



**FORSVARET**  
Forsvarets høgskole

## **Masseskade i krise og krig**

*En kvalitativ case-studie om feltsykehuset i Kabul*

**Helge Nordgård**

Masteroppgave  
Forsvarets høgskole  
vår 2023

---

---

# Forord

Tidlig i august 2021 satt jeg på skolebenken i kirkesalen på forsvarrets stabsskole, klar for å ta fatt på et intensivt og interessant skoleår. Skolesjefen hadde gitt sine formaninger om viktigheten av å være engasjert, hardtarbeidende og til stede for å få mest mulig ut av skoleåret. All erfaring tilsa at året kom til å rase av gårde i et forrykende tempo. Samtidig satt jeg med noe av bevisstheten rettet ut, ut av forelesningssalen og mot det som foregikk i Afghanistan. Der var det nemlig en dramatisk endring i emning, en endring som ingen så komme. Taliban tok over landet med stormskritt, og kolleger på feltsykehuset i Kabul sto i en situasjon som det er vanskelig å ta inn over seg. Studien hadde dermed funnet sin inspirasjon.

Mange rapporter er lest, artikler er studert og mennesker er snakket med siden den gang. Startet som uvitende inkompetent og avslutter muligens som bevist kompetent. Resultatet to år etter oppstart på stabsskolen, ble denne oppgaven som jeg endelig er ferdig med. Nå kommer den mentale utladningen. Det skal bli godt å endelig fokusere på andre ting.

Jeg vil benytte anledningen til å takke mine støttespillere gjennom denne prosessen. Sigurd som veileder har vært helt fantastisk. Han har gitt meg inspirasjon, rom til å tenke selv, men også satt noen krav når det har vært nødvendig. Han har også gitt meg gode og konstruktive tilbakemeldinger som jeg virkelig har satt pris på. Bent sto mitt i situasjonen selv og har gitt meg mye informasjon og interessante samtaler gjennom prosessen. Christin vil jeg takke for støtte og forståelse, og for å ha gitt meg nødvendig tid til å fokusere på prosjektet. Ivar for samtaler og inspirasjon. Rune for gjennomlesning og akademiske og gode tilbakemeldinger på oppgaveteksten. Haakon for gjennomlesning kommentarer og gode samtaler. Også mine medstudenter fra stabsskolen har vært avgjørende for gode samtaler, støtte, utløp for frustrasjon og glede. Dere vet hvem dere er. Også mine respondenter fortjener en takk for at de stilte opp og delte sine opplevelser og tanker.

Tusen takk alle sammen! Dere er alle grunnen til at jeg maktet å gjøre prosjektet ferdig, og at det ble en minnerik opplevelse.

Til slutt min kjære Tone. Unnskyld for at jeg ikke har vært den beste versjonen av meg selv. Og tusen takk for forståelse og støtte gjennom et veldig spesielt år. Jeg skylder deg «big time!».

Bergen, 15. mai 2023

Helge Nordgård

---

## Sammendrag

Det multinasjonale feltsykehuset i Kabul Afghanistan ble ledet og driftet av Norge i det Nato trakk seg ut av landet i 2021. Studien skal se nærmere på hendelsen som utspant seg 26. august hvor en selvmordsbomber gikk til angrep. Bomben gikk av utenfor porten Abbey Gate, hvor store folkemengder var samlet i det de forsøkte å flykte fra Taliban og inn på flyplassen. Angrepet resulterte i flere hundre skadde og drepte. Militært helsepersonell ved feltsykehuset sto i det verst tenkelig senario, med en masseskadesituasjon parallelt med en svært utfordrende sikkerhetssituasjon.

Denne kvalitative case-studien skal besvare spørsmålet, Hvor godt forberedt var det norske militære helsepersonellet på å håndtere masseskadehendelsen i Kabul 26. august 2021?

Som en tilleggsambisjon skal studien også belyse, hvordan Forsvaret kan forberede seg best mulig for å møte tilsvarende hendelser i fremtiden?

Dataene ble samlet inn gjennom intervjuer med personell som opplevde hendelsen. Hensikten var å skaffe innsikt i personellets erfaringer med rekrutteringsprosessen og forberedelsene de gjorde før utreisen til Afghanistan. Videre ble opplevelsene til personellet etter ankomst til feltsykehuset i Kabul og selve hendelsen også studert for å avdekke hvordan situasjonen ble håndtert.

Det synes svært sannsynlig at personellet som tjenestegjorde ved feltsykehuset gjorde en imponerende innsats under usedvanlig krevende forhold. Uten deres innsats hadde trolig flere liv gått tapt den 26. august. Dette ifølge rapporter, utsagn og funn i denne studien. I lys av disse funnene kan det hevdes at den imponerende innsatsen var mer på tross av enn på grunn av Forsvarets evne til å forberede personellet på denne masseskadehendelsen.

Det kommer frem av informantene at rekruttert personell fra sivilt helsevesen, hadde manglende kompetanse med hensyn til militære grunnleggende ferdigheter. Videre kan det tyde på at personell uten tilstrekkelig militær utdanning, hadde svake forutsetninger for å håndtere arbeidssituasjonen forsvaret sendte de ut til. På bakgrunn av funnene i studien virker det sannsynlig at sivilt rekruttert personell kan ha vært utilstrekkelig forberedt på å håndtere alvorlige hendelser de med stor risiko kunne bli utsatt for.

Tilleggsambisjonen avdekker at Forsvaret i større grad bør sørge for at helsepersonell som skal tjenestegjøre i militære operasjoner, har tilstrekkelig militær utdanning, slik Forsvarets eget HR-direktiv fastsetter. I tillegg avdekkes mangler ved de oppdragsspesifikke forberedelsene, noe Forsvaret burde sette søkelys på når militært helsepersonell skal deployere til internasjonal tjeneste.

---

## Summary

The multinational field hospital in Kabul, Afghanistan, was led and operated by Norway as NATO withdrew from the country in 2021. This study aims to investigate the incident that occurred on August 26, when a suicide bomber attacked. The bomb exploded outside Abbey Gate, where large crowds were gathered as they attempted to flee from the Taliban and onto the airport. The attack resulted in hundreds of injured and killed individuals. Military healthcare personnel at the field hospital were in the worst imaginable scenario, facing a mass casualty situation parallel with a highly challenging security situation.

This qualitative case study seeks to answer the question, how well prepared was the Norwegian military healthcare personnel to handle the mass casualty incident in Kabul on August 26, 2021? As an additional ambition, the study also aims to shed light on how the Norwegian Armed Forces can best prepare itself to meet similar incidents in the future?

Data was collected through interviews with personnel who experienced the incident. The aim was to gain insight into the personnel's experiences with the recruitment process and preparations made before deployment to Afghanistan. Furthermore, the experiences of the personnel after arriving at the field hospital in Kabul and during the incident were also studied to uncover how the situation was handled.

It appears highly likely that the personnel serving at the field hospital made an impressive effort under exceptionally demanding circumstances. Without their efforts, more lives would likely have been lost on August 26, according to reports, statements, and findings in this study. Considering these findings, it can be argued that the impressive effort was more despite than because of the Norwegian Armed Forces ability to prepare personnel for this mass casualty incident.

The informants revealed that recruited personnel from civilian healthcare had inadequate competence regarding military basic skills. Furthermore, it may indicate that personnel without sufficient military education had weak prerequisites for handling the work situation that the Norwegian Armed Forces sent them to. Based on the findings of the study, it seems likely that civilian recruited personnel may have been insufficiently prepared to handle serious incidents they could be exposed to with high risk. The additional ambition reveals that the Norwegian Armed Forces should ensure that healthcare personnel who serve in military operations have sufficient military education, as stated in the Norwegian Armed Forces own HR directive. In addition, shortcomings in the mission-specific preparations are revealed, which the Norwegian Armed Forces should focus on when military healthcare personnel deploy for international service.

