nasjonalt er igjen delt inn i flere regioner. Innenfor helse er dette de fire Regionale helseforetakene som er definert over. En annen form for regionalt nivå kan være fylkeskommune. Lokalt nivå menes her helseforetak i et regionalt helseforetak. Lokalt nivå kan også være kommuner eller andre avdelinger innenfor helse, som ambulansestasjoner. For Forsvaret er det tilsvarende nivå i organiseringen med nivåene **operasjonelt, taktisk** og **sub-taktisk nivå**. Operasjonelt nivå er også kjent som det fellesoperative nivå og er sammenlignbart med nasjonalt nivå. Taktisk nivået er nivået under det operasjonelle hvor vi finner Hæren, Sjøforsvaret, Luftforsvaret og Heimevernet. Sub-taktisk nivå er avdelinger i de nevnte taktiske avdelingene. Både Forsvarssektoren og Helsesektoren har **strategisk nivå**, dette er synonymt med politisk nivå og er de respektive departement, for Forsvaret så inkluderer Forsvarsstaben nivået som **militær-strategisk nivå** (Forsvaret, 2019, s. 63–64).

**Primærhelsetjenesten** er helse og omsorgstjenester normalt levert av kommuner, derfor er primærhelsetjenesten også kjent som **kommunehelsetjenesten**. I primærhelsetjenesten ligger; Helsefremmende og forebyggende tjenester. Svangerskap- og barselomsorgstjenester. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner herunder; legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste og psykososial beredskap og oppfølging. Utredning og diagnostisering (fastlegeordningen). Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Hjemmetjenesten, m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2016).

**Samvirke/Samhandling/Samarbeid**, disse tre begrepene blir i de forskjellige dokumenter brukt om hverandre. For enkelthet skyld så anses disse som synonymer for interaksjon mellom flere aktører eller organisasjoner for å oppnå felles mål. I denne oppgaven er Forsvaret en av de aktørene, og den andre er i hovedsak aktører fra helsesektoren eller generelt en sivil aktør. Begrepet blir også nevnt som **sivilt-militært samvirke/samhandling/samarbeid**.

**Krisespekteret** og **konfliktspektret** som brukes om hverandre, er en lineær beskrivelse av konfliktens omfang som strekker seg fra fred til krig. Spekteret kan også inneholde en visuell beskrivelse av maktbruk og virkemiddel som brukes i de forskjellige omfangene av konflikten eller krisen. Under er et eksempel på et konfliktspekter hentet fra Forsvarets fellesoperative doktrine.



Figur 1 (Forsvaret, 2019, s. 70)

---

## 2 Metode

For å kunne gi et godt svar på forskningsspørsmålene i denne oppgaven må det følges en forskningsmetode for selve undersøkelsen som omhandler utvikling av problemstilling, innsamling og behandling av data. Dette skal gjøres systematisk for å gi resultatet gyldighet og troverdighet (Jacobsen, 2015, s. 15–16). I denne delen av oppgaven presenteres metoden for å finne svar på oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål.

### 2.1 Forskningsdesign

Oppgaven har til hensikt å kartlegge sentrale juridiske dokumenter, intensjoner og føringer for det sivil-militære samarbeidet. Dette innebærer å lete i diverse dokumenter, både fra sentralt hold og nasjonalt nivå, som lover, instruksjoner med mer. Det er derfor valgt en kvalitativ dokumentstudie som forskningsmetode. Det ble det brukt dokumenter fra taktisk og regionalt nivå for å finne svar på forskningsspørsmålene, herunder for å finne svar på tolkning av de overordnede intensjonene og føringene samt det praktiske samarbeidet mellom det sivile helsevesenet og Forsvaret.

Det ble vurdert å gjennomføre intervjuer tidligere i arbeidet med oppgaven. Dette ble forkastet da det ikke var tiltenkt eller ønskelig å se på enkeltpersoners eller en gruppe menneskers meninger og tolkning, men heller grunnlaget for sivilt-militært helsesamarvirke og avdelinger og etaters tolkninger. Med andre ord så har ønsket vært å få en objektiv vinkling kontra en subjektiv vinkling (Jacobsen, 2015, s. 170). I tillegg ble det underveis tydeliggjort at intervjuer kunne ha løftet oppgaven innenfor enkelte områder, men på grunn av tiden til rådighet, jobb ved siden av og omfanget intervju ville ha medført, ble det forkastet. Videre grunn for dette er at det i hovedsak er dokumenter og annen litteratur om emnet vi som fagmilitære og personer med ansvar for helseberedskap skal nytte. Oppgaven vil derfor se om denne forutsetningen ligger til grunn for sivilt-militært helsesamarbeid. I ettertid har denne delen vist seg å være utfordrende, i stor grad på grunn av manglende empiri rundt Forsvarets og helsevesenets tolkning og den faktiske utførelsen. Likevel har jeg valgt å holde fast på valgt forskningsdesign, da det er grunnlaget jeg ønsker å forske på. Ved valg av annet forskningsdesign ville det ha tatt en annen retning mot informantens egen tolkning og erfaring. Dette kunne derimot vært interessant å forske på i forlengelse av denne oppgaven.

Oppgaven trekker også inn forfatterens egne erfaringer som sanitetsoffiser fra Hæren og det operasjonelle nivået. Dette er personlige observasjoner rundt emnet, samt faglige diskusjoner som har blitt gjennomført i forbindelse med forfatterens karriere og virke som sanitetsoffiser. Egne meninger, erfaringer og observasjoner blir nevnt spesifikt i oppgaven der det forekommer, for å skille det fra teori og data.

---

Bias vil alltid være en utfordring ved gjennomføring av en slik forskningsstudie. Over nevnes det at oppgaven har en objektiv vinkling, men det vil alltid være et subjekt i utarbeidelsen, og i dette tilfelle er det forfatteren. Bias vil i denne oppgaven i all hovedsak være egne fordommer for det sivil-militære helsesamvirke, tidligere oppfatning av emnet og i tolkning av tekster og dokumenter som er brukt i oppgaven. I tillegg må det også nevnes at dette er en oppgave som er viktig for videre avansement i min personlige karriere, og de som leser denne oppgaven må ha dette i mente. For å imøtekomme dette har jeg forsøkt å kvalitetssikre eget arbeid med fortløpende diskusjoner med fagpersonell som har kompetanse innenfor emnet. I tillegg er dette et emne som jeg personlig ønsker å utdype meg i og erverve meg en bredere kompetanse innenfor. Det er derfor viktig for meg personlig at jeg ser forbi egne fordommer og være klar over egen bias for å komme til kjernen i emnet og problemstillingen, slik at dette kan nyttes videre i mitt virke som sanitetsoffiser og for å bedre det sivil-militære helsesamarbeidet.

## 2.2 Datainnsamling

Datainnsamling for denne oppgaven er i hovedsak identifisering og kartlegging av dokumenter relevante for oppgaven. Dette ble innledningsvis gjort ved hjelp av enkle søk på internett, herunder hjemmesider til relevante aktører for oppgaven. Eksempler på dette er Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, Forsvaret og Lovdata. Søkene har blitt gjort med nøkkelord for oppgaven, for eksempel sivil-militært samarbeid, helsesamarbeid, totalforsvaret og helseberedskap. Videre har henvisninger og kildenes kilder blitt brukt for å gå dypere. Noe litteratur og kilder har blitt anbefalt gjennom samtaler med fagspesialister som er kjent med oppgavens emne. En utfordring under arbeidet med denne oppgaven var at det fortløpende har kommet ny litteratur og informasjon som er relevant for oppgaven. Den siste er Forsvarskommisjonens anbefaling som kom ut den 3. mai 2023 (Forsvarskommisjonen, 2023).

Litteratur fra Forsvaret har vist seg å være den største utfordringen. En av grunnene til det er at det ikke har blitt brukt graderte dokumenter i oppgaven. Graderte dokumenter vil kunne gi et større innblikk og mer omfattende svar på forskningsspørsmålene. Dette ville derimot ha medført at oppgaven hadde blitt gradert, noe som ikke var ønskelig, da håpet er at oppgaven kan være verktøy for videre læring om sivil-militært helsesamvirke på tvers av etatene. Det har også vært interessant å se på hva man kan finne av litteratur og informasjon som er tilgjengelig, og som uten utfordringer kan deles mellom etater og personer med ansvar for helseberedskap og helsesamarbeid. Oppgaven ser derfor på dokumenter som er tilgjengelige for allmenheten og som kan deles mellom sivile og militære aktører i et samvirkeperspektiv, med noen unntak av dokumenter som kun er tilgjengelige på *Forsvaret oversikt over regler, instruksjoner og direktiv* (FOBID). Disse dokumentene er likevel ugraderte og kan deles med andre aktører. I oppgaven drøftes i tillegg utfordringer med gradering av dokumenter som kunne bedre det sivil-militære samarbeidet.

---

Kildene som har blitt benyttet anses som valide kilder. Dette på bakgrunn av at det i hovedsak er offentlige dokumenter som har vært gjennom en omfattende prosess før de har blitt publisert også kalt *institusjonelle kilder* (Jacobsen, 2015, s. 190). Dette gjelder spesielt kilder fra regjeringens sider og lovdata som er utgitt av et av de øverste organene i Norge. I tillegg er det blitt brukt flere offentlige tekster fra andre avdelinger og etater på lavere nivå som treffes av samme argument. Av forskningskilder kommer dette fra respekterte miljøer som Forsvarets forskningsinstitutt og Forsvarets Høgskole. Det er selvfølgelig noen som er mer relevante og troverdige enn andre, de mindre troverdige er dokumenter eller data som er innhentet og behandlet av enkeltpersoner som artikler, leserinnlegg og masteroppgaver. Der det er behov for å nevne kritikk direkte til en kilde, blir dette gjort i drøftingen der kilden har blitt benyttet.

## 2.3 Datakvalitet

Flere av dokumentene er det vi kan kalle levende dokumenter. Dette er dokumenter som fortløpende har vært utsatt for endring og hvor det da eksisterer flere versjoner. I noen tilfeller er det ikke tydelig at det finnes en nyere versjon. Det er derfor viktig for datakvaliteten og validiteten av oppgaven at riktig og nyeste versjon har blitt benyttet. Det er også viktig for fremtidige lesere av denne oppgaven at leseren setter seg inn i hvilken versjon som har blitt benyttet, og kvalitetssikret at det er den nyeste versjonen. Dette er viktig fordi endringer i dokumentene vil føre til endring i forutsetning for oppgaven.

Dokumentene og litteraturen oppgaven vil benytte seg av vil være en kombinasjon av sekundærdata og primærdata. I hovedsak er et dokumentstudie knyttet til bruk av sekundærdata (Jacobsen, 2015, s. 145). Likevel kan man argumentere for at spesielt lovttekster som ikke har vært utsatt for analyse er å anse som primærdata. Når det kommer til dokumenter som sammenfatter og analyserer de overordnede dokumentene derimot, er dette sekundærdata. Likevel er det vanskelig å skille mellom disse to på enkelte dokumenter da innholdet i dokumentene og litteraturen også kan inneholde og defineres som primærdata og sekundærdata. Et eksempel på dette er de regionale helseberedskapsplanene som blir brukt i denne oppgaven. Disse har sekundærdata i form av sin tolkning av overordnede føringer, men de er primærdata i form av sine egne føringer. I tillegg er det også brukt sekundærdata i forbindelse med bruk av funn og data fra annen forskning, her spesielt forskning i forbindelse med Forsvarets forskningsinstitutt sitt prosjekt *Saniteten mot 2040*.

---

## 3 Bakgrunn

I dette kapittelet vil bakgrunnen for oppgavens tema bli presentert. I denne oppgaven er det bakgrunn for samfunnssikkerhet og beredskap. Først vil oppgaven se på nasjonal sikkerhet som deles inn i samfunnssikkerhet og statssikkerhet (Kristiansen et al., 2021, s. 260), og som er kjernen i det sivil-militære samarbeidet. Deretter vil den se på det sivil-militære samarbeidet og beredskap. Sistnevnte inkluderer totalforsvaret da dette er sentralt i det sivil-militære samarbeidet.

### 3.1 Samfunnssikkerhet og statssikkerhet

For å kunne svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene er det viktig å se i hvilken sammenheng det sivil-militære samarbeidet skal fungere. Her vil oppgaven se på sikkerhetsarbeid, herunder samfunnssikkerhet og statssikkerhet. I melding til stortinget defineres samfunnssikkerhet som:

*... samfunnets evne til å verne seg mot og håndtere hendelser som truer grunnleggende verdier og funksjoner og setter liv og helse i fare. Slike hendelser kan være utløst av naturen, være et utslag av tekniske eller menneskelige feil eller bevisste handlinger*  
(St.meld. 5 (2020-2021), s. 11)

Meldingen trekker også frem statssikkerhet som «er å ivareta statens eksistens, suverenitet, territorielle integritet og politiske handlefrihet» (St.meld. 5 (2020-2021), s. 11). Det er viktig å trekke frem at dette ikke er to ytterpunkter når det kommer til sikkerhetsarbeid. Ved en krig hvor statens sikkerhet er truet, vil det fremdeles være behov for å ivareta samfunnssikkerheten og å støtte Forsvaret med samfunnskritiske funksjoner. Og ved samfunnskriser vil også Forsvaret kunne støtte det sivile med spesielle kapabiliteter og kapasiteter. Disse to områdene er derfor både avhengig av hverandre og påvirker hverandre (St.meld. 5 (2020-2021), s. 11).

Oppgaven vil se på et sivilt-militært samarbeid både innenfor samfunnssikkerhetsperspektivet og statssikkerhetsperspektivet. Kort fortalt kan vi si at innenfor samfunnssikkerhet vil det være Forsvaret som bistår eller støtter det sivile, dette er én av forswarets ni oppgaver (Forsvaret, 2019, s. 45), mens innenfor statssikkerhet vil det være motsatt. Bakgrunnen for dette er at Forsvaret ikke har hovedansvar for samfunnssikkerheten. Selv om Forsvaret har som oppgave å «Bidra til ivaretagelse av samfunnssikkerhet og andre sentrale samfunnsoppgaver» (Prop. 14 S (2020–2021), s. 26), Så innebærer dette et ansvar for å støtte sivile aktører med å ivareta samfunnssikkerheten. Et eksempel på dette er redningshelikopter til redningstjenesten. Oppgaven vil ikke i utledende grad skille på de to perspektivene, men se på sivil-militært samarbeid i sin helet.

Et viktig moment for å ivareta samfunnssikkerheten er å ha tanker rundt hva slags hendelser samfunnssikkerheten skal være forberedt på. I definisjonen over er disse hendelsene veldig vage og lite



---

presise. Dette er fordi en trussel mot samfunnet er vanskelig å forutse, og historisk sett oppstår uventet og som regel overraskende.

## 3.2 Sivilt-militært samarbeid og totalforsvaret

En viktig del av denne oppgaven er det sivil-militære samarbeidet. Dette delkapittelet har ikke til hensikt å gå i dybden i begrepet, men gi et overordnet bilde på hva det innebærer. En dypere utredning om blant annet hjemmelsgrunnlaget og det faktiske samarbeidet kommer frem i kapittel 4 og 6.

Sivilt-militært samarbeid og totalforsvaret er to begrep det har vist seg vanskelig å definere. Grunnen til dette er samfunnsutviklingen og endringer i betydning av begrepene. Det har derfor vært utfordrende å finne klare definisjoner. I tillegg er grensesnittet mellom de to begrepene uklart og har også endret seg gjennom tiden. For den videre diskusjonen i oppgaven vil det likevel bli gjort et forsøk på å legge til grunn det teoretiske grunnlaget for sivil-militært samarbeid og totalforsvaret.

Sivilt-militært samarbeid er den brede og overordnede formen for samarbeid mellom Forsvaret og den sivile delen av samfunnet. Med dette menes alt samarbeid som er mellom Forsvaret og det sivile og «omfatter daglige rutineoppdrag, håndtering av ulykker, naturhendelser og kriminelle handlinger som terrorangrep» (St.meld. 5 (2020-2021), s. 56).