---

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Kapittel 1 - Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 PROBLEMSTILLING .....	2
1.2 AVGRENSNING .....	3
1.3 STRUKTUR.....	3
1.4 BEGREPSAVKLARINGER.....	4
1.5 FELTSYKEHUSET I KABUL .....	4
<b>2 Kapittel 2 - Metode</b> .....	<b>6</b>
2.1 METODISK TILNÆRMING .....	6
2.2 FORSKNINGSSTRATEGI.....	6
2.3 DATAINNSAMLING.....	8
2.4 DATAANALYSE .....	9
2.5 FORSKNINGSKVALITET.....	9
Validitet.....	10
Reliabilitet.....	11
2.6 FORSKERENS ROLLE .....	13
2.7 ETISKE REFLEKSJONER .....	13
<b>3 Kapittel 3</b> .....	<b>15</b>
3.1 REKRUTTERING I HISTORISK PERSPEKTIV .....	15
3.2 REKRUTTERING I DAG.....	16
3.3 KRAV TIL PERSONELL SOM SKAL TJENESTEGJØRE I INTERNASJONAL VIRKSOMHET .....	16
3.4 REKRUTTERING AV MILITÆRT HELSEPERSONELL .....	17
3.5 REKRUTTERING TIL FELTSYKEHUSET I KABUL.....	18
3.6 INFORMASJON OG FORVENTNINGER I FORKANT AV ENGASJEMENTET .....	20
3.7 ORGANISERING TRENING OG ØVING I NORGE.....	22
3.8 FORBEREDELSE, TRENING OG ØVING ETTER ANKOMST TIL AFGHANISTAN .....	24
3.9 HVORFOR VAR DET SÅ STOR DISKREPANS MELLOM PERSONELLETS FORVENTNINGER OG VIRKELIGHETEN SLIK DEN BLE? .....	26
<b>4 Kapittel 4</b> .....	<b>28</b>
4.1 OPPTAKTEN TIL OG DAGENE FØR DEN 26. AUGUST .....	28
4.2 SITUASJONSFORSTÅELSE OG OPPLEVELSE AV INFORMASJON .....	29
4.3 OPPLEVELSE AV Å VÆRE FORBEREDT.....	30
4.4 UTSTYR OG MATERIELL.....	32
4.5 OPPLEVELSE AV ORGANISERING .....	34
4.6 OPPLEVELSE AV MASSESKADEN.....	36
<b>5 Kapittel 5</b> .....	<b>39</b>
5.1 REKRUTTERING .....	39
5.2 ØVING OG TRENING - FORBEREDELSE HJEMME I NORGE .....	42
5.3 FORBEREDELSE I KABUL .....	45
5.4 INFORMASJON OG SITUASJONSFORSTÅELSE .....	47
5.5 ORGANISERING OG UTRUSTNING.....	49
<b>6 Kapittel 6 - Avslutning</b> .....	<b>50</b>
6.1 KONKLUSJON.....	50
6.2 VIDERE FORSKNING.....	52
<b>7 Forkortelser</b> .....	<b>53</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>54</b>
<b>Vedlegg 1 Sikt godkjenning</b> .....	<b>1</b>
<b>Vedlegg 2 Forsvarets forskningsnemnd</b> .....	<b>3</b>

---

<b>Vedlegg 3 FSAN godkjenning .....</b>	<b>4</b>
<b>Vedlegg 4 SANSJØ godkjenning .....</b>	<b>5</b>
<b>Vedlegg 5 Infoskriv og samtykkeerklæring .....</b>	<b>6</b>
<b>Vedlegg 6 Intervjuguide .....</b>	<b>11</b>
<b>Vedlegg 7 SOP 03 Surgical Module.....</b>	<b>16</b>
<b>Vedlegg 8 SOP 08 Capability and function .....</b>	<b>32</b>
<b>Vedlegg 9 SOP 09 Mascas .....</b>	<b>37</b>
<b>Vedlegg 10 SOP 12 Training Plan .....</b>	<b>57</b>
<b>Vedlegg 11 SOP 16 Alarm .....</b>	<b>63</b>
<b>Vedlegg 12 Kabul Stats.....</b>	<b>65</b>
<b>Vedlegg 13 Utlysning sykepleier .....</b>	<b>66</b>

---

# 1 Kapittel 1 - Innledning

Det norske forsvaret bidro i perioden 2020 til 2021 med et feltsykehus i Kabul i Afghanistan.

Feltsykehuset var en del av Nato-operasjonen Resolute Support Mission (RSM). Norge hadde påtatt seg å lede og drifte det multinasjonale feltsykehuset fra våren 2020, og hovedoppdraget var å støtte Natos soldater og samarbeidspartnere.

Avslutningen på oppdraget skulle bli dramatisk, idet Taliban overtok makten i Afghanistan og Nato måtte fremskynde uttrekningen fra landet. I media hjemme i Norge vokste overskriftene om utviklingen, og situasjonen begynte å bli uoversiktlig. 15. august inntok Taliban hovedstaden Kabul, og med dette vokste alvoret og bekymringen hjemme i Norge og i resten av verden. Alvoret for de som befant seg midt i situasjonen, i et stadig økende kaos er vanskelig å beskrive.

Sivile afghanere flyktet fra Taliban, og da med retning mot det som virket som det eneste alternativet til trygghet, nemlig flyplassen. Alle med et håp om å kunne fly ut av et land i kaos og vold. Det nyetablert regime skapte frykt og håpløshet for fremtiden. Bildene av sivile afghanere som klamrer seg på utsiden av fly som tar av fra flyplassen, er nesten ikke til å fatte.

Den hurtige og improviserte uttrekningen av allierte styrker har av enkelte blitt omtalt som den mest dramatiske og største militære luftevakueringen noensinne. Målet var å evakuere Nato-styrker, diplomater og vestlige borgere på en trygg og kontrollert måte etter over 20 års tilstedeværelse.

Evakueringen forløp imidlertid ikke uten dramatik og blodsutgytelse. Den 26. august, bare noen dager før uttrekningen skulle være ferdig, detonerte en selvmordsbomber en bombe midt i folkehavet utenfor porten til flyplassen. Angrepet resulterte i hundrevis av drepte og sårede soldater og sivile.

Hendelsen gjorde at det norskledede feltsykehuset ble stilt overfor en formidabel utfordring. Mens Nato-soldatene jobbet intenst for å gjennomføre den videre evakueringen, befant personellet på feltsykehuset seg i en masseskadesituasjon, der det sto om livet til et stort antall mennesker. Ikke bare drepte og skadde Nato-soldater, men også sivile, inkludert barn, ble fraktet til sykehuset for behandling og ivaretagelse.



---

## 1.1 Problemstilling

Hendelsen som utspant seg 26. august 2021 i Kabul, er høyst sannsynlig blant de mest krevende situasjonene norsk helsepersonell har havnet i som ledd i en militær operasjon i nyere tid. Dette gjør den til et interessant emne for en studie om hvordan det norske forsvaret rekrutterer og forbereder helsepersonell som sendes ut i internasjonale operasjoner der masseskadehendelser kan oppstå.

Forsvarets personell som blir sendt ut for å løse militære oppdrag, må inneha kunnskap og kompetanse for å løse krevende arbeidsoppgaver. Forsvaret må sørge for at personellet har de nødvendige forutsetninger gjennom rekruttering, selektering, trening og øving. Dette er tema som denne studien vil gå nærmere inn på, og da sett opp mot denne spesifikke hendelsen, og det militære helsepersonellet som opplevde den.

Ved å studere personellet ved det norske feltsykehuset og den tragedien de havnet i, kan vi forhåpentlig bidra til å gjøre Forsvaret, sanitetstjenesten og norsk militært helsepersonell bedre rustet til å håndtere slike ekstreme hendelser i fremtiden. Studien tar sikte på å besvare en konkret historisk problemstilling, hvor godt forberedt var det norske militære helsepersonellet på å håndtere masseskadehendelsen i Kabul 26. august 2021?

Samtidig foreligger det en tilleggsambisjon om å kaste lys over et mer generelt spørsmål, hvordan kan Forsvaret forberede seg best mulig for å møte tilsvarende hendelser i fremtiden?

Det er utarbeidet tre forskningsspørsmål som samlet skal bidra til å belyse den konkrete problemstillingen og det mer generelle spørsmålet. De er utformet på følgende måte:

1. Hvordan ble helsepersonellet rekruttert, og hvilken informasjon, trening og øving fikk det forut for hendelsen?
2. Hvordan opplevde det norske personellet hendelsen?
3. Er det mulig å identifisere svakheter i forberedelsene og organiseringen av det norske helsepersonellet, og å antyde lærdommer som kan komme til nytte ved fremtidige operasjoner?

---

## 1.2 Avgrensning

Denne studien handler altså først og fremst om den konkrete hendelsen i Kabul 26. august 2021 og personellet som opplevde den. Videre er det nordmennene på feltsykehuset, og da spesifikt de som tilhørte kontingent 3, som skal studeres.

Det er kun sett på det norske militære helsepersonellet som jobbet ved feltsykehuset i Kabul under hendelsen. De som hadde vært der tidligere og som ikke var til stede under hendelsen, er ikke en del av studien. Heller ikke personell fra allierte nasjoner er inkludert.

Selv om det var helsepersonell fra norske spesialstyrker til stede under hendelsen, er heller ikke disse inkludert i studien. Begrunnelsen er at disse ikke var en del av feltsykehusets opprinnelige bemanning, og følgelig ikke var en del av de forberedelsene sykehuspersonellet fikk. Det er heller ikke tatt høyde for annet militært personell som tjenestegjorde ved sykehuset, for eksempel i funksjoner som logistikk og samband.

## 1.3 Struktur

Etter innledningen følger en presentasjon av den *metodiske tilnærmingen* som er valgt for å svare på problemstillingen. Her redegjøres det for hvorfor denne metoden er valgt, og hvordan innsamling av data er blitt gjennomført og hvordan dataene er analysert. Avslutningsvis i metodekapitlet foretas en kritisk drøfting av valgt metode, fulgt av en redegjørelse for de etiske vurderingene som er gjort.

*Kapittel 3* tar sikte på å redegjøre for og analysere hvordan det norske personellet ble rekruttert, og hvilken informasjon, trening og øving de fikk i forkant av hendelsen 26. august. Kapitlet behandler således forskningsspørsmål nummer 1.

I *kapittel 4* vil det redegjøres for opptakten til hendelsen, før det ses nærmere på hvordan respondentene opplevde og håndterte de dramatiske begivenhetene. Analysen av helsepersonellets opplevelse har til hensikt å avdekke mulige svakheter og mangler i den rekrutteringen og de forberedelsene som var gjort forut for operasjonen. Foruten å besvare forskningsspørsmål nummer to, legger kapitlet således grunnlaget for å besvare det tredje og siste forskningsspørsmålet.

*Kapittel 5* tar utgangspunkt i de funnene som er gjort i kapittel 3 og 4, og drøfter i hvilken grad det er mulig å identifisere læringspunkter som kan komme til nytte ved deltakelse i fremtidige operasjoner. Kapitlet tar dermed for seg det tredje og siste forskningsspørsmålet.

Deretter følger en *avslutning* som tar sikte på å oppsummere funnene i studien. Avslutningen omfatter også en kort refleksjon omkring mulig videre forskning innenfor den aktuelle tematikken.

---

## 1.4 Begrepsavklaringer

**Øving og trening** er begreper som på mange måter er overlappende. Når vi her snakker om trening, er det snakk om læring av nødvendige ferdigheter, mens øving er å sette sammen disse ferdighetene og koordinere disse sammen med andres aktivitet for å øke kompetansebasert erfaring i organisasjonen (Johnsen & Eid, 2019, s. 83).

I HR-bestemmelsen i Forsvaret omtales **internasjonal virksomhet** (INTVIRK) som et samlebegrep for **internasjonal innsats** (INTINS) og **internasjonal operasjon** (INTOPS) (FPVS, 2023a, s. 4). Lovverk og bestemmelser for forvaltning av personell til INTVIRK er i utgangspunktet det samme, uavhengig av om det er snakk om internasjonal innsats eller internasjonal operasjon. Siden vi her snakker om feltsykehuset i Kabul, og siden dette var en internasjonal operasjon, vil begrepet INTOPS bli brukt i denne studien.

**«Role 2»** er et begrep som brukes i Nato, og som beskriver nivået på den medisinske behandlingen (AJP4-10). Enkelt forklart snakker vi om Role 1 til 4, hvor **Role 1** kan sammenlignes med et ordinært legekantor, hvor diagnostikk, prøvetaking og behandling av sykdom og mindre skader er primærfunksjon. **Role 2** har i tillegg til dette også en kirurgisk kapasitet, og skal kunne gjennomføre skadeforebyggende kirurgi, eller på engelsk «Damage Control Surgery» (DCS). Det er ikke meningen at en Role 2-kapasitet skal ferdigbehandle pasienter. De er avhengige av å evakuere pasientene videre til høyere behandlingsnivå etter at livreddende kirurgi (DCS) er gjennomført (FSAN, 2021, s. 7 og 8). Målet er å ha kirurgisk kapabilitet så nært skadested som mulig, da tiden fra en skade oppstår til pasienten får tilgang på DCS er avgjørende for overlevelse (AJMedP-1). Videre behandlingsnivåer er **Role 3 og 4**, som kan sammenlignes med lokalsykehus og regionalsykehus i Norge. Her kan pasientene få videre behandling og rehabilitering.

**Med militært helsepersonell** menes i denne studien personell som jobbet med medisinfaglige arbeidsoppgaver som sin primæroppgave på feltsykehuset i Kabul. Dette inkluderer helsepersonell med en helsefaglig autorisasjon og militære sanitetssoldater («medicer») uten helsefaglig autorisasjon.

## 1.5 Feltsykehuset i Kabul

I dette underkapitlet skal det kort redegjøres for feltsykehuset og hva som var oppdraget. Videre beskrives sykehusets kapabiliteter og kapasitet.

Norge besluttet i 2019 å være ledernasjon (lead nation) for videreføring av det multinasjonale feltsykehuset på flyplassen i Kabul i Afghanistan, med virkning fra 1. april 2020. Bidraget skulle bestå

---

av personell til ledelse, organisering og drift av sykehuset, samt til kirurgiske team. Bidragets størrelse var om lag 35 personer fra Norge (Forsvarsdepartementet, 2019). Sykehusets omfang og størrelse skulle være et Role 2-Basic(R2B) med noen tilleggsmoduler.

Av funksjoner som Norge skulle fylle foruten ledelselementet var SMO, kirurgisk team, sykepleiere til akuttmottak, sengepost og intensiv. Ut over dette var det også et logistikelement samt personell som skulle jobbe med testing, isolering og rapportering relatert til Covid-19, også omtalt som «Covid task force». Pandemien var en utfordring i den aktuelle perioden, noe som skapte et merbehov for ressurser og kompetanse.

Ved sykehuset i Kabul beskrives de medisinske kapabilitetene i SOP 08 Capability and functions (Vedlegg 8). Altså oppgaver som sykehuset skulle være i stand til å utføre. Kapasitet på antall pasienter som kunne behandles ved sykehuset er derimot mye vanskeligere å definere, siden det her er mange faktorer som bestemmer når kapasiteten er nådd. Sykehuset hadde to operasjonsstuer og to kirurgiske team, som kunne operere en pasient hver (Vedlegg 7).

Oppdraget til R2B er beskrevet som følger, i SOP 08 Capability and functions. «Support the NATO Resolute Support Mission (RSM) with medical services. This includes damage control resuscitation and surgery» (Vedlegg 8).

Sykehuset skulle altså sørge for medisinsk støtte og skadebegrensende kirurgi til Natos styrker i Resolute Support Mission (RSM). Som ledernasjon hadde Norge ansvar for ledelsen av sykehuset, og for å sørge for en akseptabel klinisk standard.

Den medisinfaglige standarden og kvalitetssikringen, prioriteres høyt i forbindelse med slike operasjoner. Medisinske kapasiteter i Nato-operasjoner skal tilfredsstillende nasjonale standarder, samt gi pasientbehandling etter beste medisinske praksis (NATO, 2020). Dette gjenspeiler et behov for å trygge soldatene ute i misjoner, men også for å redusere risikoen for kritikk av beslutningstakerne i kjølvannet av alvorlige hendelser. Det er i siste instans de politiske beslutningstakerne som har ansvaret for å sende soldater til et konfliktområde.

---

## 2 Kapittel 2 - Metode

I dette kapitlet skal det redegjøres for valg av metode. Dette skal gjøres ved å se på metodens forsknings- og utvalgsstrategi, samt å se på innsamlede datas egnethet til å besvare problemstillingen i dette prosjektet. Dette skal gjøres for å redusere faren for målefeil og sikre at data/kilder er egnet til å besvare problemstillingen gjennom en drøfting av validitet og reliabilitet. Det skal også redegjøres for styrker og svakheter med metoden. Til slutt skal jeg drøfte forskerens rolle og redegjøre for de etiske avveininger som er gjort i forbindelsen med utarbeidelsen av oppgaven.

### 2.1 Metodisk tilnærming

Kvalitativ metode har sin styrke ved at den muliggjør en fortolkende og eksplorerende tilnærming, der det søkes å studere i dybden av et fenomen, beskrive nyanser og avdekke ny kunnskap på områder der det finnes lite tidligere forskning. Hendelsen i Kabul og de opplevelsene som er gjengitt av respondentene er unik. Muligheten til å kunne utforske disse opplevelsene i dybden har bare vært mulig gjennom fortellinger fra intervjuobjektene. Nyansene og kunnskapen som er avdekket gjennom den kvalitative metoden har ikke vært mulig på noen annen måte.

Videre er kvalitative forskningsopplegg velegnet når det er ønskelig med en intensiv tilnærming gjennom nærhet til få enheter, for å belyse menneskers opplevelse av det fenomenet man undersøker. Det individuelle intervjuet egner seg godt i intensive forskningsdesign når det er ønskelig å undersøke det enkelte individs opplevelser og fortolkninger av et fenomen (Jacobsen, 2015, s. 129–130).