Innledningsvis var totalforsvaret rettet mot forsvar av Norge i en totalitær krig og bar preg av sivilsamfunnets støtte til Forsvaret. Dette har de siste ti-årene snudd, og begrepet totalforsvar blir brukt om Forsvarets bistand til det sivile lavere på krisespekteret. Denne endringen av totalforsvaret gjør det utfordrende å definere hva totalforsvaret egentlig er. Oppgaven velger derfor å bruke definisjonen på *det moderniserte totalforsvarskonseptet* som er å finne i støtte og samarbeid; “*Det moderniserte totalforsvarskonseptet omfatter gjensidig støtte og samarbeid mellom Forsvaret og det sivile samfunn i forbindelse med forebygging, beredskapsplanlegging, krisehåndtering og konsekvenshåndtering i hele krisespekteret fra fred via sikkerhetspolitisk krise til væpnet konflikt*” (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 4). Med andre ord har totalforsvar gått over til et konsept som skal ivareta samfunnssikkerheten, i tillegg til et konsept for totalitær krig (statssikkerhet).

## 3.3 Beredskap

I denne delen vil det bli sett på beredskap som en styrende faktor for samarbeid. Beredskap er et vidt begrep for mange og det vil variere hva den enkelte legger i begrepet *beredskap*. Det kan i tillegg ha forskjellig betydning ut ifra kontekst. Oppgaven ser på samarbeidet for kriser, væpnet konflikt og krig, altså situasjoner utenom det daglige virke, og vil se på beredskap i denne konteksten. Vi i Norge er heldige som ikke har nyere erfaringer med væpnet konflikt og krig på norsk jord. Et problem med dette

---

er derimot at vi ikke har fersk erfaring og derfor vil være sårbar hvis behovet skulle komme. Det er derfor viktig at vi med de forutsetningene vi har forbereder oss, og er klare for det ukjente. Beredskap blir i en Melding til Stortinget definert som «*planlagte og forberedte tiltak som gjør oss i stand til å håndtere uønskede hendelser slik at konsekvensene blir minst mulig*» (St.meld. 5 (2020-2021), s. 11). Faktorer som styrer eller påvirker beredskapen er tilgangen til ressurser og materiell, og evnen til samvirke (St.meld. 5 (2020-2021), s. 163). Videre ser meldingen på beredskap som et ledd i en kjede for samfunnssikkerhetsarbeid. Disse leddene er forebygging, beredskap, håndtering, gjenoppretting og læring (St.meld. 5 (2020-2021), s. 163–164). Endregard og Elstad oppsummerer de fem leddene i kjeden på følgende måte:

- *Forebygging handler om å iverksette tiltak for å redusere muligheten for en uønsket hendelse, eller på forhånd redusere konsekvenser av en mulig hendelse.*
- *Beredskap handler om å planlegge og forberede tiltak som styrker evnen til å håndtere uønskede hendelser slik at skadeomfanget blir minst mulig.*
- *Håndtering handler om å omsette beredskapen til innsats og samvirke.*
- *Gjenopprettingsevne handler om evnen til å gjøre tapte funksjoner virksomme igjen etter en hendelse.*
- *Læring etter øvelser og hendelser er viktig for å bedre evnen til å håndtere fremtidige hendelser*

(Endregard & Elstad, 2021, s. 28)

Ser vi på beredskap ut ifra et samfunnssikkerhetsperspektiv, ser vi at beredskap i hovedsak omhandler planlegging og forberedelse av tiltak for å håndtere hendelser eller kriser. Mer presist handler beredskap om å gi oss selv forutsetninger for å håndtere hendelser og kriser på best mulig måte når de oppstår, enten ved å ha planer klare eller kapabiliteter eller kapasiteter tilgjengelige. I tillegg handler det om «*å ha kjennskap til eksisterende og fremtidig risiko*» (Sørensen, 2020, s. 20).

Et eksempel på dette er Forsvarets bistand til det sivile for transport av ECMO-pasienter. Jeg vil ikke gå inn i detalj hva en ECMO pasient er, annet enn at det er en pasient med en alvorlig hjertefeil. ECMO behandling i Norge gjøres på Rikshospitalet i Oslo, og transporten av slike pasienter er svært komplisert og kan kun gjøres av dyre og kompliserte evakueringsplattformer med trent personell. Pasienten skal helst ikke bytte evakueringsplattformer under evakueringen som for eksempel fra bil til fly så til bil igjen. Derfor har Forsvaret og helsevesenet en plan på bruk av C-130 transportfly som kan fly ambulanseskjoretøy, som er spesialtilpasset for denne type pasienter, og da med en pasient i kjøretøyet. Beredskapen her innebærer at risikoen er identifisert og det har blitt identifisert en ressurs i Forsvaret som kan nyttes. Avtalen og en plan for anmodning og utførelse er på plass, og transportflyet er konfigurert for å transportere et ambulanseskjoretøy med en pasient og tilgjengelig innenfor en akseptabel tidsramme. Dette er et forholdsvis enkelt eksempel på beredskap og er ment å understreke definisjonen av beredskap. Endregard og Elstad deler beredskapsarbeid inn i fire faser; risikoanalyse,

---

beredskapsanalyse, beredskapsplan og kontinuerlig forbedring (Endregard & Elstad, 2021, s. 31). Første fase skal analysere sannsynlighet og konsekvens for uønskede hendelser. Denne fasen danner grunnlag for andre fase som skal identifisere hvilke ressurser det er behov for, for å håndtere hendelsen. Dette inkluderer etatens egne ressurser, eksterne ressurser og eventuell ressursmangel. I den tredje fasen skal det utvikles en plan som tar for seg ressursbruk, ledelse, organisering og utførelse. Noen planer vil være mer omfattende og inneholde delplaner, avhengig av hendelsen det planlegges for. Den fjerde og siste fasen skal kvalitetssikre både analysene og planen gjennom evaluering og læring. Dette inkluderer øving og trening av beredskapsplanen samt håndtering av virkelige hendelser (Sørensen, 2020, s. 31–32).

## Helseberedskap

Det har vist seg at det er svært utfordrende å finne relevant bakgrunnsinformasjon for helseberedskap. I 1980 ble det gitt ut en veileder for *planlegging av helsetjenesten for katastrofer og krig*. Denne tar for seg “... *beredskapsplanlegging og gjennomføring av sanitets- og helsetjenesten ved katastrofer og under krig*” (Falleth, 1980, s. 6). Veilederen er over 40 år og må ses på med et kritisk blikk grunnet strukturelle endringene og utviklingen som har vært siden den kom ut. Likevel tar den fortsatt frem viktige momenter for helseberedskapen og hva helseberedskap innebærer, blant annet beredskapslagring, medikamentproduksjon, utnyttelse og utvidelse av kapasitet og planlegging. Dette benevnes også av Sørli og Rønne som gjennom et historisk perspektiv har sett på totalforsvaret, herunder helseberedskapen. De trekker frem fem områder innenfor helseberedskap. (1) *Institusjonsberedskapen*, som innebefatter evne til å motta og behandle et stort antall syke og sårede. (2) *Materiell beredskap* i form av medisinsk materiell. (3) *Hygienisk beredskap* for å forebygge spredning av smittsomme sykdommer i krig. (4) *Personellberedskap* som skal sikre personelltilgang på helsepersonell. Og (5) *andre tiltak* som blant annet tar for seg behandling av pasienter utsatt for atom-, biologiske-, og kjemiske våpen (Sørli & Rønne, 2006, s. 102).

For en mer oppdatert versjon av hva helseberedskap innebærer må vi se på *Nasjonal Helseberedskapsplan*. Den definerer helseberedskap som forebygging og håndtering av uønskede hendelser for å verne om befolkningens liv og helse ved kriser og katastrofer i fredstid og krig. Den er bygget på den daglige helsetjenesten, i tråd med ansvar-, nærhet-, likhet- og samvirkeprinsippet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 5).

---

# 4 Forskningsspørsmål 1

For å kunne se om det sivil-militære helsesamarbeidet er i henhold til de overordnede intensjonene og føringene må disse først kartlegges og identifiseres. Det leder til oppgavens første forskningsspørsmål; *Hvilke juridiske rammer, intensjoner og føringer ligger til grunn for samhandlingen mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet?*

Først vil de juridiske rammene bli sett på, etterfulgt av de fire prinsippene for samfunnsikkerhet, og til slutt instruksjer. Under arbeidet med oppgaven har det også blitt sett på hvor oversiktlig disse rammene, intensjoner og føringer er. Det ble derfor besluttet å ta med *Støtte og samarbeid, En beskrivelse av totalforsvaret i dag* i denne delen av oppgaven. Dette på grunn av dens sentrale plassering og på grunn av dens informative oppbygning.

## 4.1 De juridiske rammene

Hans Petter Graver kaller lover for vollgraven mot tyranniet (Graver, 2021, s. 326–329). Han trekker frem lover og rettsstatsprinsipper som en sikkerhet for befolkningen, selv under ekstraordinære situasjoner som en pandemi. Denne sikkerheten blir gjenspeilet i sikkerhetsloven som har som formål å bidra til å trygge den demokratiske styreform og at «*sikkerhetstiltak gjennomføres i samsvar med grunnleggende rettsprinsipper og verdier i et demokratisk samfunn*» (Sikkerhetsloven, 1998, d. 1–1).

Lover kan også ses på som de høyeste bestemmelser for både bruk av militære til å støtte det sivile samfunn i fredstid og det siviles støtte til militære under væpnet konflikt og krig. Det både pålegger og muliggjør samarbeid mellom aktører i hele konfliktspekteret. Det er viktig at aktørene kjenner til lovene, både for å kjenne til egne og andres forutsetninger og for å beskytte demokratiet, befolkningen, staten og samfunnet. Lover kan med dette sies å være bakteppet for det sivil-militære samarbeidet. I dette delkapittelet vil oppgaven se på lover, og dermed hjemler for det sivil-militære samarbeidet, og dele det inn i Forsvarets bistand til det sivile og siviles bistand til Forsvaret. Lovene kan deles inn i to; generelle lover for samfunnsikkerhet og beredskap, og spesielle lover for helsesektoren. De mest sentrale lovene som er relevant for beredskap og denne oppgaven er beredskapsloven og helseberedskapsloven, men andre relevante lover vil også trekkes frem.

### Forsvarets bistand til det sivile

Allerede i Norges opprinnelige grunnlov fra 1814 ble det stadfestet at militær makt ikke kunne bli brukt mot Norges innbyggere uten etter lov (Gunnloven, 2021, §25). Det kan selvfølgelig diskuteres om en støtte til å bære sandsekker i forbindelse med flom eller bistå sivile sykehus med materiell eller personell er militær makt mot innbyggerne. Men det vi kan trekke ut fra dette er at grunnloven begrenser bruk av

---

makt, eller vold, mot Norges innbyggere, og regulerer ikke bistand til samfunnet. Denne oppgaven vil ikke se mer på definisjonen av militær makt mot innbyggere eller hva det betyr. Senere har det kommet lover som muliggjør denne bistanden. Det mest kjente hjemmelsgrunnlaget, som i en lengre periode var det eneste unntaket fra grunnloven er Instruks om Forsvarets bistand til politiet (Bistandsinstruksen, 2017) som hjemles i lov om politiet (Politoloven, 1995, §27 a). Politiloven muliggjør bistand i forbindelse med forebygging og bekjempelse av anslag, ettersøking og pågripelse, og bistand i forbindelse med ulykker og naturkatastrofer. Men denne hjemmelen er eksplisitt for bistand til politiet, som betyr i praksis at det kun er hjemmel for Forsvaret å støtte Justis- og beredskapsdepartementet, ikke andre etater som helse. Bistanden inkluderer støtten med redningshelikoptre til redningstjenesten som ligger under Justis- og beredskapsdepartementet. Bistand til det sivile helsevesenet kan gis indirekte til andre aktører så lenge det er justis som eier hendelsen. Dette medfører igjen en lang og tidvis komplisert vei fra den som har behov for bistanden til Forsvaret, og taler imot prinsippet om nærhet og samvirke.

Utfordringen med Forsvarets bistand til politiet kom til syne under koronapandemien, Forsvaret satt på kapabiliteter og kapasiteter som kunne komme samfunnet til nytte i håndteringen av pandemien, men hvor Grunnloven §25 var et hinder for bistanden. I 2019 kom en endring i lov om vern mot smittsomme sykdommer (Smittevernloven, 1994, §4-10). Den legger ansvar på blant annet Forsvaret ved smittsomme sykdommer, herunder plikt i å bistå med gjennomføring og overholdelse av smittevernloven og lov om kommunal helse og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2016). Selv om dette begrenser seg til håndtering av smittsomme sykdommer, ser vi her et eksempel på hjemmel for bistand fra Forsvaret i lov. Men lovendringen åpnet ikke opp for bistand utover håndtering av smittsomme sykdommer, og det var derfor fortsatt begrensninger for bistand fra Forsvaret. Koronapandemien førte til at utfordringene med manglende lover, innenfor andre områder enn smitte, muliggjorde at sivil-militært samarbeid ble synliggjort ytterligere. I tillegg viste pandemien et behov og muligheter for større samhandling mellom Forsvaret og sivile aktører. Som et resultat av utvidet behov for sivil-militært samarbeid og en identifisering av samarbeidsmuligheter, ble det derfor gjort endringer i Forsvarsloven §60 a *Bistand fra Forsvaret* for å ivareta samfunnssikkerhet i 2021. Endringen gir Forsvaret mulighet til å bistå både offentlige myndigheter og andre aktører med ansvar for samfunnssikkerhet, en utvidelse fra kun å bistå Politiet (Forsvarsloven, 2016). Loven hjemler bistand til å håndtere uønskede hendelser samt støtte med evne og kapasitet der sivile ressurser ikke strekker til.

Et viktig punkt i Forsvarsloven er Heimevernets rolle for koordinering med sivilbefolkningen (Forsvarsloven, 2016, §5). Denne rollen kommer av Heimevernets territorielle ansvar, geografiske plassering og lokalkjennskaper, og utøves på vegne av sjef Forsvarets operative hovedkvarter (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 51; Prop. 14 S (2020–2021), s. 82). Selv om det her fremlegges at det er Heimevernet som skal gjøre koordineringen, er det viktig å trekke frem Finnmark landforsvar. Finnmark landforsvar er en samordning av ledelselement fra

---

Hæren og Heimevernet (Prop. 14 S (2020 –2021), s. 99). Dette vil si at Hæren har en indirekte forbindelse når det kommer til koordinering med sivile aktører i sitt område i Nord-Norge. Denne koordineringen er viktig lokalt, men tar ikke inn over seg den regionale helsekoordineringen. Det er viktig at den regionale helsekoordineringen blir gjort på tilsvarende nivå, altså av Hæren som det taktiske nivået.

Den manglende lov-hjemmelen bar preg av gammel totalforsvarstenkning hvor sivile myndigheter skulle understøtte den militære krigføringen. Det var derfor ikke behov for noen Lov om militær bistand til det sivile. Den nye og mer usikre sikkerhetssituasjonen har ført til en endret holdning og behov for sikkerhet. Resultatet av dette er også et økt søkelys på sivil-militært samarbeid og en oppdatering av lovene til bredere mulighet for militær bistand til det sivile samfunnet.

### **Siviles støtte til Forsvaret**

Den generelle støtten til Forsvaret innenfor helse er ikke annerledes enn for resten av befolkningen og samfunnet i fredstid. Her står spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven sentralt for leveranser av helsetjenester. Dette omfatter plikt til blant annet øyeblikkelig hjelp og samarbeid med andre tjenesteytere (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Dette innebærer samarbeid med forsvarets helsetjenester (sykestuer). Og at personer som oppholder seg i kommunen blir tilbudt nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2016). Selv om samarbeid med Forsvaret ikke blir nevnt eksplisitt i lovene, ligger det implisitt at Forsvarets personell er beskyttet av disse lovene. Hvis for eksempel Forsvaret trener med en avdeling i Orkland kommune, er kommunen gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven pliktig til å levere helsehjelp. En utfordring med dette vil være den ekstra belastningen for kommunen. Det er derfor viktig at Forsvaret kommuniserer til kommunene de opererer eller har aktiviteter i, samt at Forsvaret har en løpende dialog med kommunene hvor det finnes større militære leirer. Et eksempel hvor dette var en utfordring var under pandemien, hvor små kommuner med store militær leirer ikke var dimensjonert for å støtte Forsvaret.