Det er lagt vekt på en induktiv tilnærming med ønske om å forstå det dynamiske og unike ved det som skjedde. Grunnlaget for teorier er dermed dannet etter at informasjon og data er samlet inn, noe som Glaser og Strauss kaller «grounded theory» eller på norsk grunnlagt teori (Jacobsen, 2015, s. 29).

### 2.2 Forskningsstrategi

Studiens hovedkilder er et utvalg norsk helsepersonell som var til stede på feltsykehuset i Kabul under hendelsen, og den metoden som er benyttet for å samle inn empirien, er semistrukturerte individuelle intervju. Kun «norsk militært helsepersonell» er blitt vurdert som aktuelle kandidater til intervju. Dette fordi det er norske forhold som er kjernen i problemstillingen. Personell fra andre nasjoner enn Norge er derfor utelukket.

Metoden er begrunnet i ønsket om å få respondentene til å fortelle åpent og ærlig om hvordan de opplevde forberedelsene og selve hendelsen, herunder egen og andres håndtering av den.

---

Individuelle intervju er hensiktsmessig når relativt få respondenter skal undersøkes (Jacobsen, 2015, s. 146). Intervjuguiden (Vedlegg 6) legger opp til en viss struktur med forhåndsplanlagte spørsmål, med ønsket tema og retning i intervjuet. Samtidig er det spørsmål som også legger opp til åpne, reflekterende svar, hvor respondenten står mere fritt til å utdype sine opplevelser. Intervjuguiden er delt inn i to sekvenser som er strukturert kronologisk. I den første er spørsmålene innrettet mot opplevelser før deployeringen til Kabul, og i den andre er spørsmålene orientert om opplevelser etter deployeringen til Kabul.

Selv om det er tilstrebet nærhet til respondentene i intervjusituasjonen, gjorde ressursmessige begrensninger at det ble vurdert at intervju over videolenke var mest hensiktsmessig i de fleste intervjuene. Det ble vurdert å gjennomføre alle intervjuene likt, og dermed med de samme forutsetningene for informasjonen som ble samlet inn. Dermed skulle alle intervjuene vært gjennomført ved videolenke. Ett av intervjuene ble allikevel gjennomført fysisk, da forholdene lå til rette for dette. Både videolenke og fysisk intervju legger opp til «ansikt-til-ansikt»-møte, som har vært ønskelig for å etablere tillit og åpenhet mellom forsker og respondent (Jacobsen, 2015, s. 148).

Utgangspunktet var at alt personell som tjenestegjorde ved feltsykehuset i Kabul under hendelsen den 26. august 2021, kunne være kandidater som intervjuobjekter. Totalt var det 35 norske personer som tjenestegjorde i den aktuelle perioden. Av disse var det 11 som jobbet med logistikk og 2 som utgjorde ledelsen på sykehuset. Det var derfor 22 personer som hadde en medisinfaglig funksjon som kunne være aktuell. Det norske traumeteamet som besto av 8 personer, ble sendt hjem til Norge 15. august. Det var dermed totalt 14 aktuelle kandidater, gitt at samtlige skulle ha vært til stede under hendelsen 26. august.

Ønsket har vært å i størst mulig grad få opplevelsene fra personellet som var nærmest det som skjedde. Med dette menes historiene fra personellet som tok imot ordrer, ble instruert av instruktører, som behandlet pasientene, og som utgjorde arbeidsstyrken «på gulvet». Dermed har det vært ønskelig å få informasjon fra det Jacobsen (2015) kaller det «typiske», hvor målet er å få et bilde av hva de «fleste» opplevde (Jacobsen, 2015, s. 182). Utvalget er derfor konsentrert rundt alle personene som jobbet i en medisinsk funksjon på feltsykehuset under hendelsen. Kriteriene for respondentene ble til slutt at det var norsk personell, med medisinske oppgaver og hvor de var fysisk til stede under hendelsen i Kabul 26. august 2021.

Gjennom lister av personell som tjenestegjorde i Kabul, som ble gjort tilgjengelig, pekte det seg ut noen åpenbare kandidater som møtte kriteriene. Den såkalte snøballmetoden ble benyttet i to tilfeller. Altså at aktuelle kandidater ble identifisert gjennom intervjuer med personer som allerede

---

var inkludert i utvalget (Jacobsen, 2015, s. 182). Dette for å forsøke å oppfylle utvalgskriteriene, da det var vanskelig å identifisere de rette kandidatene bare ut fra en liste. Til slutt snevret utvalget seg ned til seks personer som ble intervjuet. Dette utgjør en betydelig andel av det norske medisinske personellet som var til stede under hendelsen. Et større utvalg var ikke mulig innenfor rammen av prosjektet.

## **2.3 Datainnsamling**

Datainnsamling skal blant annet gjøres ved å innhente informasjon fra menneskene som var der, hvordan de oppfattet virkeligheten, og hvordan det var å oppleve den bestemte hendelsen. Også data fra planer, rapporter, artikler og prosedyrer danner grunnlag for å besvare problemstillingen.

Alle de som ble kontaktet og forespurt om å delta, var positive til prosjektet. Etter å ha kontaktet respondentene på telefon med forespørsel om intervju, var neste ledd i prosessen å videreformidle informasjonsskrivet (Vedlegg 5). Dette beskriver prosjektets formål og omfang, og inneholder informasjon om personvernrettigheter og et samtykkeskjema. Videre ble samtykkeskjemaet innhentet med skriftlig godkjenning fra hver respondent. Intervjuguiden (Vedlegg 6) med spørsmålene ble ikke formidlet til respondentene før intervjuet ble gjennomført. Dette ble gjort bevisst med ønske om at respondentene ikke skulle få anledning til å tenke nøye gjennom spørsmålene på forhånd, men derimot stimuleres til å gi så spontane og ærlige svar som mulig.

Det første intervjuet ble brukt til å teste ut og kvalitetssikre intervjuguiden og oppnå en bedre forståelse av omtrent hvor lang tid gjennomføringen av intervjuene ville ta. Etter det første intervjuet ble det gjort små justeringer i intervjuguiden ved at det ble lagt til et innledende reflekterende spørsmål, samt et oppsummerende reflekterende spørsmål helt til slutt. Gjennomføringstiden for hvert intervju var mellom 50 og 90 minutter, litt avhengig av den enkelte respondents behov for utdyping og refleksjoner. Dette ble vurdert som en passende varighet, der detaljnivået i datamaterialet ble tilstrekkelig, samtidig som det ikke ble uoverkommelig stort å bearbeide. Siden de fleste intervjuene ble gjennomført digitalt, fikk respondentene frihet til å velge tidspunkt og egnet sted for gjennomføring selv. Ett intervju ble gjennomført fysisk på et lukket grupperom på arbeidsplassen til respondenten. Det kan ha betydning hvor respondentene oppholder seg under intervjuene, men dette ble vurdert som akseptabelt, da den nåværende arbeidsplassen ikke hadde noe forbindelse til arbeidsforholdet vedkommende var en del av ved deployering til Afghanistan.

Intervjuene ble innledet med en kort presentasjon av forskeren og en repetisjon av prosjektets formål, samt en avklaring av hvorvidt respondenten hadde forstått sine personvern rettigheter (Lovdata, u.å.);(Justis- og beredskapsdepartementet, 2018). Det ble også opplyst om bruk av

---

lydopptak, noe som bidro til en lettere dialog under intervjuet og la til rette for transkripsjon i etterkant. Før lydopptaket ble igangsatt, ble det samlet inn bakgrunnsinformasjon fra respondenten i form av utdanning, alder, stillingstittel og tidligere erfaringer. Innsamling av bakgrunnsinformasjon ble gjort for å skape en relasjon og trygghet i intervjusituasjonen mellom forsker og respondent. Det første spørsmålet i intervjuguiden er av en generell natur, hvor respondenten fikk anledning til fritt å reflektere rundt sine egne forventninger til oppdraget i Kabul før utreise. Dermed legges det opp til at respondenten selv får legge vekt på det som er viktig, og med sine egne ord (Jacobsen, 2015, s. 156). Dette ga et godt grunnlag for fortsettelsen av intervjuet.

## 2.4 Dataanalyse

Denne studien tar utgangspunkt i den hermeneutiske spiral for analyse av de innsamlede kvalitative data, hvor innsamlede data blir brutt opp og satt sammen igjen, med sikte på at forskeren skal kunne se en helhet (Jacobsen, 2015, s. 198).