For beredskap og beredskapsarbeid for det sivile helsevesenet står *lov om helsemessig og sosial beredskap*, også kjent som *helseberedskapsloven*, sentralt. Loven har til hensikt å sikre nødvendig helsehjelp til befolkningen i hele krisespekteret (Helseberedskapsloven, 2000, §1-1). Loven trekker videre frem ansvarsprinsippet fra totalforsvarskonseptet ved å presisere ansvaret for beredskapsforberedelser inkludert finansiering og at ansvaret strekker seg fra fredstid til krig (Helseberedskapsloven, 2000, Kapittel 2). En annen ting som er verdt å legge merke til vedrørende helseberedskapsloven er at loven kan gjennom forskrift omfatte den militære saniteten «*Departementet kan i forskrift bestemme at også andre virksomheter som tilbyr materiell, utstyr og tjenester av betydning for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, skal omfattes av loven.*» (Helseberedskapsloven,

---

2000, §1-3). Det har ikke lyktes å finne en forskrift som er gjeldende per dags dato, men det er naturlig å tenke at dette vil komme ved behov under krise eller krig.

Forholdet mellom og beskrivelse av sivil støtte til Forsvaret i krig, beskrives i Kapittel III i *Lov om særlige rådgjerder under krig, krigsfare og liknende forhold* (Beredskapsloven, 1950). Loven er drastisk i sitt språk med blant annet bruk av begreper som å innlemme politistyrker i de militære styrkene, at militære myndigheter kan overta ledelsen av politiet og andre sivile forvaltningsgrener [etater]. Loven, når tredd i kraft, vil bare gjelde for et definert område også kjent som krigsskueplass (Forsvaret, 2019, s. 206, 239). En utfordring med loven er begrensningen i tid den kan nyttes, først etter at en krigsskueplass er definert, noe som krever en politisk prosess, samt at det vil være godt ute i konfliktspekteret før en krigsskueplass blir satt. Loven er derfor lite egnet som hjemmel for sivil støtte til Forsvaret tidligere i konfliktspekteret ved kriser, og ved hybride trusler som har blitt mer aktualisert de siste årene.

## 4.2 De fire prinsippene for samfunnssikkerhet

I Norge er det fire prinsipper for arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap. Disse fire prinsippene blir ofte også omtalt som totalforsvarets fire prinsipper. Prinsippene er tiltenkt å gi føringer til aktører og etater innenfor samfunnssikkerhet og statssikkerhet, dette inkluderer kriser, væpnet konflikt og krig. For at dette samarbeidet skal fungere, er alle aktører pliktig til å følge fire sentrale prinsipper. Disse prinsippene er; (1) ansvarsprinsippet, (2) likhetsprinsippet, (3) nærhetsprinsippet og (4) samvirkeprinsippet (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 16). Beskrivelsen av de fire prinsippene kommer fra sentralt hold, her fra en stortingsmelding (Meld. St. 29 (2011-2012)). Meldingen ser her behovet for å konkretisere samvirke mellom etatene ytterligere. I *Meld. St. 29 (2011-2012)* Blir samvirkeprinsippet introdusert, dette som et resultat av terrorangrepet på regjeringskvartalet og Utøya den 22. juli 2011 (Sørensen, 2020, s. 25). Oppgaven vil se nærmere på de fire prinsippene og deres betydning for ansvarsfordeling og samarbeidet mellom det sivile helsevesenet og den militære saniteten.

**Ansvarsprinsippet** innebærer at den virksomhet eller etat som har ansvar for et område i det daglige, også har ansvar for samme område ved en krise og i krig. Dette innebærer forebygging, beredskapsforberedelser og iverksetting av nødvendige tiltak. Det er den sivile helsesektoren som har ansvar for å levere helsehjelp, dette inkluderer i væpnet konflikt og krig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 5). Forsvarets ansvar innenfor helse kommer ikke eksplisitt frem i Nasjonal Helseberedskapsplan, men det kommer frem at Forsvaret skal samarbeide med helsesektoren innenfor helseberedskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 23). Hvor grensesnittet er mellom ansvaret til forsvarssektoren og helsesektoren er dermed noe uklart i de sentrale føringene. Men det kan

---

tas høyde for at Forsvaret kan støtte helsevesenet med kapabiliteter helsevesenet ikke besitter. Dette inkluderer å levere helsehjelp til områder som enten er ufremkommelige eller som krever høyere grad av beskyttelse og sikkerhet enn helsevesenet besitter av kompetanse og kapabiliteter (Pedersen et al., 2022, s. 96).

**Likhetsprinsippet** innebærer at den daglige organiseringen skal være mest mulig lik den organisasjonen man har ved en eskalering av konflikten. Helsesektoren er sterkt preget av en fredstidsdrift (Brattebø & Sommerfelt-Pettersen, 2022; Reichelt, 2022). Denne fredstidsdriften baserer seg på personell og planer til å dekke opp helseberedskapen i fredstid, men det vil være et endret behov ved en krig eller væpnet konflikt i Norge. Noen av disse endringene er konkretisert og beskrevet i Sivilt Beredskapssystem (SBS) og Beredskapssystem For Forsvarssektoren (BFF).

Likhetsprinsippet innebærer også at ansvarsforholdet internt i organisasjonen og ansvarsforholdet mellom organisasjonene ikke skal endres mer enn nødvendig i krise og krigstid. Årsaken er at de som sitter med ansvaret i det daglige, vurderes som best egnet til å håndtere ansvaret videre ved en ekstremsituasjon.

Dette prinsippet er også svært viktig når det kommer til samvirke mellom etater. For en aktør som samvirker med en annen aktør i beredskapssammenheng, er det viktig at det er samme aktør i en krisesituasjon eller ved væpnet konflikt og krig. Ved endringer hos en aktør, vil det kunne føre til komplikasjoner ved samvirke. Spesielt hvis endringene gjør at det må gås opp nye kommunikasjonskanaler. Et eksempel på dette er Helsedirektoratet. Selv om Helsedirektoratet har ansvar for beredskapsarbeid, herunder å koordinere beredskapen mellom aktører innenfor helse, så har ikke Helsedirektoratet noen formell myndighet utover å sørge for koordinering. Helsedirektoratet vil ifølge helseberedskapsplanen få et utvidet ansvar fra Helse- og omsorgsdepartementet, som under pandemien, for å kunne ivareta prinsippet om likhet. Men det vil for eksempel være en endring for de regionale helseforetakene som nå skal koordineres av Helsedirektoratet og ikke Helse- og omsorgsdepartementet. Dette er i hovedsak en kjent endring, men det vil kunne føre til forvirring hvis ikke aktørene er klar over det. Denne utfordringen blir diskutert ytterligere senere i oppgaven.

**Nærhetsprinsippet** innebærer at situasjonen skal håndteres på lavest mulig nivå. Som regel gjelder ikke nærhetsprinsippet ved sikkerhetspolitisk krise (Meld. St. 29 (2011-2012), s. 39, 67), dette inkluderer væpnet konflikt og krig med mindre annet er bestemt. Ved for eksempel en krigssituasjon kan Kongen i statsråd fravike unntaket (Sørensen, 2020, s. 25). Nærhetsprinsippet blir ofte sett sammen med ansvarsprinsippet, da det er organisasjonen som har det organisatoriske ansvaret som skal håndtere hendelsen på lavest mulig nivå. På lik linje med argumentene under *ansvarsprinsippet* kan det også her



---

argumenteres for at den sivile helsen ikke har kompetanse eller kapabiliteter til å levere helsehjelp i enkelte situasjoner.

**Samvirkeprinsippet** innebærer at aktørene med en rolle i totalforsvaret, som krever samarbeid, har et ansvar for samvirke (samarbeide). Dette inkluderer forebygging, beredskap og krisehåndtering. Samvirkeprinsippet ble introdusert for å «sikre best mulig utnyttelse av ressurser på tvers av offentlig, privat og frivillig sektor» (Sørensen, 2020, s. 26). Selv om samvirke er og har vært viktig for håndtering av hendelser, er det likevel noen utfordringer med dette. For at samvirke mellom to eller flere aktører skal fungere optimalt, vil det kreves en ledelse, eller at en av samvirkepartene har hovedansvaret for hendelsen. Et eksempel kan være samarbeidet mellom den militære saniteten og det sivile helsesystemet. I fredstid er det naturlig at det er helsevesenet som har hovedansvaret, og som leder og koordinerer mellom partene som inngår i responsen. Ved en væpnet konflikt eller krig kan det være mer naturlig at det er det militære som leder og koordinerer. Dette henger tett sammen med ansvarsprinsippet hvor ansvarsfordelingen ligger (Meld. St. 29 (2011-2012), s. 40), men det vil kunne være behov for avklaring i hendelser som er i gråsoner. Denne parallellen kan trekkes videre når det kommer til beredskapsarbeid og avklaringen på hvem som har ansvaret for å ta initiativ til samvirke. Det sivile helsevesenet har et ansvar for å understøtte Forsvaret med helse i væpnet konflikt og krig, men det er Forsvaret som er premissleverandør i slike situasjoner. Forsvaret har også et utvidet ansvar under væpnet konflikt og krig, og det er derfor Forsvaret som må ta initiativ til samvirke med den sivile helsesektoren. Dette betyr ikke at aktører, her helsevesenet, kan fraskrive seg ansvaret, men det er tydelig at hovedansvaret ligger på Forsvaret.

## 4.3 Instruks

*Instruks er en ordre, ofte skriftlig, som binder den underordnede instans eller person til å handle på en bestemt måte. En instruks utstedt av norske myndigheter må ha hjemmel i lov eller forskrift. I næringslivet brukes instruks i forhold til behovet for å presisere og dokumentere oppgaver og fullmakter.*

(«Instruks», 2011)

Når det kommer til instruks er det spesielt *instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet*, også kalt *samfunnssikkerhetsinstruksen*, som er den mest relevante. I instruksen legges det vekt på koordinering mellom etatene med å forebygge og håndtere alvorlige hendelser. Med samfunnssikkerhet menes samfunnets:

*... evne til å verne seg mot og håndtere hendelser som truer grunnleggende verdier og funksjoner og setter liv og helse i fare. Slike hendelser kan være utløst av naturen, være et utslag av tekniske eller menneskelige feil eller bevisste handlinger. Arbeidet omfatter beredskap mot naturhendelser ..., ulykker..., og tilsiktede handlinger som digitale angrep og terrorhandling.*

(St.meld. 5 (2020-2021), s. 10)

---

I henhold til denne definisjonen treffer ikke begrepet samfunnssikkerhet beredskapsarbeid for krig. Tilsiktede hendelser og terrorhandlinger vil her ligge under Justis- og beredskapsdepartementet. Likevel trekker instruksene frem at totalforsvaret har en rolle for å ivareta samfunnssikkerheten og at instruksene gjelder i hele krisespekteret (Samfunnssikkerhetsinstruksene, 2017, Kapittel II). Derfor kan samfunnssikkerhetsinstruksene brukes i beredskapsarbeid utover det som normalt defineres som samfunnssikkerhet, også i krig og væpnet konflikt.

Instruksene er generell i sin beskrivelse og slår fast grunnleggende prinsipper, herunder de ovennevnte prinsippene for arbeidet med samfunnssikkerhet. Instruksene presiserer krav til departementenes arbeid med samfunnssikkerhet, og kravene til departementer med hovedansvar. Selv om helsesektoren ikke blir nevnt eksplisitt i instruksene, må den ses i sammenheng med *helseberedskapsloven* og annen helselovgivning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 6–8). Helselovgivningen, og da spesielt *helseberedskapsloven*, trekker klart frem hva som er ansvaret til helsesektoren. Samfunnssikkerhetsinstruksene utfyller helseberedskapsloven med hvordan helsesektoren skal jobbe med samfunnssikkerhet og beredskap, blant annet utvikling av beredskapsplanverk. Selv om koordinering blir trukket frem gjennomgående i instruksene viser den ikke til hvordan det skal koordineres. I tillegg må det også presiseres at det er en instruks for departementenes nivå, men jeg vil argumentere at overføringsverdien til lavere nivåer er til stede. Hvis to departementer skal samarbeide inn mot en krise, vil det være naturlig at de underliggende nivåene vil gå i inngrep med hverandre for å kunne møte krisen.

## 4.4 Støtte og samarbeid – et oppslagsverk

I 2018 ga Forsvarsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet ut *Støtte og samarbeid, En beskrivelse av totalforsvaret i dag*. Dette var et løft for å bedre og spre kunnskap og forståelse for Totalforsvaret. Dokumentet er ment som et oppslagsverk for aktører med en rolle i totalforsvaret og gjelder både for sivil og militær sektor. Dokumentet kan ses på som et sammendrag av lover, forskrifter, instruksene, kongelige resolusjoner og relevante avtaler for Totalforsvaret (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 8), og er således et godt dokument som definerer ansvar til de forskjellige aktørene i totalforsvaret. Dokumentet i seg selv er ikke førende for beredskap og beredskapsarbeid, men henviser til førende dokumenter.

Selv om totalforsvaret bare er en del av sivilt-militært samarbeid så trekkes definisjonen i dokumentet langt ved å innebefatte all gjensidig støtte og samarbeid mellom Forsvaret og sivile aktører ved «...kriser, fra kriser i fred til sikkerhetspolitisk krise og væpnet konflikt» (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 15). Noe som er i tråd med de overordnede føringene.

---

Dokumentet gir en generell beskrivelse av totalforsvaret i sin helhet og trekker lite frem det konkrete samarbeidet mellom Forsvaret og helsevesenet. Det viktigste som kommer frem er at det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for helsetjenestens beredskapsarbeid, og at dette skal koordineres med Forsvaret (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 41). I tillegg er helseberedskapsrådet trukket frem som et organ med formål om å bedre den sivil-militære planleggingen innenfor helse. Men det presiseres også at «*Rådet er rådgivende uten operativ funksjon*» (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 71). Utover helseberedskapsrådet er det to andre samarbeids- og beredskapsorganer innenfor totalforsvaret som er relevant for sivilt-militært helsesamarbeid; *sentralt totalforsvarsforum* og *fylkesberedskapsrådene*. Sentralt totalforsvarsforum har på lik linje med helseberedskapsrådet ikke noen operativ funksjon eller beslutningsmyndighet. Forumet bidrar heller ikke med noe utover det helseberedskapsrådet bidrar med, annet enn at det er på et høyere nivå med deltakelse fra departementsnivå (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 69). Fylkesberedskapsrådene har, i motsetning til de to foregående, en operativ funksjon i den hensikt at det skal bidra til samordning ved uønskede hendelser. Men beslutninger kan kun tas innenfor rådsmedlemmenes mandat og ansvarsområde (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 72–73). Helseberedskapsrådet blir diskutert videre i kapittel 6.

## 4.5 Delkonklusjon

I dette kapitlet har vi sett på forskningsspørsmål nummer én som var; *Hvilke juridiske rammer, intensjoner og føringer ligger til grunn for samhandlingen mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet?*

De juridiske rammene, intensjoner og føringer for helsesamvirke er klare og tydelige for sivilt-militært samarbeid. Det er spesielt de fire prinsippene for samfunnssikkerhet som gir en klar intensjon for samarbeid, og da spesielt samvirkeprinsippet. Men de andre prinsippene er også relevant for samarbeidet mellom aktørene. Nærhetsprinsippet kan tolkes dit at samvirket skal gjøres på så lavt nivå som mulig, og likhetsprinsippet tilrettelegger for likhet i samvirke i kriser. Prinsippene blir videre forsterket gjennom de juridiske rammene. De viktigste lovene som tilrettelegger for sivilt-militært samarbeid er beredskapsloven for det generelle samarbeidet, helseberedskapsloven for helsesamarbeid, og forsvarsloven som muliggjør bistand fra Forsvaret til helsevesenet.

Mine innledende tanken rundt de overordnede intensjonene og føringer for samhandling mellom Forsvaret og helsevesenet er at det er svært komplisert å få den totale oversikten. Kompleksiteten er på grunn av omfanget av lover, instruksjoner og andre dokumenter som er styrende for samfunnssikkerhet- og beredskapsarbeid. Kompleksiteten er naturlig for en rettsstat som Norge, som skal hjemle blant annet bruk av militærmakt på norsk territorium i lov. Instruksjoner er med på å konkretisere det sivil-militære

---

samarbeidet ytterligere. Og dokumenter som *Støtte og samarbeid* og stortingsmeldinger, som for eksempel *Melding til Stortinget 5 (2020-2021) om Samfunnssikkerhet i en usikker verden*, er med på å sammenfatte og gi et overordnet bilde for totalforsvaret, samfunnssikkerhet- og beredskapsarbeid.

Den andre tanken som dukker opp er at intensjonene og føringene virker svært generelle og lite konkret, da spesielt innenfor det sivil-militære samarbeidet innenfor helse. Dette kan ha noe med at de utarbeidet på politisk nivå hvor behovet for å være konkret er mindre enn de utførende nivåene. En fordel er at dette gir mulighet for fleksibilitet hos de som skal håndtere hendelsen, da hendelsene kan være uoversiktlige, uventende og uforutsett. Som et svar på dette vil jeg trekke frem de fire prinsippene for arbeid med samfunnssikkerhet og spesielt prinsippet om ansvar. Dette anser jeg som intensjoner som gir Forsvaret og helsevesenet en retning å gå, både innenfor etatenes eget arbeid med beredskap, men og innenfor arbeidet på tvers av etater. Sett sammen med de sentrale føringene, som definerer ansvarsområder for Forsvaret og helsevesenet, gir dette et godt utgangspunkt for ivaretagelse av helseberedskapen og for det sivil-militære samarbeidet.

---

## 5 Forskningsspørsmål 2

For å kunne svare på om samhandlingen er i tråd med de overordnede intensjonene og føringene, er det viktig å se på hvordan disse blir etterlevd av de utførende nivåene. Det er viktig at de utførende nivåene har en god forståelse og etterlevelse av sentrale intensjoner og føringer. Forståelse og etterlevelse handler mye om hvordan de utførende nivåene tolker de sentrale intensjonene og føringene. Dette ledet til kapittelets forskningsspørsmål som er: *Hvordan tolker Forsvaret og sivil helse de sentrale intensjoner og føringer for samhandling?*

Forskningsspørsmålet i dette kapittelet skal gå litt mer i dybden på det sivil-militære helsesamarbeidet. Dette gjøres ved å se på dokumenter for nivåene som står for det utførende og dermed det koordinerende nivået, både nasjonalt og regionalt. Under besvarelsen av kapittelets forskningsspørsmål har jeg benyttet meg av underspørsmål for å bedre komme til kjernen i forskningsspørsmålet. Disse er:

1. *I hvor stor grad legger de vekt på, eller prioriterer, sivilt-militært helsesamvirke?*
2. *Hvilken del av konfliktspekteret legger de vekt på sivilt-militært helsesamvirke og helseberedskap?*
3. *Hvilket syn har de på organisering og samarbeid av det sivil-militære helseberedskapen?*

Kapittelet deles opp i den militære og den sivile tolkningen, før den avslutningsvis gir en oppsummering og en delkonklusjon for kapittelet.

### 5.1 Den militære tolkningen

For den militære tolkningen vil oppgaven se på dokumenter for utførelse av det sivil-militære samarbeidet. Her ser oppgaven i all hovedsak på Forsvarets operative hovedkvarter og det operasjonelle nivået, og på Hæren som det taktiske nivået.

#### Forsvarets fellesoperative doktrine

For Forsvarets operative hovedkvarter står Forsvarets fellesoperative doktrine (FFOD) sentralt for utførelsen av hovedkvarterets oppgaver. Doktrinen skal redegjøre prinsipper for utførelse av militære operasjoner hvor flere forsvarsgrener deltar under en ledelse, herunder det operasjonelle nivået ved Forsvarets operative hovedkvarter (Forsvaret, 2019, s. 13). Den kan blant annet brukes som et verktøy for effektiv kommando og kontroll av militære operasjoner, eller operasjoner hvor Forsvaret støtter sivile etater som Helse- og omsorgssektoren. Det er derfor naturlig å anta at doktrinen beskriver grensesnittet og samarbeidet mellom Forsvaret og andre etater. Dette delkapittelet vil se generelt på det sivil-militære samarbeidet siden helsesamarbeid ikke blir omtalt i doktrinen.

---

FFOD trekker frem det moderne totalforsvarskonseptet, herunder at Forsvaret og sivile aktører gjensidig skal kunne støtte hverandre og samarbeide i hele krisespekteret fra fred til krig. Inkludert hendelser som ikke dekkes av beredskapslovgivningen. FFOD setter også totalforsvarsbegrepet inn under begrepet *sivil-militært samarbeid*, hvor totalforsvarskonseptet er krisehåndteringsdelen under det sivil-militære samarbeidet. (Forsvaret, 2019, s. 59, 61). Dette er i tråd med den sentrale definisjonen av totalforsvaret og sivil-militært samarbeid:

*Totalforsvarskonseptet er således en del av det sivil-militære samarbeidet, men er avgrenset til å omfatte gjensidig støtte og samarbeid mellom Forsvaret og det sivile samfunn knyttet til kriser, fra kriser i fred til sikkerhetspolitisk krise og væpnet konflikt. Sivilt-militært samarbeid omfatter også øvrig samarbeid mellom sivile og militære myndigheter som ikke er direkte knyttet til kriser og væpnet konflikt.*

(Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 15).

Denne avklaringen på samarbeid mellom sivil sektor og Forsvaret legger et godt grunnlag for samarbeid mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet. Og situasjonen avhengig om det er en krise, krig eller normal bistand det gjelder, legger ingen begrensninger på samarbeidet. Dette med bakgrunn i truslene samfunnet står ovenfor i dag, hvor grensen mellom og overgangen til krise er meget uklar, og en aktør vil kunne utnytte dette til sin fordel (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 17). Enighet om sivil-militært samarbeid vil dermed være med på å møte denne utfordringen, ved at samarbeidet og samhandlingen strekker seg utover den situasjonen som ligger til grunn for definisjonen for totalforsvaret sitt virke. Men på lik linje med at grensesnittet og overgangen til krise er uklar, også begrepet *krise* uklart og defineres ikke eksplisitt, men blir brukt som et begrep i kontrast til *krig*, *væpnet konflikt* og *fred* i *konfliktspektret*. I tillegg brukes begrepet *krisespekter*, men det kommer ikke frem om dette er et eget spekter eller om det er et synonym for konfliktspekteret. Denne mangelen på definisjon vil ikke nødvendigvis ha en stor negativ påvirkning på sivil-militært samarbeid, men det kan skape usikkerhet ved mangel på presist språk og kommunikasjon i arenaer for koordinering og samarbeid.

## **Samarbeidsavtale FOH – Hdir**

For å gi retningslinjer og sikre samarbeid mellom sivil helsesektor og Forsvaret, har Helsedirektoratet og Forsvarets operative hovedkvarter utarbeidet og signert en avtale om gjensidig bistand (Forsvarets operative hovedkvarter & Helsedirektoratet, 2022). Denne avtalen er gjensidig og gjelder i hele konfliktspekteret fra fred til krig. Avtalen er generell i sin beskrivelse av bistanden som skal gis. Unntak er noen konkrete leveranser fra Forsvaret til det sivile, som luftevakuering og luft-transport, samt hvordan anmodning om bistand skal fremsendes og håndteres. En slik avtale er det som blir omtalt i *Støtte og samarbeid som avtaleregulert støtte* (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 62). Helseberedskapsloven trekker også frem avtaler som en del av beredskap for helsesektoren, men omtaler i hovedsak private aktører som en part det skal utarbeides

---

avtaler med, og ikke Forsvarssektoren (Helseberedskapsloven, 2000, §2-2). Avtalen kan ses på som en konkretisering eller en operasjonalisering av det sivil-militære samarbeidet på nasjonalt nivå, hvor blant annet nasjonale (strategiske) ressurser er nevnt. Avtalens eksistens er en tydelig tolkning fra Forsvaret og Helsedirektoratet om samvirkeprinsippet, og er med på å videreføre samarbeidet mellom de to etatene.

Avtalen baserer seg delvis på at Helsedirektoratet får delegert fullmakt til å lede den sivile helsetjenesten, og koordinere beredskap fra Helse- og omsorgsdepartementet under nasjonale hendelser og kriser. En slik delegering til Helsedirektoratet ble brukt under koronapandemien (NOU 2021:6, s. 268–270), og er i tråd med Nasjonal helseberedskapsplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 13). Det er delvis fordi Helsedirektoratet også har en rolle med beredskapsarbeid og forberedelser før krisen inntreffer. Dette innebærer den nasjonale helseberedskapen, og er derfor i tråd med det nasjonale ansvaret til Forsvarets operative hovedkvarter.

Selv om avtalen er en konkretisering av samarbeid mellom Forsvaret og helsevesenet, gir samarbeidsavtalen restriksjoner for samarbeid på lavere nivå. Ut ifra avtalen skal bistanden gå gjennom Forsvarets operative hovedkvarter. Dette er en kjent vei når det kommer til bistand, men det kan tale imot prinsippet om nærhet og tilrettelegger ikke nødvendigvis for sømløst samvirke lokalt.

Som nevnt over er avtalen, med noen unntak, svært generell når den kommer til å beskrive type bistand. For en taktisk avdeling som skal samarbeide med de respektive Helseforetakene, er det vanskelig å lage konkrete beredskapsplaner ut ifra samarbeidsavtalen. Det avtalen burde ha beskrevet og lagt til rette for er koordinering mellom Taktiske avdelinger og Regionale Helseforetak. En slik avklaring ville først og fremst gitt et pålegg om å koordinere, og koordineringen ville ha bedret det sivil-militære helsesamarbeidet. Selv om det kommer frem av avtalen at Forsvarets operative hovedkvarter har ansvar for å «*koordinere sanitetstjenesten mellom Forsvarets avdelinger ovenfor Regionale helseforetak*» (Forsvarets operative hovedkvarter & Helsedirektoratet, 2022, d. 9.2), kommer det ikke frem av avtalen hvordan og mer konkret hva som legges i dette. På tross av dette må det sies at avtalen er et viktig dokument for beredskapssamarbeid, og den er kjent gjennom det sivile helsesystemet da den blir nevnt i de regionale helseberedskapsplanene (Helse Midt, 2022; Helse Nord, 2022; Helse Sør-Øst, 2022b; Helse Vest, 2019). Dette inkluderer også Helse Vest som henviser til en eldre avtale, da deres beredskapsplanverk ikke er oppdatert.

## **Forsvarets doktrine for sanitets- og veterinærvirksomhet**

Forsvarets doktrine for sanitets- og veterinærvirksomhet fra 2017, som er utviklet av sjef Forsvarets sanitet som fagmyndighet, er et overordnet dokument innenfor sanitet- og veterinærvirksomheten. Den

---

har til hensikt å redegjøre for hvilke prinsipper som skal ligge til grunn for Forsvaret innenfor sanitet- og veterinærtjenesten.

Doktrinen tar for seg det sivil-militære samarbeidet, og presiserer at sivil helse og saniteten i Forsvaret skal samarbeide og samvirke ved å støtte hverandre med kapasiteter i hele konfliktspekteret fra fred via krise til krig. Den er svært generell i sin beskrivelse, blant annet når det kommer til beskrivelse av de fire prinsippene innenfor beredskapsarbeid, ansvar-, likhets-, nærhets-, og samvirkeprinsippet, for å kunne levere en helhetlig og hensiktsmessig helsetjeneste i krise og krig (Forsvaret, 2017, avsn. 06007). Doktrinen presiserer ikke at nærhetsprinsippet som hovedregel ikke gjelder i krig. Doktrinen er svak på defineringen av ansvarsforhold innenfor sanitet i Forsvaret. Den tar frem at det er militær-operativ sjef som er ansvarlig for helsen til sine soldater, samt at taktiske avdelinger er ansvarlig for enten å levere eller planlegge med behandling inkludert stabiliserende kirurgi (Role 2). Men den er ikke oppklarende om ansvarsforhold innenfor helseberedskapsarbeid og det sivil-militære samarbeidet. Selv om doktrinen sier at avdelinger uten en Role 2 behandlingsfunksjon skal benytte sivile sykehus (Forsvaret, 2017, avsn. 02001, 02002). Så utdyper den ikke ytterligere.

Doktrinen trekker frem Helseberedskapsrådet som det koordinerende organ mellom helsetjenesten og Forsvaret (Forsvaret, 2017, avsn. 06007), det til tross for at helseberedskapsrådet ikke har en operativ funksjon (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 71). Helseberedskapsrådet rolle og effekt blir drøftet i senere kapittel. Det som kan sies er at doktrinen trekker frem viktigheten av koordinering og samarbeid, men utover det er det ikke tydelig hvem som skal stå for koordineringen, og den berører bare overfladisk hva som skal koordineres. Doktrinen trekker også frem viktigheten av det sivil-militære helsesamarbeidet og den gjensidige avhengigheten mellom det sivile helsevesenet og saniteten i Forsvaret: *«Derfor er det avgjørende både for helsetjenestens og sanitetstjenestens funksjon i krig at evnen til samvirke er god»* (Forsvaret, 2017, avsn. 06010). Selv om dokumentet trekker frem viktigheten av samvirke, så gjentar det i hovedsak bare de sentrale føringer og intensjoner, uten å bryte det ned og konkretisere ytterligere. Dermed bidra det ikke til bedre samvirke mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet. Den generelle beskrivelsen, og mangel på en konkret beskrivelse av helsesamarbeid mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet, tyder på et uklart bilde av helsesamarbeid fra Forsvarets side. Ved å klargjøre bildet, og konkretisere koordineringen, herunder hvem som skal koordinere med hvem og hva som skal koordineres, ville det ha medført til bedre sivil-militært helsesamarbeid.

## **Morgendagens Hær**

For å kunne gi et bilde av Hærens tolkning av det sivil-militære samarbeidet kan vi se på *Morgendagens Hær*, et konsept som skal beskrive utviklingen av Hæren. Konseptet tar blant annet for seg hvilken



---

kontekst Hæren skal operere i og hvilke utfordringer den Norske Hæren står ovenfor. I tillegg til en konseptuell tilnærming til hvordan Hæren skal møte utfordringene.

Konseptet trekker frem viktigheten av det sivil-militære samarbeidet og bruker begrepet *sektorovergripende samvirke* for å kunne bidra til *domeneoverskridende synergi*. Det sektorovergripende samvirket er egentlig en presisering om at Hæren må kunne samvirke med andre etater, som helse, og legger trykk på interoperabilitet og etablering av en felles situasjonsforståelse (Hæren, 2021, s. 22)

Samarbeid med det sivile helsevesenet blir nevnt eksplisitt to ganger i konseptet. Først nevnt i rammen av sivil-militært samarbeid, hvor Hæren besitter og kan støtte med nisjekapasiteter. Andre gang at utviklingen av saniteten må ses i sammenheng med det sivil-militære samarbeidet med det sivile helsevesenet (Hæren, 2021, s. 31, 47). Mangelen på ytterligere beskrivelse av samvirke med det sivile helsevesenet, inkludert implikasjoner eller belysning av særegenheter for samarbeid mellom Hæren og det sivile helsevesenet, kan tyde på en mangel om kunnskap om dette samarbeidet og dermed viser en uklarhet i tolkningen av egen og det sivile helsevesenets rolle. Men det kan argumenteres for at dette er naturlig, da det er et konsept som skal brukes i forbindelse med videreutvikling av Hæren. Et konsept som ikke nødvendigvis skal beskrive den praktiske utførelsen. Konseptet gir også en generell beskrivelse av sivil-militær samarbeid og identifiserer følgende tiltak «*Det juridiske grunnlaget og rammeverket rundt [sektoroverskridende] samarbeidet må være beredt*» (Hæren, 2021, s. 31). Videre trekker det frem viktigheten av identifisering av samvirkepartnere, interoperabilitet, tilstedeværelse og etablering av situasjonsforståelse. Konseptet, og da Hæren, ser viktigheten av og legger vekt på det sivil-militære samarbeidet, og at dette er en nøkkel for at Hæren skal kunne utføre sine operasjoner i en konflikt. Dette kommer frem i målbildet for utvikling av hæren med følgende identifiserte evner som ønskes videreutviklet:

*Evne 1: Evne til informasjonsdeling, koordinering og innsats på tvers av domener og sektorer for å kunne samvirke med rett grad av autoritet og beslutningsnivå.*

*Evne 10: Utholdenhet og understøttelse, herunder logistikk og sanitet som grunnlag for gjennomføring av egne operasjoner over tid.*

*Evne 11: Beredskapsklar styrkestruktur understøttet av systemer for mobilisering, styrkeoppbygging og regenerering av kampkraft.*

(Hæren, 2021, s. 48–49)

Evne 1 trekker frem viktigheten av koordinering mellom blant annet Hæren og aktører innenfor helse. Evne 10 trekker frem viktigheten av sanitet for å kunne gjennomføre operasjoner over tid. Det kan ses i sammenheng med evne 11 og regenerering av kampkraft, selv om regenerering kan tolkes som forsterkning av friske ressurser, herunder reservemanskap. Det vil derimot være mindre behov for

---

regenerering hvis saniteten ivaretar utholdenheten ved å levere helsetjenester til Hæren, for å unngå redusering av kampkraft.