Nøyaktigheten i nedtegningen av data er høy, da lydopptak sikret at respondentenes uttalelser ble transkribert nøyaktig. Dette muliggjør også at respondentene kan siteres i studien. Videre har prosessanalysen muliggjort en oversiktlig sekvensering av de ulike intervjuobjektene opplevelser, noe som styrker nøyaktigheten i studiens sammenstilling av data. Denne sekvenseringen er gjort med bakgrunn i problemstillingen, som igjen er brutt ned i tre forskningsspørsmål. Hvert av forskningsspørsmålene er brutt ned i sekvenser hvor tidsaspektet er det viktige. Dermed er det mulig å identifisere de forskjellige respondentenes uttalelser innenfor de forskjellige sekvensene. Analysering av innsamlede data har vært en kontinuerlig prosess, hvor det gjentatte ganger er foretatt vurdering av sekvenseringen. Dette for å øke nøyaktigheten i studien (Jacobsen, 2015, s. 246). Denne analysemetoden har et mål å kunne identifisere samsvar av de forberedelsene som ble gjort i forkant av masseskadehendelsen 26. august 2021, og respondentenes opplevelse av den faktiske hendelsen. Dette danner grunnlaget for studiens ønske om å frembringe forståelse om hva som kan ha funnet sted, med forbehold om at det kan finnes andre perspektiver og forståelser som ikke kommer frem i denne studien.

## 2.5 Forskningskvalitet

Kvaliteten på den empirien som er samlet inn og den metoden som benyttes, betegnes i metodeteorien som undersøkelsens validitet og reliabilitet. Spørsmålet er i hvilken grad studiens målinger er relevante og gyldige (valide) og hvorvidt disse målingene er utført på en pålitelig og troverdig (reliabel) måte (Jacobsen, 2015, s. 16). Under drøftes denne studiens validitet og reliabilitet.



---

## Validitet

"Validitet, eller gyldighet, betyr i hvilken grad man ut fra resultatene av et forsøk eller en studie kan trekke gyldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke» (Dahlum, 2023).

*Intern gyldighet* går på hvorvidt resultatene er feil eller riktige. Er det samsvar mellom virkeligheten og forskerens beskrivelse av virkeligheten? Jacobsen (2015) beskriver validering som en relasjon mellom tre nivåer der virkeligheten, respondenter/data og forskerens funn representerer hvert sitt nivå. Dette må skje ved hjelp av innsamlede data som i denne studien består av respondentenes uttalelser i intervju, men også rapporter, prosedyrer og andre dokumenter. Som det er redegjort for tidligere, er det gjennomført en seleksjon av respondenter nettopp for i størst mulig grad å sikre de riktige kildene som grunnlag for å svare på de spørsmål som studien ønsker besvart.

Det neste spørsmålet man må stille seg for å vurdere validiteten, er om det er grunnlag for å anta at kildene gir riktig informasjon. Som nevnt over, er nærhet til hendelsen blitt vurdert som et viktig utvalgs-kriterium, for i størst mulig grad å få tilgang til førstehåndsinformasjon om hvordan det norske personellet opplevde og håndterte hendelsen. I og med at samtlige i utvalget var til stede under hendelsen, kan det argumenteres for at informasjonen er mer troverdig enn den ellers ville ha vært. Det at intervjuene ble gjennomført individuelt og i trygge omgivelser, kan antas å ha bidratt til at respondentene snakket fritt og sannferdig. Siden det ble intervjuet seks individuelle respondenter, som var anonyme for omverdenen, kan man argumentere for at dette danner grunnlag for en gyldig beskrivelse av egne opplevelser (Jacobsen, 2015, s. 231). Gjennom informantenes opplevelser er det et ønske om å kunne beskrive en historisk virkelighet gjennom deres opplevelser. Forskeren er imidlertid klar over at de ulike respondentene kan ha hatt ulike opplevelser av de samme fenomenene. Utsagn og opplevelser fra de muntlige kildene er imidlertid sammenholdt med hverandre, samtidig som disse er sett opp mot andre skriftlige kilder.

Intervjuformen var semistrukturert, noe som ga respondentene mulighet underveis til å komme med egne uttalelser uoppfordret. De fikk mulighet til fritt å fortelle om opplevelser, uten konkrete føringer fra forskeren. Informasjon som kommer fra kilder uoppfordret, kan muligens ilegges større grad av gyldighet (Jacobsen, 2015, s. 232).

*Ekstern gyldighet* refererer til overførbarhet, altså hvorvidt funnene i studier kan generaliseres. Kan funnene også gjelde for andre enn dem man faktisk har undersøkt? I denne studien foreligger det en ambisjon om å kunne generalisere funnene. Generalisering i denne studien er vurdert på to nivåer. For det første kan det stilles spørsmål ved i hvilken grad respondentenes opplevelse av forberedelsene og hendelsen er representative eller ikke. For det andre hvorvidt funn i denne

---

studien kan ha relevans for alle typer internasjonal operasjon som omfatter medisinsk personell, eller om de kun kan gjelde for noen eller eventuelt ingen. Hvorvidt studien er representativ eller ikke, kan naturlig nok diskuteres. Det som taler for representativitet, er at informantenes opplevelser sammenstilles med hverandre og med andre dokumentkilder. Informasjonstilfanget er med andre ord ikke begrenset til bare seks informanter. Den samlede informasjon danner et større grunnlag for å kaste lys over spørsmål knyttet til hendelsen som her er omtalt. På den andre siden er en av de store svakhetene med denne studien at fokuset har vært rettet mot få respondenter. Ved færre undersøkelsesenheter som undersøker dybden framfor bredden, begrenser muligheten for generalisering og overførbarhet. Det store omfanget av data og nyanserikdom fører til at dataanalysen er komplisert, og fordrer derfor høy grad av refleksivitet hos forskeren.

Hendelsen den 26. august var unik, men den representerer allikevel et verstefallssenario som er universelt. Spørsmålene som her blir behandlet kan derfor være relevante å stille også for fremtidige deployeringer til internasjonale operasjoner, hvor norsk helsepersonell deltar. Resultatet av hvorvidt helsepersonellet i denne studien var forberedt på det som skjedde under masseskaden, kan derfor tenkes å ha en betydning også for fremtidige operasjoner.

## **Reliabilitet**

Pålitelighet eller reliabilitet handler om hvorvidt det er trekk ved selve studien som kan redusere dens pålitelighet. Hvor robust er undersøkelsen og hvor konkrete er målingene. Er det som presenteres til å stole på (Nyeng, 2012, s. 105). Respondentene representerer personellet som hadde førstehånds kjennskap til hendelsen. I så måte er det legitimt å anta at disse vil gi den mest pålitelige informasjonen når det gjelder å svare på de spørsmål som belyser problemstillingen. For å ytterligere øke påliteligheten i svarene til respondentene er det derfor legitimt å spørre seg om graden av påvirkning respondentene har vært utsatt for, og hvilke vurderinger og tiltak som er gjort for å minske dette. Forskerens påvirkning på intervjuobjekter, som Jacobsen, (2015) kaller undersøkereffekten, er også omtalt som «Intervjuereffekten» (Davis et al., 2010). I denne studien er dette forsøkt minimert gjennom at forskeren i intervjusituasjonen har vært bevisst valget av klær, sitt kroppsspråk og sin uttrykksform. Hensikten har vært at respondenten ikke skulle bli påvirket av forskeren. I gjennomføring av intervju har derfor forskeren bevisst ikke benyttet militær uniform, men benyttet sivile klær for ikke å uttrykke autoritet. Videre har det vært fokusert på å formidle forskerens rolle som nettopp forsker, og ikke en representant for Forsvaret. Det har også vært bevissthet rundt forskerens bakgrunn og kunnskap innenfor sanitetsfeltet i forsvaret, som er forsøkt unngått å komme inn på i intervjusituasjonen, nettopp for ikke å påvirke intervjuobjektene. En balanse mellom å være interessert i respondenten og dens fortelling, samtidig som forskeren ikke

---

virker pågående har også vært i fokus. Dette for å stimulere respondenten til å reflektere mest mulig fritt omkring spørsmålene. Respondentens mulighet til å fortelle fritt uten avbrytelser har vært viktig for å få fram så nyansert informasjon som mulig.

Konteksteffekten handler om i hvilken sammenheng informasjonen blir samlet inn (Jacobsen, 2015, s. 243), noe som også er en faktor som kan påvirke resultatene. Innsamlingsmetoden i denne studien har i all hovedsak vært gjennom videolenke. Dette gjør at valg av sted hvor intervjuet skal gjennomføres i stor grad er utenfor forskerens kontroll. Oppfordringen til intervjuobjektene har vært å gjennomføre intervjuet under trygge og rolige omgivelser, hvor man unngår forstyrrelser under intervjuet. På forskerens side har dette blitt gjennomført i et opplyst rom, alene og i stillhet, slik at intervjuobjektene har kunnet se og høre forskeren godt, og hvor mobiltelefon og andre forstyrrelser er borte. Dette har fungert bra med et unntak hvor en av respondentene har vært nødt til å gjennomføre intervjuet med barn i bakgrunnen.

Intervjuene har vært planlagt sammen med respondentene i god tid i forveien. På denne måten har respondentene hatt tid til å forberede seg på situasjonen. Samtidig har forskeren bevisst unngått å avsløre spørsmålene før selve intervjuet. Dette overraskende momentet er gjort for å stimulere til spontane meninger og følelser (Jacobsen, 2015, s. 244). Ulempen med en slik spontanitet kan være at spørsmålene som blir stilt bryter inn i respondentenes privatliv, uten at dette er avklart på forhånd. Dette kan kanskje spesielt gjelde for spørsmål som relaterer seg til respondentenes opplevelse av stress og egen prestasjon under hendelsen.

Før selve intervjuet startet, ble det informert om bruk av lydopptak. Kun lyd ble tatt opp av hensyn til intervjuobjektets integritet og trygghet i situasjonen. Ved å gjøre lydopptak ble forskeren fristilt til å opprettholde øyekontakt og ikke-verbal kommunikasjon. I tillegg er det en måte å forsikre seg om at alt som respondentene sier, blir fanget opp.

En annen effekt som kan påvirke studiens pålitelighet, er såkalte «før-dommer», som er antagelser hos den enkelte om hvordan verden ser ut (Jacobsen, 2015, s. 72). Før-dommer kan påvirke hvordan man formulerer spørsmål man ønsker å få besvart, samt hvordan man sammenstiller informasjon og trekker ut funn av datamaterialet. Forskerens bevissthet rundt dette har gjort at spørsmålene i intervjuguiden (Vedlegg 6) er forsøkt formulert på en måte som ikke er ledende, men som heller er konkrete eller åpne spørsmål, med mulighet for beskrivelse av opplevelser og refleksjon. Oppsummert vurderes reliabiliteten til å være av høy kvalitet.

---

## 2.6 Forskerens rolle

Jacobsen (2015) hevder at allerede ved valg av problemstilling er studien påvirket av forskerens verdier. Siden valg er subjektive av natur, bør derfor disse følges opp med stor grad av refleksjon og åpenhet (Jacobsen, 2015, s. 55).

Det å studere en organisasjon en selv er en del av, kan påvirke forskerens resultater. I denne studien studeres det en militær operasjon og en militær avdeling som var ansvarlig for denne. Forskeren som er ansvarlig for denne studien, har selv hverken deltatt i operasjonen, eller vært en del av organisasjonen som var ansvarlig.

Ønsket om å bidra til utvikling og forbedring har vært drivkraften i dette prosjektet, men da med så nøytrale briller som mulig. At forskeren har forståelse av, og kunnskap om fagfeltet, er vurdert til å være fordelaktig for denne studien. Tilknytning og kjennskap til organisasjonen en studerer trenger ikke å være negativt så lenge det er tydelig beskrevet og fordeler og ulemper er vurdert (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010, s. 18).

Det kan tenkes at denne studien avdekker sensitive eller upopulære funn. Som forsker og samtidig ansatt i Forsvaret kan det oppstå et dilemma i forhold til lojalitet og etikk. Upopulære funn kunne tenkes å bli framstilt feil eller unnlatt for å unngå konflikt med forsvaret som arbeidsgiver. For å unngå dette har jeg gjennom prosjektet vært bevisst på å skille min rolle som ansatt i forsvaret og rollen som forsker.

## 2.7 Etiske refleksjoner

Forskningsetiske krav er grunnleggende i all forskning. Dette reguleres i forskningsetikkloven og gjelder for all forskning i Norge (Kunnskapsdepartementet, 2017). Denne studien er innmeldt og godkjent av Sikt (kunnskapssektorens tjenesteleverandør), som nå er erstattet av Norsk senter for forskningsdata (Vedlegg 1). Siden det i denne studie er forsket innen forsvarssektoren, er det også søkt godkjenning gjennom Forsvarets egen forskningsnemd (Vedlegg 2). Behandling av personopplysninger er gjort i samsvar med personvernlovgivningen. Etter vurdering fra SIKT ble det påpekt at prosjektet berører helseopplysninger hos intervjuobjektene. Dette skyldes at de får spørsmål relatert til opplevelser av stress under hendelsen som er blitt studert. Det er derfor innhentet «uttrykkelig samtykke» i henhold til personopplysningsloven artikkel 9 nr.2 bokstav a (Justis- og beredskapsdepartementet, 2018).

Alle intervjuobjektene fikk tilsendt et informasjonsskriv som blant annet beskriver prosjektets formål, hva det innebærer å delta, personvern og opplysninger om rettigheter de har som informanter (Vedlegg 5). Intervjuobjektene har også gitt skriftlig samtykke om deltakelse, og at de har forstått

---

informasjonen i informasjonsskrivet. Det er også innhentet skriftlig samtykke fra Forsvarets sanitet (FSAN) (Vedlegg 3) og Sjøforsvarets sanitet (SANSJØ) (Vedlegg 4), med tanke på å bruke personell fra disse avdelingene som intervjuobjekter.

Som tidligere nevnt, er den teoretiske populasjonen relativt begrenset. Det har likevel vært tilstrebet å sikre respondentene anonymitet. Dette for i størst mulig grad å legge til rette for at respondentene kunne tale fritt og føle seg trygge på at de ikke kunne komme til å bli konfrontert med egne uttalelser og meninger i etterkant. Når dette er sagt, er det en erkjennelse at respondentene likevel kan bli gjenkjent i oppgaven gjennom sitater og utsagn. Denne muligheten for identifisering kan tenkes hvis det finnes personell som har inngående kjennskap til personellet som utgjør respondentene i denne studien. Meninger og utsagn som er uttrykt til andre personer tidligere, eventuelt opplevd av kolleger i situasjonene som er beskrevet i denne oppgaven, kan bli gjenkjent. Med tanke på dette har det vært i forskerens bevissthet å ikke sitere eller på annen måte fremstille opplysninger hvis disse på noen måte kan sette respondenten selv i en forlegen situasjon. Denne utfordringen er beskrevet eksplisitt i informasjonsskrivet og i tillegg eksplisitt tatt opp muntlig med hver respondent i forkant av intervjuet.

For å hindre identifisering av respondentene er de i tilfeldig rekkefølge tildelt bokstav og tallkombinasjon fra A1 – F6 (pseudonym). Koblingen mellom pseudonymene og de reelle navnene er kun kjent for forskeren. Lydopptakene inneholder identifiserende persondata i form av fullt navn. Lydopptakene vil følgelig kun være tilgjengelig for forskeren. De transkriberte intervjuene er videre vasket for direkte identifiserbar informasjon, men kan indirekte være kilde til identifisering. Alle personvernsensitive data er oppbevart og lagret på passordsperrert fil på forskerens eget område i Forsvarets FO365-system. Tilgang til disse krever to-faktor autentisering, og metoden er godkjent av Sikt som sikker lagring. Som et ytterligere anonymiseringstiltak er det ikke tatt hensyn til dialekt i direkte sitat. Derfor er alle sitater skrevet i bokmål. Alle identifiserbare data vil bli slettet ved ferdigstilling av prosjektet, i henhold til Sikts krav (Vedlegg 1).

---

## 3 Kapittel 3

Norge har vært involvert i internasjonale operasjoner helt tilbake til 1947. Siden da har over 100 000 personer tjenestegjort i internasjonale operasjoner for Norge. Den mest omfattende operasjonen Norge deltok i var den såkalte tysklandbrigaden, der det mellom 1947 og 1953 deltok cirka 50 000 norske soldater (Heier et al., 2014, s. 13). Antall operasjoner har stadig vært økende, og ser man samlet på innsatsen, er 86% av all internasjonal innsats gjennomført etter 1990, men da målt i antall operasjoner (Gustavsen et al., 2017, s. 3 og 7).

Den Nato-ledede «Resolute Support Mission» (RSM) i Afghanistan var en operasjon som ble startet i 2015, og hensikten med den var å trene, assistere og mentorere afghanske sikkerhetsstyrker (NATO, 2022). Norge har kontinuerlig bidratt til RSM med varierende antall personell. I 2021 bidro Norge med ca. 95 soldater i RSM (Forsvarsdepartementet, 2021). Blant disse var det ca. 35 nordmenn som bidro til å lede og drifte det multinasjonale feltsykehuset, som befant seg på den internasjonale flyplassen i hovedstaden Kabul. RSM ble avsluttet i starten av september 2021, og de siste norske soldatene forlot Kabul 31. august 2021.