Konseptet ser også generelt på det sivil-militære samarbeidet og totalforsvaret, hvor grunnlaget er totalforsvarets fire prinsipper (nærhet-, ansvar-, likhet- og samvirkeprinsippet). Konseptet trekker også frem utfordringer ved *neste krig* og utfordringene vedrørende skillet mellom fred, krise og væpnet konflikt/krig. Hvor den neste krigen «*kanskje utføres på en slik måte at det ikke nødvendigvis er klart fra dag én at det er en krig vi kjemper*» (Hæren, 2021, s. 31). Det er tydelig at dette er hentet fra nasjonale intensjoner og føringer for samfunnssikkerhet og sivil-militært samarbeid. Men det blir ikke ytterligere presisert hva det betyr for samvirke mellom Hæren og det sivile helsevesenet. Og leser vi konseptet isolert virker det ikke som om dette prioriteres fra Hæren sin side.

For å bedre et samvirke er det essensielt med kommunikasjon og informasjonsutveksling som beskrevet i overordnede intensjoner og føringer. Slike dokumenter som dette kan være nyttig for helseaktører som skal samarbeide med Hæren. Konseptet kan til en viss grad nyttes av sivile aktører for forståelse av Hærens syn på det sivil-militære samarbeidet, selv om dette vil være noe generelt og konseptuelt i sin beskrivelse. Hæren har også utviklet et *Konsept for sanitet i Hæren*. Sanitetskonseptet beskriver i hovedsak hvordan hæren internt skal utføre sanitetstjenesten, men tar også for seg det sivil-militære grensesnittet. Dette konseptet er gradert begrenset og oppgaven vil derfor ikke belyse innholdet i dokumentet ytterligere. Det er likevel nyttig å belyse at det finnes graderte dokumenter som beskriver mer konkret det sivil-militære samarbeidet på taktisk nivå. Graderingen av dokumentet gir også en utfordring med tanke på det sivil-militære samarbeidet. Selv om *Morgendagens Hær* trekker frem viktigheten av koordinering mellom Hæren og sivile aktører, finnes det lite til ingen dokumentasjon som beskriver samarbeidet på dette nivået utover nasjonale dokumenter som også er generell i sin beskrivelse. Samarbeidet baserer seg derfor nå på direkte koordinering. Dette er en koordinering som kan skape utfordringer, da aktører innenfor det sivile helsevesenet ikke kan danne seg et bilde eller grunnlag på samarbeidet, med unntak av sentrale og nasjonale dokumenter. I tillegg vil det medføre store utfordringer for Hæren når det kommer til å dele informasjon med sivile aktører innenfor helse. Det sivile helsevesenet, som består av spesialisthelsetjenesten med flere helseforetak og primærhelsetjenesten med den kommunale helsetjenesten, kan gi utfordringer for koordinering på grunn av det store antallet aktører som det må koordineres med. Dette kan la seg løse ved nærhetsprinsippet, men er avhengig av at de respektive helseforetakene eller kommunene får informasjon fra det regionale helseforetaket og fylkeskommunen, og at koordineringen skjer på et lavere nivå. Her har Hæren et fortrinn da det meste av dokumenter som beskriver den sivile helseberedskapen er offentlige dokumenter i form av nasjonale og regionale helseberedskapsplaner, som alle nivå i hæren har tilgang til. Disse dokumentene vil bli sett på i neste delkapittel.

---

## 5.2 Den sivile tolkningen

### Nasjonal helseberedskapsplan

Nasjonal helseberedskapsplan utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet i 2018, er det øverste planverket for beredskapsarbeid innenfor helse. Planen sammenfatter lover og andre sentraliserte dokumenter som befatter den nasjonale beredskapen, og er dermed et verktøy for underordnede nivå for videre samhandling og beredskapsarbeid. Dette gjøres ved å definere ansvarsforhold og roller innenfor helseberedskapen, samarbeid med andre sektorer og internasjonalt samarbeid.

Det kommer tydelig frem i planen at helseberedskapen skal verne om liv og helse og bidra til nødvendig helsehjelp til befolkningen ved væpnet konflikt og krig. Dette kommer allerede frem i første avsnitt i første kapittel (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 5). Helseberedskap under krig og væpnet konflikt kommer eksplisitt frem sammen med tilsiktede hendelser under kapittel syv *spesialiserte beredskapsplaner og systemer* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 35–36). Planen er også spesifikk når det kommer til støtte fra Forsvaret til det sivile, herunder støtte med C-130 transportfly og støtte med luftevakueringskapasiteter. Planen er derimot ikke like spesifikk i sin støtte til Forsvaret, som blir beskrevet mer generelt og konseptuelt. Dette tyder på en vektlegging fra det sivile helsevesenet på helsehjelp til befolkningen, men ikke nødvendigvis eksplisitt bistand til det militære forsvaret i en krigssituasjon.

Det kan argumenteres mot nødvendigheten av en detaljert plan fra departementsnivå. Det er uansett positivt for det sivil-militære samarbeidet med tanke på bevisstgjøring av helsesektoren for at beredskap også skal gjelde under krig. Dette kommer også frem i overordnede intensjoner og føringer nevnt i forrige kapittel. Den store forskjellen mellom forsvarssektoren og helsesektoren er at Forsvaret ofte blir sett på som en forsikring og vil i sin natur forberede seg på verst tenkelige scenario, som er krig, uten å nødvendigvis levere et synlig resultat. På den andre siden har vi helsesektoren som daglig leverer tjenester, som en konsultasjon hos en fastlege eller støtte inn mot mer akutte hendelser som bilulykker. Pandemien er også et godt eksempel hvor vi ha sett behov for et sterkt og robust helsevesen. Det er derfor ikke en selvfølge at helsevesenet forbereder seg på væpnet konflikt og krig i like stor grad som Forsvaret.

Et eksempel på denne forskjellen kan vi også se under kvalitets- og forbedringsarbeid i forbindelse med helseberedskap.

*Alle virksomheter i sektoren har ansvar for at egen organisasjon og eget personell er opplært og øvet i sine funksjoner, samt i samhandling og samarbeid med andre. Scenariobaserte øvelser, som bygger på risikoanalyser og erfaringer fra tidligere hendelser og øvelser skal*

---

*bidra til å sikre at personell har forutsetninger for å løse sine oppgaver samtidig som en får prøvd ut hvordan beredskapsplanene fungerer.*

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 11)

Mellom 2009 og 2020 har det blitt gjennomført 11 nasjonale helseøvelser. Videre vil oppgaven se på et overordnet bilde og trender i forbindelse med øvelsene. Av de 11 øvelsene vil jeg trekke frem at det er kun to øvelser som egentlig omfatter sivilt-militært samarbeid i væpnet konflikt eller krig. Dette er Øvelse *Trident Javelin* i 2017 og Nasjonal helseøvelse / *Trident Juncture* i 2018. Tendensen dette viser til, er et økt fokus på samvirke ved scenariet væpnet konflikt og krig for helsesektoren. Det kan også vise til en lav eller manglende prioritet for det sivil-militære samarbeidet i et krigsscenario i perioden fra 2009 til første øvelse i 2017. Det er svært mangelfull dokumentasjon i forbindelse med gjennomføring, evaluering og oppfølging av øvelsene før sistnevnte øvelse i 2018 (NOU 2021:6, s. 76). Det er derfor vanskelig å si noe utdypende om helseøvelsene. På bakgrunn av dette vil jeg derfor anta at det sivil-militære samarbeidet og beredskapsarbeidet innenfor helse ikke er optimalisert da det er erfaringer og læring som man har gått glipp av og ikke fått videreført. Som igjen ikke er i tråd med kvalitets- og forbedringsarbeid beskrevet i den nasjonale helseberedskapsplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, Kapittel 3) og dermed ansvarsprinsippet for beredskapsarbeid. Innholdet og effekten av sistnevnte øvelse vil bli diskutere i neste kapittel.

Helseberedskapsplanen er også et viktig verktøy for å samordne innsats når det kommer til helserelaterte utfordringer i samfunnet, og kan dermed gi et bilde på hvordan helsesektoren tolker de overordnede føringene og intensjoner. Daværende departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet Bjørn-Inge Larsen sier at helseberedskapsplanen skal gi «*det overordnede rammeverket for helse- og omsorgssektorens forebygging og håndtering av alle typer kriser og katastrofer*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 4). En del av dette er koordinering i både planleggingen av helseberedskap og koordinering av innsats. Dette gjelder både internt i helsesektoren og med andre sektorer og aktører. Den nasjonale koordineringen skal i all hovedsak gjøres av Helsedirektoratet. Koordinering av innsats og iverksetting av nødvendige tiltak skal skje etter delegasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 13). Det er dermed naturlig å trekke konklusjonen at det er Helsedirektoratet Forsvaret skal koordinere med, både når det kommer til beredskapsarbeid og leveranser. Et eksempel på dette er *Avtale mellom helsedirektoratet og Forsvaret ved Forsvarets operative hovedkvarter vedrørende gjensidig bistand*, sist fornyet i 2022 (Forsvarets operative hovedkvarter & Helsedirektoratet, 2022). Hvordan denne koordineringen av beredskap skal utføres blir derimot ikke beskrevet i helseberedskapsplanen. Planen trekker frem at helsedirektoratet leder helseberedskapsrådet, som skal bedre sivil-militært samarbeid innenfor helse, men dette er ikke et koordinerende organ.

---

Den 31. januar 2020, under koronapandemien, ble det delegert myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet om å koordinere helse- og omsorgssektorens innsats (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a). Dette ble utvidet til en fullmakt den 6. mars 2020 gjennom kongelig resolusjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b). Fullmakten ble trukket tilbake den 12. mars og koordineringen ble videre gjort av Helse- og omsorgsdepartementet (NOU 2021:6, s. 222–224). Dette eksempelet viser usikkerheten rundt koordinering. Selv om dette er en pandemi og ikke en krig, er det likevel verdt å legge merke til hvordan myndighet og fullmakt flytter på seg. Innledningsvis blir Helseberedskapsplanen fulgt, men så endres det til en mer sentralisert koordinering. Spørsmålet som da dukker opp er hvem og på hvilket nivå skal Forsvaret koordinere helse med. Koordineringsansvaret til Helsedirektoratet virker noe uklart, som igjen kan medføre dobbeltarbeid og mer byråkrati. Hensikten med forbindelsen mellom Helsedirektoratet og Forsvarets operative hovedkvarter blir på grunn av dette noe ineffektivt for å koordinere sanitet og sivil helse. Sett sammen med Helsesektorens organisering, hvor de regionale helseforetakene svarer direkte til Helse- og omsorgsdepartementet, kan det stilles spørsmål til hvordan og hvem Forsvaret og avdelinger i Forsvaret skal koordinere med for best mulig koordinering.

## **Regionale helseberedskapsplaner**

For å kunne se på den sivile tolkningen på regionalt nivå av overordnede føringer og intensjoner, vil oppgaven se på dokumenter fra det regionale nivået i helsesektoren. Det regionale nivået representeres av Statsforvalteren og de regionale helseforetakene. Det er Fylkesmannen [Statsforvalteren] som er ansvarlig for å samordne krisehåndtering regionalt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 41), og de regionale helseforetakene er igjen ansvarlig for ledelse og beredskap innenfor helse i sin region (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 41; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 17–18, 40). Fylkeskommunen vil bli drøftet i neste delkapittel.

For det regionale helse-nivået kommer tolkningen frem i de respektive regionenes beredskapsplaner/helseberedskapsplaner. I den regionale beredskapsplanen til Helse Nord kan vi se en tydelig utvikling når vi sammenligner gjeldende og forrige versjon av beredskapsplanen. Forrige versjon fra 2013 nevner totalforsvaret én (1) gang og nevner ikke eksplisitt noen former for sivil-militært samarbeid, selv om planen selv nevner at «*Helseforetakene skal... (j) samarbeide med andre nødetater og frivillige organisasjoner (FORF) samt Forsvaret/Sivilforsvaret*» (Helse Nord, 2013). Det eneste beredskapsplanen trekker frem som sivilt-militær samarbeid, er et lite avsnitt om samarbeidsavtalen mellom Forsvaret og Helsedirektoratet, og at anmodning om bistand fra Forsvaret skal skje via Helse Nord RHF (Helse Nord, 2013, s. 19). Planen nevner krig fire (4) ganger, herunder i forbindelse med at helsetjenester skal leveres i hele konfliktspekteret, men går ikke mer i detalj rundt dette. Dette står i en sterk kontrast til den gjeldende versjonen hvor totalforsvaret blir nevnt 12 ganger I tillegg blir

---

*sivilmilitært samarbeid* står nevnt syv (7) ganger (Helse Nord, 2022), herunder at det vil komme delplan eller regional plan for totalforsvaret og sivilmilitært samarbeid. Det er også mer spesifikt og nevner *væpnet konflikt* fire (4) ganger og *krig* 13 ganger. Dette er en stor utvikling og et løft for det sivil-militære samarbeidet, og tyder på en endring og økt fokus. Dette gjenspeiles også i beredskapsplan for de øvrige regionale helseforetakene, hvor Helse Sør-Øst har utviklet og publisert en regional delplan for sivilmilitært samarbeid (Helse Midt, 2022; Helse Sør-Øst, 2022b; Helse Vest, 2019).

I Helse Nord sin regionale beredskapsplan kommer det tydelig frem at de ser på seg selv som en del av Totalforsvaret, og at de har en rolle i hele konfliktspekteret, inkludert krig (Helse Nord, 2022). Helse Nord trekker også frem de nasjonale rammene og forutsetningene for beredskapsarbeid, herunder lover, forskrifter, beredskapsplaner og det sivile beredskapssystem (SBS), samt veileder for vertsnasjon støtte (Helse Sør-Øst, 2022b, s. 8–11).

Selv om det kommer tydelig frem i beredskapsplanen at det skal være et samarbeid mellom Forsvaret, Helse Nord og Statsforvalter, er ikke planen konkret i sin beskrivelse. Samvirke på helsesiden mellom Forsvaret og det sivile er komplisert. Det er mange aktører på forskjellige nivå i et komplisert og uoversiktlig miljø, hvor kravet om tid for å ivareta pasienter som er utsatt for traume er knapp.

De regionale beredskapsplanene viser tydelig at de regionale helseforetakene følger ansvarsprinsippet. Dette ser man fordi det er et fokus på beredskapsplanlegging utover den daglige beredskapen, og at beredskapen skal gjelde i krig. Helse Nord sin helseberedskapsplan tar også inn over seg nærhetsprinsippet ved å åpne opp for å pålegge samarbeid mellom Forsvaret og Helse Nord sine helseforetak.

Selv om helseberedskapsplanen beskriver helseberedskap og det sivil-militære samarbeidet konseptuelt, er detalj-nivået forholdsvis høyt, med eksempler på samordning og bistand på tvers av helseforetak og regionale helseforetak. Eksempler på dette er endring av pasientstrøm og omlokalisering av ressurser, herunder personell, utstyr og legemidler, både for å øke kapasitet, men også for å tilføre kapabiliteter. Dette legger til rette for mottak av en større mengde pasienter fra Forsvaret ved væpnet konflikt eller krig. For at dette skal bli utnyttet kreves det at Forsvaret kommuniserer sine planer for pasientevakueringen, slik at helseforetakene kan konkretisere sine planer, herunder hvilke sykehus som skal forsterkes.