Vi skal i dette kapitlet ta for oss forskningsspørsmål nr. 1, hvordan ble helsepersonellet rekruttert, og hvilken informasjon, trening og øving fikk det norske personellet forut for hendelsen?

For å gjøre dette skal vi analysere respondentenes opplevelse av sin egen rekruttering, forventninger og forberedelser i forkant av hendelsen den 26. august. Også analyse av andre relevante kilder skal gjennomgås. Det er også relevant å se på hvordan Forsvaret generelt rekrutterer og setter opp personell til internasjonale operasjoner. Vi skal også se på avvik mellom det informantene hadde som forventninger og virkeligheten slik den ble.

### 3.1 Rekruttering i historisk perspektiv

Forsvaret har benyttet ulike fremgangsmåter for å rekruttere, sette opp og forberede personell og avdelinger til internasjonal virksomhet (INTVIRK). Lengden på forberedelsene, hvilke krav som er stilt for å kunne delta, og hvordan personellet har vært rekruttert, har variert sterkt opp gjennom tiden. Fra 1978 og fram til slutten av 1990-tallet var det den såkalte «Libanonmodellen» som var fremtredende i rekruttering og oppsetting. I korthet gikk denne ut på at man rekrutterte frivillige fra mobiliseringshæren og reserveoffiserer gjennom annonser i aviser og magasiner.

Utdanningsopplegget før utreise var kort og standardisert og varte i tre uker (Saxi & Slåtten, 2023, s. 415). Siden starten på 2000-tallet gikk forsvaret over til det som blir omtalt som den «gjennomgående modellen» for rekruttering og oppsetting. Den kalles «gjennomgående» fordi man nå skulle rekruttere personell direkte fra førstegangstjenesten, og så videre til INTOPS. Overgangen

---

fra førstegangstjeneste til utenlandstjeneste skulle være mest mulig sømløs og sammenhengende. Samtidig med innføring av den gjennomgående modellen, ble det innført beordringsplikt for alle nytilsatte i forsvaret. Frivillighetsprinsippet fra den gamle modellen ble dermed byttet ut med at tjeneste i INTOPS var en naturlig del av å tjenestegjøre i forsvaret (Saxi & Slåtten, 2023, s. 420).

## **3.2 Rekruttering i dag**

I dag er det fortsatt slik at internasjonal tjeneste er en naturlig del av jobben i forsvaret. Allmenn verneplikt er en svært viktig forutsetning for rekruttering av nødvendig kompetanse for å løse forsvarets viktige samfunnsoppgaver (Forsvarsdepartementet, 2014). De vernepliktige er en rekrutteringsbrønn for Forsvarets stående avdelinger, og følgelig også til INTVIRK.

Forsvarets personell- og vernepliktssenter (FPVS) er en egen driftsenhet i Forsvaret, med hovedansvar for blant annet disponering av personell til INTVIRK (Forsvaret, 2021). Bidragene varierer ut fra oppdragets art og sammensetning, og Forsvaret bidrar enten med hele avdelinger eller med å bemanne stillinger i multinasjonale enheter. Rekruttering til disse oppdragene gjennomføres av såkalt ansvarlig styrkeprodusent, med støtte fra Forsvarets personell og vernepliktssenter (FPVS). Ved behov gjennomfører FPVS utlysning av stillinger til aktuelle oppdrag (FPVS, 2023a, s. 5). Styrkeprodusent for feltsykehuset i Kabul var Forsvarets Sanitet (FSAN).

## **3.3 Krav til personell som skal tjenestegjøre i internasjonal virksomhet**

Det presiseres i Forsvarstilsatteforskriften at de som skal gjøre tjeneste i INTVIRK, bør ha avtjent ni måneder militær førstegangstjeneste. Forsvaret kan imidlertid stille andre krav til militær grunnutdanning. Dette gjelder spesielt for militært tilsatte som er uten offisers- eller befalsutdanning, men som har høyere utdanning fra sivile høyskoler og universiteter. For sivile som skal gjøre tjeneste i INTVIRK med status som stridende, kan det også stilles andre krav til militær grunnutdanning (Forsvarsdepartementet, 2017, Kapittel 3 § 8). Den militære grunnutdanningen refereres til som grunnleggende soldatferdigheter (GSK) (FPVS, 2023b, s. 15). Man må også tilfredsstille krav til sikkerhetsklarering, førstehjelpskompetanse (first responder) og fysiske krav til stillingen.

Dispensasjon fra disse kravene kan i noen tilfeller bli gitt dersom opplæring ikke er mulig og styrkeprodusent likevel vil benytte personellet. Dette skal da fremmes til FPVS, som sammen med Forsvarets operative hovedkvarter (FOH) tar beslutning om eventuell dispensasjon (Forsvarsstaben, 2023, s. 10) og (FPVS, 2023a, s. 11).

---

For stillinger klassifisert som «Crisis Establishment» (CE) er det definert et sett med minimumskrav for personellet (FPVS, 2023a, s. 9). CE-stillinger er stillinger hvor man enten skal tjenestegjøre i et konfliktområde, eller stå i beredskap for å kunne bli satt inn i et slikt område på kort varsel. De fleste stillinger i INTVIRK er klassifisert som en CE-stilling, og personellet må dermed selekteres og utdannes i henhold til disse kravene.

Personell som tilfredsstill minimumskravene og skal bekle CE-stillinger, skal gjennomføre opplæring i forberedende tjeneste til internasjonal virksomhet. Denne utdanningen kommer i tillegg til annen oppdragsspesifikk utdanning og øvrige kvalifikasjoner (FPVS, 2023a, s. 10). Denne utdanningen er lik for alle, uavhengig om man skal reise ut som enkeltindivid eller som del av en større avdeling. Ved deployering i større avdeling er det gjerne oppsettende avdeling som gjennomfører dette.

Ved oppsetting av enkeltstillinger til INTVIRK er normal praksis at FPVS gjennomfører dette for personellet. For de som skulle tjenestegjøre ved sykehuset i Kabul, var det Forsvarets sanitet (FSAN) som gjennomførte rekruttering, oppsetting og klargjøring.

### **3.4 Rekruttering av militært helsepersonell**

Det norske helsevesenet er helt avgjørende for Forsvarets evne til å bidra med militære sanitetsbidrag i operasjoner i utlandet. Det sivile helsevesenet består av fem helseforetak med til sammen over 350 000 tilsatte innenfor alle kategorier helsepersonell (SSB, 2020). Forsvaret i Norge har ingen egen helseutdanning og rekrutterer derfor helsepersonell som har fått utdanning og erfaring ved sivile helseinstitusjoner. De blir gjerne ansatt på beredskapskontrakt, og i forsvaret tilbys dette helsepersonellet militær utdanning, slik at de kan tilfredsstille de krav som er satt for militært tilsatte.

Forsvarets sanitet har tre sykehuskompanier som hver utgjør et Role 2-sykehus. Personell i grunnstrukturen, sammen med de som er på beredskapskontrakt, gjør at man er i stand til å sette opp et sykehus på relativt kort tid. Både sykepleiere og leger med ulike medisinfaglige spesialiteter er nødvendig for å bemanne et Role 2-sykehus. Personell på beredskapskontrakt gjennomfører inntil seks uker trening i regi av forsvaret i året. Tanken er at dette personellet dermed innehar tilstrekkelig trening, slik at de raskt skal kunne settes inn i internasjonal tjeneste. Til daglig har forsvaret bare ressurser til å bemanne et begrenset antall kirurgiske team, som er hovedkapasiteten i et Role 2-sykehus.

Oppdraget i Kabul skulle vise seg å vare i 18 måneder. Utfordringen var at dette krevde mer personell enn det som allerede var på beredskapskontrakt. Begrensningene er hvor lenge personell kan delta i



---

en pågående operasjon før de må roteres hjem. Dermed ble det nødvendig å rekruttere flere, ut over de som allerede sto på slike beredskapskontrakter.

### **3.5 Rekruttering til feltsykehuset i Kabul**

Sanitetsregimentet (SANREG) i Forsvarets sanitet (FSAN) driver styrkeproduksjon og styrkeoppsetting av alle FSANs operative avdelinger. SANREG har tre sykehuskompani. De enkelte sykehuskompaniene består av ledelse, logistikkpersonell, kirurgiske team og materiell, som til sammen utgjør grunnmodulene i et feltsykehus. Sykehuskompaniene drives av faste ansatte, beredskapspersonell og reservister (FSAN, 2023). For at feltsykehusene skal bli fullt operative, har FSAN helsepersonell på beredskapskontrakter fra det sivile helsevesen. Disse systemene og personellet på beredskap danner dermed utgangspunktet for oppsettingen av feltsykehusene, og også for bidraget til Kabul. Deployeringen av et av disse sykehusene til Kabul gjorde at beredskapskontrakter ble aktivert, og personell ble mobilisert for å støtte oppdraget. Grunnet oppdragets varighet (fra 1.april 2020 til 1.oktober 2021) ble det behov for å lyse ut flere stillinger for å bemanne medisinskfaglige posisjoner ved feltsykehuset.