Helse Sør-Øst sin delplan for sivilmilitært samarbeid er også mer konkret i sin plan. Her trekker planen frem løsninger på flere utfordringer ved en beredskapsheving og krig på norsk territorium. Herunder roller, ansvar og samvirke mellom Helse Sør-Øst og Forsvaret, kommunikasjon og samband, og spesialiserte planer for utførelse av liaisonering. Planen går også så langt frem som å pålegge helseforetakene å ha planer for opptrening av erstatningspersonell for å imøtekomme frafallet av

---

helsepersonell grunnet avgivelser av personell til Forsvaret. I tillegg må de ha planer på hvordan våpen som følger pasienten skal håndteres (Helse Sør-Øst, 2022a). Det er tydelig når man leser delplanen at det enten har blitt gjort med tett koordinering med personell fra Forsvaret som har kunnskap om sanitet og sanitetsoperasjoner på flere nivåer, eller at det er personell med denne kunnskapen i Helse Sør-Øst. Delplanen viser til stor forståelse for den militære saniteten, samt at planen gir militære avdelinger en god oversikt og innblikk på hva de kan forvente av støtte fra Helse Sør-Øst. I tillegg viser den hva det sivile helsevesen forventes av støtte. Delplanen gir også et godt innblikk i hvordan det sivile helsevesen skal koordinere med Forsvaret, herunder koordinering av pasientflyt mellom akuttmedisinske kommunikasjonsentraler og Forsvarets *Patient Evacuation Coordination Cell*.

Delplanen er konkret innenfor samarbeid på to områder; hospital liaisoner med Heimevernet, og koordinering av sivil-militært helsesamarbeid med Forsvarets operative hovedkvarter. Utover dette er ikke planene konkrete på koordineringen, men trekker frem sivil-militær koordinering innenfor enkelte områder og funksjoner. Herunder pålegger planen underliggende helseforetak å delta på øvelser med Forsvaret, samvirke med Forsvaret med prehospitaltjenester og beredskap, og vertsnasjonsstøtte til allierte militære (Helse Nord, 2022). Det er tydelig at Helse Nord som disse eksemplene er hentet fra ser sin rolle i det sivil-militære helsesamarbeidet og totalforsvaret.

Den største utfordringen per dags dato er at delplan for sivil-militært samarbeid kun har blitt utarbeidet og publisert av ett av de fire regionale helseforetakene (Helse Sør-Øst, 2022a). Sett sammen med utviklingen av øvrige regionale helseberedskapsplaner og utviklingen av delplanen, kan man anta at dette vil komme. Det vil bli videreutviklet fra de øvrige regionale helseforetakene, som igjen vil bedre samarbeidet på regionalt og lokalt nivå i hele landet

## **Risiko- og sårbarhetsanalyse for fylkeskommunene**

Fylkeskommunen og statsforvalterne [tidligere fylkesmannen] har en viktig rolle for samhandling mellom aktørene i fylket på regionalt og lokalt nivå. Dette er beskrevet i *Instruks for statsforvalteren og Sysselmesteren på Svalbard sitt arbeid med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering*. Som en del av arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap skal fylkene utarbeide en risiko- og sårbarhetsanalyse for fylket (fylkesROS). Denne skal utarbeides i samarbeid med andre aktører i fylket, og skal danne plattformen for å forebygge uønskede hendelser og styrke samordningen innen samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering. (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 21–23). Oppgaven vil her se på analysene fra Troms og Finnmark fylkeskommune og Nordland fylkeskommune.

Begge fylkesROSene tar for seg scenarioer de mener er relevante for sin region. Allerede her kan vi se en markant forskjell på de to utvalgte analysene. Statsforvalteren i Nordland har valgt å trekke frem

---

*Sikkerhetspolitisk krise i nord* som ett av sine scenario (Fylkesmannen i Nordland, 2019, s. 126–133). Mens statsforvalteren i Troms og Finnmark ikke har et tilsvarende scenario. Scenarioene til Troms og Finnmark fokuserer i hovedsak på naturkatastrofer og ulykker, med unntak av scenario for terrorhendelser (Statsforvalteren i Troms og Finnmark, 2022). Selv om scenarioet for sikkerhetspolitisk krise i nord ikke strekker seg til væpnet konflikt eller krig, er det tydelig at scenarioet belyser utfordringer for fylkeskommunen ved alvorlige trusler om krig. Derfor trekkes det frem viktigheten av gradert samband, iverksetting av tiltak i henhold til Sivilt beredskapssystem, samt Forsvaret som en viktig aktør i dette scenarioet (Fylkesmannen i Nordland, 2019, s. 128).

De to analysene gir et innblikk i hva fylkeskommunen forventer av hendelser og hvordan de ser for seg å imøtekomme hendelsene. Dette inkluderer også Forsvaret som en aktør innenfor samfunnssikkerhet. Mangelen på et scenario som er høyt på krisespekteret, vil medføre utfordringer når det kommer til den sivil-militære samhandlingen. Dynamikken i det sivil-militære samarbeidet vil være annerledes ut ifra hvor på krisespekteret hendelsen er. Det kan her argumenteres for at Troms og Finnmark ikke har analysert, og dermed forberedt seg, tilstrekkelig for samarbeid i øvre del av krisespekteret. Dette vil medføre utfordringer for samhandlingen mellom helsevesenet og Forsvaret i å imøtekomme hendelser høyt på krisespekteret. I *støtte og samarbeid* kan vi se den konkrete rolle Statsforvalteren har i den sivil-militære koordineringen: «*Fylkesmannens samordningsrolle i rammen av totalforsvaret er konkretisert i fylkesmannens samfunnssikkerhetsinstruks. Fylkesmannen bidrar til å etablere kontakt og tilrettelegge for gjensidig bistand og samarbeid mellom sivile og militære myndigheter og samordner den sivile delen av totalforsvaret*» (Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2018, s. 22). Men slik analysene er lagt opp, virker det ikke som om de to Fylkeskommunene tar inn over seg ansvaret å koordinere den sivile støtten til Forsvaret.

Hvorfor de to fylkeskommunene ikke tar opp hendelser høyere på krisespekteret kommer ikke frem av dokumentene. Uansett hva grunnen er, er det viktig å få frem at Statsforvalterne har en rolle i samordningen mellom aktørene, selv under væpnet konflikt og krig (Instruks for statsforvalteren og Sysselmesteren på Svalbard sitt arbeid med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering, 2015; Thomstad, 2021, s. 180–181). Dette inkluderer forberedelser og beredskapsarbeid. Hvis analysene leses isolert, gir ikke dette et inntrykk for prioritering av koordinering av helseberedskap høyt på krisespekteret.

## 5.3 Delkonklusjon

Å konkludere den militære tolkningen ut ifra ugraderte dokumenter er svært utfordrende. Naturlig nok vil en meget detaljert beskrivelse av samhandlingen med det sivile i et beredskapsperspektiv være gradert informasjon, da det er en stor sammenheng selv mellom en sanitetsplan og Forsvarets



---

beredskapsplanverk. Det er flere som ikke har tilgang til dette planverket, inkludert militære, ikke bare på grunn av gradering, men også på grunn av at det innenfor såkalt *need to know*. Det kommer klart frem at Forsvaret og Hæren ser at det må være synergi mellom det sivile helsevesen og den militære saniteten, hvor Forsvaret er avhengig av støtte fra det sivile. Men til gjengjeld er ikke dokumentene klare og tydelige på hva som ventes av det sivile, og hvordan støtten skal gjennomføres for å støtte opp under Forsvaret og Hæren i væpnet konflikt og krig. Den manglende dokumentasjon på både utførelse og behov fra Forsvarets side, viser til en manglende forståelse og etterlevelse av de overordnede intensjonene og føringene. Som et resultat av dette vil det føre til store utfordringer for det sivile helsevesenet som skal stå for beredskapsarbeid for helsesektoren. Dette blir også trukket frem i Forsvarsanalysen 2023. Analyse belyser utfordringen ved ukjent pasientvolum som faktor for dårlig beredskapsplanlegging: *«Når volumet på behovet er ukjent, kan ikke helsevesenet og totalforsvaret utarbeide planverk som er dimensjonert for Forsvarets reelle behov i krise og krig ...»* (Skjelland et al., 2023, s. 32). Dette kan kompenseres med tett koordinering og samarbeid. Dokumentene fra Forsvaret er også veldig overfladiske i sin beskrivelse av det sivil-militære samarbeidet. Mangelen på mer konkretisering lar det være mye opp til den enkelte avdelingen og personene som arbeider med beredskap i Forsvaret. Dette trenger ikke nødvendigvis å være negativt, men det vil kunne føre til misforståelser og ekstra- eller dobbeltarbeid. En bedre beskrivelse av det sivil-militære samarbeidet, og da spesielt innenfor helse og sanitet, fra Forsvarets side vil være mer samlende. Både for saniteten i Forsvaret, men også mellom det sivile helsevesen og saniteten i Forsvaret. I tillegg kan denne mangelen på mer offentlige eller ugraderte dokumenter skape et hull i kunnskapen av fremtidige offiserer og befal, som skal inn i en rolle som innebærer beredskapsplanlegging og koordinering med det sivile helsevesenet.

Det er tydelig at det er et økt fokus innenfor helseberedskapen blant de regionale helseforetakene. Dette økte fokuset, og da utarbeidelsen av de regionale helseberedskapsplanene, er med på å gi en økt forståelse for det sivil-militære samarbeidet. Dette vil igjen forbedrer evnen til samhandling mellom helsevesenet regionalt og saniteten i Forsvaret på taktisk nivå. Selv om det er et løft, er det viktig å få frem at det fremdeles beskrives forholdsvis generelt. Det er derimot overraskende at det sivile helsevesenet fokuserer på sivil-militært samarbeid i den graden de gjør, spesielt med det økte fokuset på beredskap i væpnet konflikt og krig. Dette i sterk kontrast til fylkesROSene, som er mangelfulle når det kommer til hendelser øverst i krisespekteret. Dette kan tyde på en neglisjering av deres rolle når det kommer til koordinering av den sivile støtten, herunder helse, ved væpnet konflikt og krig. En grunn for dette kan være mangel på synlighet fra Forsvaret, hvor Forsvaret ikke har kommunisert sine behov for sivil støtte under væpnet konflikt og krig, herunder kapasiteter og kapabiliteter innenfor helse. I tillegg er det viktig for Forsvaret å bidra inn i alle prosesser som går på regionalt nivå. Dette er viktig for å belyse Forsvarets behov, herunder fylkesberedskapsrådet for å ivareta primærhelsetjenesten, men også

---

siden det er på fylkesnivå totalforsvaret skal koordineres regionalt. Det er også hensiktsmessig for samarbeidet og samvirke at det åpnes en egen kanal for samhandling med de regionale helseforetakene og andre sivile helseaktører, for å ivareta det sivil-militære helsesamarbeidet.

---

## 6 Forskningsspørsmål 3

Oppgaven har frem til nå sett på intensjoner og føringer, og tolkning av disse gjennom å studere dokumenter som er relevant. For videre å kunne gi svar på om samhandlingen er i samsvar med de overordnede intensjonene og føringene, er det viktig å se det praktiske samvirke. Å grave litt dypere i det sivil-militære helsesamarbeidet gjennom å se på det praktiske samvirke, kan være med på å kaste lys over problemstillingen. Dette kapittelet vil se nærmere på tredje og siste forskningsspørsmål; *I hvilken grad er det praktiske samvirke mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet i samsvar med de overordnede intensjoner og føringer?*

For å finne svar på forskningsspørsmålet, vil det bli sett på tidligere forskning som omhandler sivil-militært helsesamarbeid. I tillegg vil det bli sett på arenaer der Forsvaret og representanter fra helsevesenet deltar, og arenaer der forsvarer og helsevesenet øver og trener sammen.

### 6.1 Saniteten i dag

Forsvarets forskningsinstituttets prosjekt *Saniteten mot 2040* ser på oppgaver, struktur, operativ evne og økonomi for saniteten i Forsvaret med spesielt vekt på Forsvarets sanitet. Prosjektgruppen har utledet en rapport *Fremtidens sanitet – effektiv ressurs i Forsvaret og totalforsvaret* som «*presenterer en analyse av sanitetens fremtidige rolle og nasjonale oppgaver i et totalforsvarsperspektiv*» (Pedersen et al., 2022, s. 3). Selv om prosjektet skal bidra til en fremtidig innretning av saniteten i Forsvaret, ser rapporten på dagens status innenfor fem faktorer (*pentagonfaktorene*); struktur, teknologi, relasjoner, interaksjon og kultur, både internt i Forsvarets sanitet, saniteten i Forsvaret og totalforsvaret. Dette blir gjort gjennom intervjuer av aktører fra det sivile helsevesenet og saniteten i Forsvaret. Rapporten vurderer graden av enighet ved at svarene fra informantene blir kategorisert som «konsensus», «polarisert» eller «fragmentert». Graden av enighet er ingen indikator på om status for arbeidet vurderes som god eller dårlig. En høy grad av konsensus kan innebære stor grad av enighet om at for eksempel samarbeidet mellom det sivile helsevesenet og Forsvaret er dårlig, som det fremgår av rapporten. Tilsvarende innebærer heller ikke lav grad av enighet nødvendigvis at samarbeidet er dårlig, men kan tyde på manglende kunnskap blant informantene. Det er likevel verdt å se på rapporten og trekke frem funnene.

Rapporten viser til en relativt stor uenighet mellom informantene vedrørende relasjoner og interaksjon i totalforsvaret. Dette fremgår av informantenes svar på påstandene *Militære og sivile totalforsvarsaktører har dårlig kjennskap til hverandre* og *Militære og sivile helseaktører i totalforsvaret har dårlig kjennskap til hverandre*, hvor informantenes svar ble vurdert som «fragmentert» (Pedersen et al., 2022, s. 85). Selv om delen om relasjoner i hovedsak tar for seg relasjoner

---

internt i Forsvaret mellom helseutdannet personell og militært utdannet personell, så kommer det frem at det er dårlig kjennskap mellom aktørene i totalforsvaret. Delen om interaksjon er mer utdypende, og informantene trekker frem at det sivil-militære samarbeidet lider av blant annet mangel på formalisering av samarbeidet. Dette forsterkes videre i rapporten som trekker frem at 17 av 24 informanter mener at «... *militære og sivile aktører trenger bedre gjensidig kommunikasjon for å bedre samarbeidet*» (Pedersen et al., 2022, s. 86). Det kommer ikke frem i rapporten hvordan fordelingen er mellom sivile og militære informanter. Men antallet tyder på en forholdsvis stor enighet hvor 70% mener det er behov for bedre kommunikasjon.

Når det kommer til struktur, er det stor enighet blant informantene om at kommunikasjonen, den totale kapasiteten og det forberedende arbeidet mellom det sivile helsevesenet og Forsvaret er for dårlig til å håndtere situasjoner som krever felles innsats. Selv om de fleste informanter mener at samarbeidet både i totalforsvaret og sivil-militært samarbeid er godt, kreves det større grad av kommunikasjon og koordinering (Pedersen et al., 2022, s. 82). Dette er et interessant funn, spesielt når vi ser at informantene mener at Forsvaret ikke klarer å kommunisere sine behov godt nok til de sivile aktørene, og dermed mener at samarbeidet ikke vil fungere ved væpnet konflikt og krig. Dette gjenspeiles også i Forsvarsanalysen 2023 som hevder at sivile sykehus ikke har kapasitet nok til å ta imot mengden pasienter fra Forsvaret i en krig (Skjelland et al., 2023, s. 32). Mangelen på kapasitet kan tyde på at samvirke ikke fungerer i henhold til de sentrale intensjoner og føringer som er tydelig på at det sivile helsevesenet skal understøtte Forsvaret med behandling av pasienter ved blant annet en krig.

Det kommer ikke frem på hvilket grunnlag informantene mener at samarbeidet er godt, spesielt siden samarbeid ikke har blitt trent eller øvd i en større skala og realistisk grad de siste årene. I denne delen av rapporten som omhandler interaksjon, ser vi en gjentakelse av informantenes tilbakemelding på samarbeid. Informantene trekker frem de strukturelle utfordringer, samt lav grad av formalisering av samarbeid mellom Forsvaret og sivile aktører. Det blir også nok en gang tatt frem at Forsvaret og de sivile aktørene må bli bedre for å kommunisere for å bedre samarbeidet (Pedersen et al., 2022, s. 86–87).

## 6.2 Helseberedskapsrådet

Helseberedskapsrådet med mandat i kongelig resolusjon 19. november 2004 er tiltenkt å gi et velfungerende sivil-militært samarbeid på heleberedskapsområder under kriser i fred og krig. Rådet har en rådgivende funksjon med fokus på forbedringspunkter innenfor styrking av beredskap, herunder mellom helsevesenet og Forsvaret. Rådet består av aktører innenfor helseberedskap fra Helsedirektoratet, Forsvarets sanitet, folkehelseinstituttet, Statens strålevern, Forsvarets logistikkorganisasjon, Forsvarets operative hovedkvarter og Direktorat for samfunnsikkerhet og

---

beredskap. Helseberedskapsrådet har ikke noen operativ funksjon og har heller ingen myndighet utover myndigheten medlemmene har i sin opprinnelige funksjon eller stilling. Men dette er med forbehold om at det respektive medlemmet ønsker å følge eventuelle føringer eller råd fra rådet. Rådene eller anbefalingene rådet kommer frem til, skal spilles inn på den ordinere måten som måtte gjelde for den respektive etat. Dette skal også komme gjennom rådets årlige rapport som fremsendes Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Disse rapportene har ikke vært mulig å få tak i under arbeidet med oppgaven. Det kommer heller ikke frem om rapportene skal være offentlige, men mangelen eller fravær av rapportene anses som et svært negativt tegn da underliggende aktører ikke har mulighet til å få et bedre innblikk i Helseberedskapsrådets arbeid og råd.

Helseberedskapsrådet er i hovedsak en formell nettverksstruktur hvor aktører med ansvar for helse, koordinerer innenfor eget mandat for kriser og krig. *Jean-Bobér Rooseboom de Vriés*, som har gjennomført en studie om samordning mellom helsesektoren og forsvarssektoren, trekker frem flere utfordringer både i og med Helseberedskapsrådet som et koordineringsorgan for beredskap (de Vries, 2017). Utfordringene som blir trukket frem er kulturelle forskjeller og kunnskap om hverandres organisasjon, oppdrag og mål, forskjellig formell struktur, samt forskjell i geografisk oppdeling. Videre trekker han også frem at rådet er viktig og har sin plass i totalforsvaret. I tillegg viser han at det er en velfungerende formell nettverksstruktur som fremmer samordning gjennom informasjonsutveksling mellom aktørene. Han poengterer også at rådet kun er et koordinerende organ og fremmer samordning gjennom informasjonsutveksling.

*Fremtidens sanitet* trekker også frem Helseberedskapsrådet som en viktig arena for sivil-militær kommunikasjon. Det skrives derimot ikke ytterligere om effekten dette gir eller kan gi, annet enn en arena for å ivareta relasjoner til helsesektoren (Pedersen et al., 2022, s. 142). Tvert om sier de at flere av deres informanter er usikre på hvilken effekt som kommer ut av sjef FSAN sin rolle som nestleder i rådet (Pedersen et al., 2022, s. 100). Mangelen på en mer utdypning av effekten av helseberedskapsrådet er underlig, med tanke på rapportens fokus på totalforsvaret og det sivil-militære helsesamvirke. Dette kan tolkes to veier. (1) Enten har ikke forskningsgruppen fokusert på Helseberedskapsrådet av ukjente grunner. (2) Forskningsgruppen ser ikke på helseberedskapsrådet som en arena som er avgjørende for det sivil-militære helsesamvirket. Evalueringsrapporten fra Nasjonal Helseøvelse 2018 er like sparsommelig i sin omtale av Helseberedskapsrådet. Rapporten trekker også frem rådet som en bidragsyter for sivil-militært helsesamarbeid innenfor beredskapsområder (Hansen, 2019, s. 94), men utdypet ikke hva rådet skal utrette eller bidra med.

---

## 6.3 Sivil-militær øving og trening

Det finnes ingen nyere eksempler på samarbeid mellom det sivile helsevesenet og Forsvaret i krig. De nærmeste eksemplene er den sivile støtten til Forsvaret ved behandling av pasienter med behov for helsehjelp som kommer hjem fra konflikter i utlandet (VG, 2010). Samt gjensidig støtte i Norge, herunder Forsvarets støtte til kommunehelsetjenesten med vaksinerings under koronapandemien (Forsvaret, 2021). I tillegg øves samhandling mellom det sivile helsevesenet og Forsvaret jevnlig, med Hæren og Helse-Nord i Bodø i 2022 som et senere eksempel (Salater & Jensen, 2022). Flere eksempler på samvirkeøvelser mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet er helsesektorens Nasjonale helseøvelse, som skal arrangeres annet hvert år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 12). I 2018 ble den gjennomført samtidig med Øvelse *Trident Juncture* (Hansen, 2019; Helse Stavanger, 2019).

### Nasjonale helseberedskapsøvelse

Den nasjonale helseøvelsen som ble gjennomført i 2018 hadde tre overordnede hensikter:

1. *Å styrke helsetjenestens evne til ledelse og ytelse av helsetjenester til samfunnet (herunder også Forsvaret) i hele spekteret fra fred, krise til krig.*
2. *Å bidra til å videreutvikle beredskapsplanverket for helsesektoren i totalforsvarsrammen, herunder at helsetjenestens beredskapsplaner er samordnet med Forsvaret og i stand til å understøtte samvirke med relevante sivile samarbeidspartnere*
3. *Å styrke samarbeidet mellom helsetjenesten og Forsvaret på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå*

(Helse Stavanger, 2019, s. 10)

Hensikten hentet ut fra prosjektrapporten for Helseøvelsen 2018 viser et tydelig mål om å bedre samarbeidet i totalforsvaret, herunder samarbeidet mellom helsetjenesten og Forsvaret. Hensikten, og dermed målene for øvelsen, er tydelige og brede, og dekker hele krisespekteret fra fred, via krise til krig, og alle nivåer fra lokalt til nasjonalt nivå. Selv om den nasjonale helseberedskapsøvelsen ble koordinert og planlagt på operasjonelt og nasjonalt nivå, er selve gjennomføringen på svært lavt nivå med lokale avdelinger begrenset i tid og rom. Henholdsvis Ørland, Tynset, Kristiansund, Orkdal og Elverum kommune med varighet på én dag (Helse Stavanger, 2019, s. 8). Selv om taktisk og regionalt nivå var deltakende på øvelsene, var omfanget svært lavt. Det stilles derfor spørsmål om effekten og dermed nytten av øvelsene for nivåene over lokalt og sub-taktisk nivå. Samarbeidet med Forsvaret sto sentralt fra helsevesenets sin side, men det viste seg å være komplisert å få gjennomført en mer sammensatt og større helseberedskapsøvelse samtidig med en større militær øvelse:

*“Tidlig i prosessen ble det klart at det å gjennomføre en stor helseberedskapsøvelse samtidig som den største NATO øvelsen i Norge ble gjennomført, ikke ville la seg gjennomføre i praksis. Faren for å forstyrre NATO øvelsen var da stor, noe vi fikk tydelige signaler om at ikke var ønskelig. Samtidig var mange av våre egne ressurser, og ressurser hos våre samarbeidspartnere, opptatt med oppgaver knyttet til vertslandsstøtte, noe som ytterlig ville vanskeliggjort frigjøring av ressurser til en stor øvelse”*

(Helse Stavanger, 2019, s. 54).

---

Dette er med på å vanskeliggjøre en større samvirkeøvelse mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet i stor grad, som igjen medfører utfordringer med å involvere nivå over det lokale og sub-taktiske nivå. Denne utfordringen medførte at ambisjonsnivået for helseberedskapsøvelsen ble senket i omfang, og er grunnen for designet av øvelsen med fem mindre øvelser på en dag på fem forskjellige lokasjoner (Helse Stavanger, 2019, s. 54). Beklageligvis er dette også min egen erfaring når det kommer til samvirkeøvelser i Hæren. Saniteten blir underprioritert på bakgrunn av kompleksitet og liten vilje blant avdelingene i Hæren. Dette inkluderer vilje til å evakuere eget personell eller å håndtere øvings-skader i egen avdeling i henhold til prosedyrer, da dette kommer i konflikt med egne øvingsmål eller ødelegger for eget moment i øvelsen.

Nivået øvelsene ble gjennomført på gjenspeiles i bevaringspunkter og forbedringspunkter i evalueringen av øvingsmålene. Spesielt øvingsmål 1 og 2 (Hansen, 2019, s. 95, 99–102). Punktene omhandler for det meste prosedyrer på lavere nivå, helt ned til prosedyrer på skadestedet og pasientbehandling.

Selv om deltakelsen fra nasjonalt og regionalt nivå var liten ble det likevel vurdert i rapporten at samhandling på og mellom disse nivåene må øves, i den hensikt å kunne avdekke svakheter i samhandlingen (Hansen, 2019, s. 31). Dette inkluderer samhandling med Forsvaret. Likevel identifiserer rapportene fra heleberedskapsøvelsen momenter som omhandler nivåene over lokalt nivå for det sivile helsevesenet. Disse momentene kom som et resultat av arbeidet og prosessen med å planlegge øvelsen, samt gjennomføring av kompetansehevende tiltak og *tabletop* øvelser i forbindelse med helseøvelsen (Helse Stavanger, 2019, s. 68–69). Disse momentene var også med på å gi et innblikk som inkluderte regionalt og nasjonalt nivå, samt momenter for den sivil militære samhandlingen.

## **Andre øvelser mellom sivil helse og saniteten i Forsvaret**

I løpet av de siste årene har det vært flere mindre øvelser hvor det er fokus på samarbeid mellom det sivile helsevesenet og Forsvaret representert ved blant annet forskjellige sanitetsavdelinger fra Forsvaret. Eksempler på dette er *Stormen Reindeer* arrangert i Bodø 2022 mellom blant annet Sanitetsbataljonen fra Hæren og Helse Nord. Et annet eksempel er beredskapsøvelse i Drammen, sist arrangert november 2022 med blant annet Drammen Sykehus og avdelinger fra Forsvarets sanitet, Sanitetsbataljonen og Hans Majestet Kongens Garde og andre sivile beredskapsaktører. Det som kjennetegner disse øvelsene er at dette er kriseøvelser hvor det trenes og øves på å håndtere hendelser på lokalt nivå, og at det er fokus på militær støtte til det sivile. At dette er god trening for deltakerne, hersker det liten tvil om. Det å møte sine likemenn på tvers av etater er en fin arena for kunnskapsutveksling og samhandling. Slike øvelser blir ofte presentert som totalforsvarsøvelser. Men selv om det er avdelinger, enheter og etater som inngår i totalforsvarssystemet som øver og trener sammen, blir ikke totalforsvaret som system øvd og trent. For at systemet skal trenes må nivået over lokalt nivå involveres. Dette inkluderer blant annet koordinering av innsats i et komplisert

---

operasjonsmiljø, og flytting eller avgivelser av ressurser mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet for å imøtekomme en trussel eller hendelse.

## 6.4 Delkonklusjon

Det praktiske samarbeidet bærer preg av lokalt initiativ på lavere nivå. Dette gjenspeiles i forskjellige øvelser hvor sub-taktiske avdelinger trener og øver med sivile lokale aktører innenfor helse. Selv om dette er i tråd med overordnede og regionale dokumenter og beredskapsplaner, kan det argumenteres for at treningen og øvingen skjer på et så lavt nivå at samvirke på regionalt nivå aldri har blitt testet og øvd på en realistisk måte. Spørsmålet videre er om det finnes en god arena for samarbeid på dette nivået. Det stilles spørsmål om effekten Helseberedskapsrådet gir for det sivil-militære helsesamarbeidet, spesielt på de regionale og taktiske nivåene. For at samarbeidet skal bli bedre, må det opprettes flere formelle kommunikasjonskanaler for helsesamarbeid på flere nivå, og da spesielt mellom det regionale og taktiske nivået. I tillegg må allerede eksisterende kommunikasjonskanaler utnyttes bedre, samtidig som det må gjennomføres øvelser som involverer flere nivå. Et godt eksempel på den manglende kommunikasjonen gjenspeiles i det sivile helsevesenets manglende kapasitet til å håndtere pasientvolumet fra Forsvaret som vil oppstå ved en krig. Dette kommer blant annet av manglende kommunikasjon fra Forsvaret, herunder hvilke støttebehov Forsvarets avdelinger har ved væpnet konflikt og krig.



---

# 7 Hovedsammendrag og konklusjon

Forskningsspørsmålene har blitt besvart fortløpende med en delkonklusjon. Her vil jeg sammenfatte og oppsummere hovedfunnene fra hvert forskningsspørsmål og presentere en konklusjon på oppgavens problemstilling. Denne er i innledningen formulert som følger: *I hvilken grad er samhandlingen mellom Forsvaret og helsesektoren i samsvar med overordnede føringer og intensjoner?*

## 7.1 Oppsummering og konklusjon

I arbeid med oppgaven har det vist seg utfordrende å finne ugraderte dokumentkilder som kaster tilstrekkelig lys over problemstillingen. Med dette forbeholdet har studien likevel frembragt noen verdifulle funn.

Det første funnet omhandler Forsvaret og det sivile helsevesens etterlevelse og tolkning av det sivil-militære samarbeidet. Gjennom arbeidet med oppgaven har det kommet frem at det er manglende operasjonalisering og konkretisering av de overordnede intensjonene og føringene. Dette gjelder ikke så mye hos det sivile helsevesenet som hos Forsvaret, hvor man ser en positiv utvikling og konkretisering av det sivile-militære helsesamarbeidet i regionale helseberedskapsplaner. Forsvarets dokumenter bærer i stor grad preg av gjentakelse av de overordnede intensjonene og føringene, uten noen utdypning på hvordan samarbeidet skal utføres. I tillegg er beskrivelsen av det sivil-militære samarbeidet mangelfull og bærer preg av manglende prioritering på helsesamarbeid, som igjen tyder på manglende forståelse for de overordnede intensjonene og føringene. Dette fører til mangelfull samhandling og leder til de to neste funnene for denne oppgaven, som går på (1) kommunikasjon, og (2) trening og øving mellom saniteten i Forsvaret og det sivile helsevesenet. To områder som blir tatt frem i overordnede intensjoner og føringer fordi de er viktige for det sivil-militære samarbeidet og samfunnsikkerheten.

Dette leder meg til neste og andre funn, som er manglende kommunikasjon og samordning mellom Forsvaret og helsevesenet. Det kommer klart frem at Forsvaret ikke bare er avhengig av sivil-militært helsesamarbeid, men også at støtten fra det sivile helsevesenet er forventet. For at dette samarbeidet skal være troverdig, er det viktig at helsevesenet også er informert om hva som forventes av det. Ansvar for å ta initiativ for helsesamarbeid og helsesamvirke er delt under ansvar- og samvirkeprinsippet mellom Forsvaret og det sivile helsevesenet. Men selv om det sivile helsevesenet har et overordnet ansvar for helseberedskap i Norge så må Forsvaret ta ansvar for å kommunisere sine behov for understøttelse innenfor helse. Forsvaret kan ikke ta for gitt at det sivile helsevesenet er forberedt og dimensjonert understøttelse med medisinsk evakuering og behandling, spesielt ikke i en krigssituasjon. Videre argumenterer studien for at det mangler effektive koordinerende organer, eventuelt at

---

eksisterende samordningsarenaer utnyttes for dårlig. Mitt personlige inntrykk er at koordineringen ivaretas av enkeltpersoner i Forsvaret. Forsvaret og aktører innenfor det sivile helsevesenet må gå opp eksisterende og nye kommunikasjonskanaler med klare mål om å bedre det sivil-militære helsesamarbeidet.

Det tredje og siste funnet er mangel på sivil-militære øvelser. I oppgaven er det vist til flere øvelser der det sivile helsevesenet og Forsvaret har øvd sammen, men disse øvelsene er på lavt nivå og svært lokale. Det er liten tvil om at slike øvelser er av verdi for de avdelingene som deltar, både for å styrke kunnskapen om hverandre og for å oppnå kompetanseutveksling. Men på nivåene over, mellom taktisk og regionalt nivå og oppover, er det ikke gjennomført en helhetlig sanitets- eller helseøvelse. Dersom slike øvelser gjennomføres, vil det etter alt å dømme bidra til kompetanseutveksling og kompetanseheving både sivilt og militært, og i sin tur styrke helseberedskapen betydelig.

## 7.2 Avsluttende refleksjoner og videre forskning

Etter å ha jobbet med dette temaet og ervervet meg ytterligere kunnskap om det sivil-militære helsesamarbeidet ser jeg muligheter for forbedring. Dette er noe jeg allerede har tatt med inn i mitt virke i Hæren, hvor vi har begynt å se på videre samarbeid med blant annet Helse-Nord innenfor kompetanseutveksling og samarbeid. Hærens sanitet har identifisert et behov for en samarbeidsavtale med aktører innenfor det sivile helsevesenet, og spesielt Helse Nord. En slik avtale vil blant annet omfatte kompetanseutveksling gjennom bruk av sivile forelesere i Forsvaret og militær kursdeltakelse for sivilt personell.

Det anbefales at det forskes videre på det sivil-militære helsesamarbeidet, da det ikke er blitt gjort mye forskning på dette tidligere. Forhåpentligvis vil vi se en økning av dette i fremtiden. Det vil også bli interessant å se resultatet av Forsvarets Forskningsinstitutt sitt prosjekt *Saniteten mot 2040*, og Totalberedskapskommisjonens rapport som vil komme i juni 2023. Disse rapportene vil forhåpentligvis belyse det sivil-militære helsesamarbeidet og være med på å bidra til videre forskning på området. Videre forskning kan være innenfor optimalisering av Forsvarets sanitetsressurser og sivile helseressurser med fokus på de forskjellige nivåene til krisespekteret. En slik forskning vil være med på å videreutvikle det sivil-militære helsesamarbeidet og styrke helseberedskapen.

---

# Litteraturliste

- Beredskapsloven. (1950). *Lov om særlige rådgjerd under krig, krigsfare og liknende forhold* (LOV-1950-12-15-7). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1950-12-15-7>
- Bistandsinstruksen. (2017). *Instruks om Forsvarets bistand til politiet* (FOR-2017-06-16-789). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2017-06-16-789>
- Brattebø, G., & Sommerfelt-Pettersen, J. (2022, 24. oktober). Samspillet om helseberedskap trenger skikkelig overhaling. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/10/24/det-sivilt-militare-samarbeidet-trenger-en-skikkelig-overhaling/>
- de Vries, J.-B. R. (2017). *Samordning av helseberedskap mellom Forsvaret og helsesektoren i totalforsvaret* [Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark]. <http://hdl.handle.net/11250/2440235>
- Endregard, M., & Elstad, A.-K. (2021). Beredskap i teori og praksis: Hvordan står det til? I A.-K. Larssen (Red.), *Beredskap og krisehåndtering: Utfordring på sentralt, regionalt og lokalt nivå* (s. 23-45). Cappelen Damm Akademisk.
- Etterretningstjenesten. (2023). *FOKUS 2023, Etterretningstjenestens vurdering av aktuelle sikkerhetsutfordringer*. <https://www.etterretningstjenesten.no/publikasjoner/fokus/innhold>
- Falleth, O. H. (1980). *Planlegging av helsetjenesten for katastrofer og krig*. Kommunalforlaget.
- Forsvaret. (2017). *Forsvarets doktrine for sanitets- og veterinærvirksomhet*. Forsvarssjefen.
- Forsvaret. (2019). *Forsvarets Fellesoperative Doktrine*. <https://fhs.brage.unit.no/fhs-xmlui/bitstream/handle/11250/2631948/FFOD%202019%20.pdf>
- Forsvaret. (2021, 14. desember). *63 000 vaksinedosar for kommunane*. <https://www.forsvaret.no/aktuelt-og-presse/aktuelt/forsvaret-korona>
- Forsvarets forskningsinstitutt. (u.å.). *Saniteten mot 2040*. [www.ffi.no](http://www.ffi.no). Hentet 2. mai 2023, fra <https://www.ffi.no/forskning/prosjekter/forsvarets-sanitet-mot-2040>
- Forsvarets operative hovedkvarter & Helsedirektoratet. (2022). *Avtale mellom Helsedirektoratet og Forsvaret ved Forsvarets operative hovedkvarter vedrørende gjensidig bistand*.
- Forsvarsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet. (2018). *Støtte og samarbeid, En beskrivelse av totalforsvaret i dag*.
- Forsvarskommisjonen. (2023, 3. mai). *Forsvarskommisjonen leverte sine anbefalinger til regjeringen*. <https://forsvarskommisjonen.no/2023/05/03/forsvarskommisjonen-leverte-sine-anbefalinger-til-regjeringen/>
- Forsvarsloven. (2016). *Lov om verneplikt og tjeneste i Forsvaret m.m.* (LOV-2016-08-12-77). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2016-08-12-77>
- Fylkesmannen i Nordland. (2019). *Fylkes-ROS 2019: Organisering av arbeidet, metode, og oppfølging*. Troms og Finnmark Fylkeskommune. <https://www.statsforvalteren.no/nordland/samfunnssikkerhet-og-beredskap/fylkesros/>

- 
- Graver, H. P. (2021). Vollgrav mot tyranniet: Ivaretagelse av demokrati og rettsstat også når det er kriser. I A.-K. Larssen (Red.), *Beredskap og krisehåndtering: Utfordring på sentralt, regionalt og lokalt nivå* (s. 303–332). Cappelen Damm Akademisk.
- Grunnloven. (2021). *Kongeriket Norges Grunnlov* (LOV-1814-05-17). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1814-05-17-bm>
- Hansen, J. (2019). *Nasjonal helseøvelse 2018: Evalueringsrapport for Live-delen av øvelsen*. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/prosjektrapport-for-nasjonal-helseovelse-2018/Evalueringsrapport%20for%20Live-delen%20av%20Nasjonal%20Helse%C3%B8velse%202018.pdf/\\_/attachment/inline/e89ffd71-32ec-4eeb-91e9-8e593cc83229:3dfaa063e9340dc4e02eb5349669643ae77c4842/Evalueringsrapport%20for%20Live-delen%20av%20Nasjonal%20Helse%C3%B8velse%202018.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/prosjektrapport-for-nasjonal-helseovelse-2018/Evalueringsrapport%20for%20Live-delen%20av%20Nasjonal%20Helse%C3%B8velse%202018.pdf/_/attachment/inline/e89ffd71-32ec-4eeb-91e9-8e593cc83229:3dfaa063e9340dc4e02eb5349669643ae77c4842/Evalueringsrapport%20for%20Live-delen%20av%20Nasjonal%20Helse%C3%B8velse%202018.pdf)
- Helse Midt. (2022). *Regional beredskapsplan Helse Midt-Norge*. [https://helsemidt.no/Documents/2023/Regional\\_helseberedskapsplan\\_rev.\\_2.0.pdf](https://helsemidt.no/Documents/2023/Regional_helseberedskapsplan_rev._2.0.pdf)
- Helse Nord. (2013). *Regional beredskapsplan Helse Nord*. [https://helsenord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Rapporter%20og%20dokumenter/Regional\\_beredskapsplan\\_2013-2016.pdf](https://helsenord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Rapporter%20og%20dokumenter/Regional_beredskapsplan_2013-2016.pdf)
- Helse Nord. (2022). *Regional beredskapsplan Helse Nord*. <https://helsenord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Fagplaner/Regional%20beredskapsplan%20Helse%20Nord.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Nasjonal Helseberedskapsplan: Å verne om liv og helse*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/a-verne-om-liv-og-helse/id2583172/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020a, 31. januar). *Delegert myndighet i forbindelse med koronavirus-utbruddet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2020ny/delegert-myndighet/id2692686/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020b). *Beredskapstiltak for å sikre liv og helse – utbrudd av koronavirus- anvendelse av fullmaktsbestemmelsene i lov 23. Juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap, jf. § 1-5 nr. 2 og § 3-1, § 4-1, § 5-1 og § 5-2*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/c11d23c2941940fb8993da8a4bfa65f1/6.3.2020-kgl.res---anvendelse-av-fullmaktsbestemmelsene-i-helseberedskapsloven.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2016). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helse Stavanger. (2019). *Prosjektrapport for Nasjonal helseøvelse 2018*. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/prosjektrapport-for-nasjonal-helseovelse-2018/Prosjektrapport%20for%20Nasjonal%20helse%C3%B8velse%202018.pdf/\\_/attachment/inline/dd6a1221-9c72-4b9b-b38e-6a72256f9e64:5e6419f1be4aed6add41fe8a111a6934ea7ee7d5/Prosjektrapport%20for%20Nasjonal%20helse%C3%B8velse%202018.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/prosjektrapport-for-nasjonal-helseovelse-2018/Prosjektrapport%20for%20Nasjonal%20helse%C3%B8velse%202018.pdf/_/attachment/inline/dd6a1221-9c72-4b9b-b38e-6a72256f9e64:5e6419f1be4aed6add41fe8a111a6934ea7ee7d5/Prosjektrapport%20for%20Nasjonal%20helse%C3%B8velse%202018.pdf)
- Helse Sør-Øst. (2022a). *Regional plan for sivilt-militært samarbeid*. <https://helsesorost.no/Documents/Helsefaglig/Beredskap/Dokumenter/Regional%20plan%20for%20sivilt-milit%C3%A6rt%20samarbeid.pdf>

- 
- Helse Sør-Øst. (2022b). *Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst*. <https://helse-sorost.no/Documents/Helsefaglig/Beredskap/Dokumenter/Regional%20beredskapsplan%20Helse%20S%C3%B8r-%C3%98st.pdf>
- Helse Vest. (2019). *Regional beredskapsplan Helse Vest*. <https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Regionale%20planar/2019%20-%20Regional%20helseberedskapsplan%20for%20Helse%20Vest%20-%202019-2021.pdf>
- Helseberedskapsloven. (2000). *Lov om helsemessig og sosial beredskap* (LOV-2000-06-23-56). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2000-06-23-56>
- Hæren. (2021). *Konsept for utvikling av Hæren: Morgendagens Hær*. [https://www.forsvaret.no/om-forsvaret/organisasjon/haeren/morgendagens-haer.pdf/\\_/attachment/inline/e14ad896-886e-49f7-a99d-ebfc0729a056:0182b3d2c7fcc6459eef5510b2f046e2fd367b/Morgendagens%20haer.pdf](https://www.forsvaret.no/om-forsvaret/organisasjon/haeren/morgendagens-haer.pdf/_/attachment/inline/e14ad896-886e-49f7-a99d-ebfc0729a056:0182b3d2c7fcc6459eef5510b2f046e2fd367b/Morgendagens%20haer.pdf)
- Instruks. (2011, 11. desember). I *Jusleksikon*. <https://jusleksikon.no/wiki/Instruks>
- Instruks for statsforvalteren og Sysselmeisteren på Svalbard sitt arbeid med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering. (2015). Lovdata. *Instruks for statsforvalteren og Sysselmeisteren på Svalbard sitt arbeid med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering* (FOR-2015-06-19-703). <https://lovdata.no/forskrift/2015-06-19-703>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Johansen, T. (2022). *Hvem leder saniteten? Samordning av det sivil-militære beredskapsarbeidet i saniteten i Forsvaret* [Masteroppgave, Forsvaret høyskole]. <https://hdl.handle.net/11250/3021223>
- Kristiansen, M., Hoem, N., & Larssen, B. A. (2021). Forsvarsgrenenes rolle i samfunnskriser. I A.-K. Larssen (Red.), *Beredskap og krisehåndtering: Utdrag på sentralt, regionalt og lokalt nivå* (s. 259–300). Cappelen Damm Akademisk.
- Meld. St. 29 (2011-2012). *Samfunnssikkerhet*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20112012/id685578/?ch=2>
- NOU 2021:6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*. Koronakommisjonen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/5d388acc92064389b2a4e1a449c5865e/no/pdfs/nou202120210006000dddpdfs.pdf>
- Pedersen, M. N., Vormdal, T. O., Lind, M., & Engøy, T. (2022). *Fremtidens Sanitet: Effektiv ressurs i Forsvaret og totalforsvaret* (Nr. 22/01114). Forsvarets forskningsinstitutt. <https://ffi-publikasjoner.archive.knowledgegearc.net/bitstream/handle/20.500.12242/3037/22-01114.pdf.pdf>
- Politielloven. (1995). *Lov om politiet* (LOV-1995-08-04-53). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1995-08-04-53>
- Prop. 14 S (2020 –2021). *Evne til forsvar – vilje til beredskap, Langtidsplan for forsvarssektoren*. Forsvarsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-14-s-20202021/id2770783/>

- 
- Reichelt, J. G. (2022). Helsevesenet er en del av Norges forsvar. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0266>
- Salater, R.-A., & Jensen, R. (2022, 4. mai). *For første gang gjennomføres en større sivil-militær kriseøvelse i Norge* [Nyheter]. TV2. <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/for-forste-gang-gjennomfores-en-storre-sivil-militaer-kriseovelse-i-norge/14764976/>
- Samfunnssikkerhetsinstruksen. (2017). *Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet* (FOR-2017-09-01-1349). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2017-09-01-1349>
- Sikkerhetsloven. (1998). *Lov om nasjonal sikkerhet* (LOV-1998-03-20-10). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2018-06-01-24>
- Skjelland, E., Arnfinnsson, B., Birkemo, G. A., Bråthen, K., Glærum, S., Graarud, E., Hakvåg, U., Klepper, K. B., Kvalvik, S. N., Larsen, M. V., Mayer, M. J., Minos-Stensrud, M., Monsen, I. H. L., Mørkved, T., Nordvang, E. U., Presterud, A. O., Sellevåg, S.-R., Sendstad, C., Sivathas, K., ... Voldhaug, J.-E. (2023). *Forsvarsanalysen 2023* (Nr. 23/00659). Forsvarets forskningsinstitutt. <https://ffipublikasjoner.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/20.500.12242/3161/23-00659.pdf>
- Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* (LOV-1994-08-05-55). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Statsforvalteren i Troms og Finnmark. (2022). *FylkesROS for Troms og Finnmark 2022-2025*. Troms og Finnmark Fylkeskommune. [https://www.statsforvalteren.no/siteassets/fm-troms-og-finnmark/samfunnssikkerhet-og-beredskap/fylkesros\\_for\\_troms\\_og\\_finnmark\\_2022-2025.pdf](https://www.statsforvalteren.no/siteassets/fm-troms-og-finnmark/samfunnssikkerhet-og-beredskap/fylkesros_for_troms_og_finnmark_2022-2025.pdf)
- St.meld. 5 (2020-2021). *Samfunnssikkerhet i en usikker verden*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20202021/id2770928/>
- St.meld. nr. 39 (2003-2004). *Samfunnssikkerhet og sivilt-militært samarbeid*. Justis- og politidepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-39-2003-2004-/id198241/?ch=1>
- Sørensen, J. L. (2020). Samfunnssikkerhet og beredskap: Det norske beredskaps- og krisehåndteringssystemet. I E. Carlström (Red.), *Samvirke—En lærebok om beredskap* (s. 19–32). Universitetsforlaget.
- Sørli, S., & Rønne, H. K. (2006). *Hele folket i forsvar, totalforsvaret i Norge frem til 1970*. Unipub forlag.
- Thomstad, A. B. (2021). Statsforvalteren: Med ansvar for tverrsektoriell samordning av kriser på regionalt nivå. I A.-K. Larssen (Red.), *Beredskap og krisehåndtering: Utfordring på sentralt, regionalt og lokalt nivå* (s. 173–192). Cappelen Damm Akademisk.
- VG. (2010, 5. mai). *Takket såret soldat for innsatsen*. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/RkQdd/takket-saaret-soldat-for-innsatsen>