Når det kommer til rekruttering av helsepersonell, er det verdt å merke seg at det er stor forskjell på å rekruttere sykepleiere og leger. Legestillingene som det var behov for i denne operasjonen, skulle i hovedsak bemanne de kirurgiske teamene. Denne spesialkompetansen som kirurg, krever kontinuerlig pasientbehandling for å opprettholde den kliniske kompetansen. Vi snakker om kirurger innenfor ortopedi, generell kirurgi og anesthesiologi, og det kan argumenteres for at tiden disse jobber i Forsvaret, gir mindre klinisk erfaring enn den tiden de jobber i et sivilt sykehus. Personellet blir engasjert i stillinger i forsvaret for kortere perioder, mens de for det meste jobber som kirurg i sivile sykehus. Dette er noe av grunnen til at dette personellet roterer oftere enn annet personell (Mæhlumshagen, 2022). I forbindelse med oppdraget i Kabul ble de kirurgiske teamene, som hovedregel, rotert hjem til Norge hver 3. måned. Resten av personellet roterte hver 6. måned. Dette gjorde at det ble mer-behov for å rekruttere inn helsepersonell med spesialkompetanse for å opprettholde blant annet den kirurgiske kapasiteten.

Felles for alle fra det sivile, var at de ble rekruttert for å inngå i forsvarets mobile sykehussystem, Role 2. Dette innebar at personellet ble definert som stridende ifølge Forsvarstilsatteforskriften, og de skal dermed ikles uniform, ha sivil grad og kan bære våpen (Forsvarsdepartementet, 2017, Kapittel 4, §16).

Det ble benyttet flere metoder for å rekruttere helsepersonell til stillinger på feltsykehuset i Kabul. Noen ble rekruttert fra forsvaret internt, altså fra stadig tjenestegjørende personell. Disse ble enten

---

oppsøkt direkte og forespurt om interesse (A1), eller de ble gjort oppmerksom på stillingsannonser som ble lagt ut på rekrutteringsplattformer internt i Forsvaret og offentlig. Slik en respondent beskriver det, «Det var en kollega som tipset om at det var lyst ut stilling på feltsykehuset i Kabul. Så jeg søkte og fikk jobb» (B2).

I stillingsutlysningene for leger ble det redegjort for ønsket kompetanse, samt gitt en generell beskrivelse av hva det innebar å jobbe i Forsvaret, og kanskje viktigst av alt i denne sammenhengen, opplyst om at søkere måtte være villig til å tjenestegjøre i internasjonale operasjoner. Stillingene var utformet som en generell jobb i Forsvaret, men med følgende ledsagende tekst om sykehuset i Kabul, «Vi har også behov for søkere som kun ønsker seg erfaring med internasjonal tjenestes i forbindelse med det norske bidraget til sykehuset på den internasjonale flyplassen i Kabul, Afghanistan»(FSAN, 2020)

Stillingsutlysningene for sykepleiere var mer konkret innrettet mot oppdraget i Kabul, og det ble oppgitt at engasjementet skulle være av seks måneders varighet. Et utdrag av informasjonen som ble formidlet i disse utlysningene, lyder som følger,

Forsvarets sanitet er gitt i oppdrag å være Lead Nation for sykehuset på Hamid Karzai international Airport. Styrkebidraget består av ledelse og sykehus personell[sic] som drifter sykehuset sammen med andre nasjoner inkludert kirurgisk team. Sykehuset ivaretar medisinsk styrkebeskyttelse til de militære styrkene som er i operasjonsområdet (Hartmann, 2020) (Vedlegg13).

Stillingsannonsene gir også informasjon om hvilke krav som stilles til søkerne. Ut fra stillingsutlysningene kan man skille mellom det som er militære krav til stillingen og det som er medisinske kvalifikasjonskrav. For personell til de kirurgiske teamene ble det stilt følgende medisinfaglige krav:

- Krav til norsk autorisasjon som lege
- Det kreves spesialister i generell kirurgi (eller relevant grenspesialitet), ortopedisk kirurgi, og anesthesiologi.
- Leger i spesialisering med kort tid igjen til ferdig spesialitet oppfordres til å søke.

(FSAN, 2020)

For sykepleiere ble det stilt krav om «...bachelor i sykepleie med 2 års klinisk erfaring» (Hartmann, 2020) (Vedlegg13).

Det som kan omtales som militære krav i utlysningene var personellets mulighet til å kunne sikkerhetsklareres til hemmelig sikkerhetsnivå. Dette innebærer at personellet er sikkerhetsmessig skikket til å kunne behandle gradert informasjon på en forsvarlig måte (NSM, 2020). Norsk statsborgerskap og fysisk test er også militære krav som spesifiseres i utlysningstekstene for begge

---

kategorier personell. Ut over dette var det ingen militære krav i form av gjennomført førstegangstjeneste eller annen militær utdanning. En av respondentene poengterer at det var veldig mange sivilt rekruttert helsepersonell som møtte på oppsetting, som ikke hadde noe militær erfaring fra før (B2).

Slik to av intervjuobjektene uttaler, var det litt tilfeldig at akkurat de søkte på stillinger til dette oppdraget. Det er også poengtert at det ikke var noe kvalitetssikring av personellet med tanke på om de hadde de faglige og personlige egenskapene som skulle til. Én av respondentene uttaler følgende,

Ved en tilfeldighet fikk jeg spørsmål om stilling som anestesisykepleier fordi de manglet dette. Men de ante jo ikke hva de fikk i meg. De aller fleste er jo flinke, men jeg tror at man ved en mer grundig rekrutteringsprosess kan få enda mere riktige personer inn i de riktige stillingene (D4).

En annen uttaler,

Selv om jeg er sykepleier, så betyr ikke det at jeg bør dra til Kabul. Der bør Forsvaret kanskje kartlegge hvilke personer som har søkt, før de sier 'yes' du er 'good to go'. Så det burde det settes et søkelys på. De må sørge for at søkerne vet hva de har søkt på, og hvis ikke, så burde de ikke dra (E5).

For rekruttering til feltsykehuset i Kabul kan det virke som om den medisinskfaglige kompetansen, i kraft av riktig utdanning og autorisasjon fra det sivile helsevesen, var det viktigste for forsvaret.

To av respondentene kommer inn på sin egen rekruttering og seleksjon. Den ene poengterer at det burde vært gjennomført intervju, samt stilt krav om bedre militære ferdigheter (D4). Den andre uttaler derimot at vedkommende gjennomførte intervju, men savnet mere testing av evnen til å jobbe under stress og press, som en del av et team og som helsepersonell (E5). Dette kan tyde på at rekrutteringen av personell til oppdraget var noe ustrukturert og tilfeldig. Det synes ikke å ha blitt gjennomført likt for alle.

### **3.6 Informasjon og forventninger i forkant av engasjementet**

Respondentene uttrykte ulike forventninger til hvordan deres deltakelse i denne operasjonen skulle bli. Noen hadde en klar formening om hva deres arbeidsoppgaver skulle være, mens andre viste ikke dette før de møtte opp til forberedende trening.

En respondent gir et mer generelt inntrykk av at informasjonen fra oppsettende avdeling var utfordrende i den forstand at vedkommende ikke følte seg inkludert i informasjonsflyten. Dette gjaldt alt fra administrativ informasjon til annen oppdragsspesifikk informasjon som skulle vært

---

formidlet. Resultatet var at noe informasjon ble videreformidlet fra andre som også skulle reise ut, og noe informasjon måtte oppsøkes eller ble ikke mottatt i det hele tatt (F6).

Ut fra stillingsutlysningene slik de var utformet, er det ganske lite og konkret informasjon som ble gitt. Respondentene uttrykker også at de visste lite, men at det primært var forventningene om eventyr og opplevelse som motiverte til å søke. En respondent sier for eksempel at, «Jeg søkte på stillingen i Kabul fordi jeg ville ha det eventyret og opplevelsen med å kunne reise ut med det norske forsvaret» (E5), mens en annen uttaler, «Forventningene var jo ut å oppleve, lære nye ting og få en forståelse for hvordan det er å jobbe som helsepersonell ute i en landbasert operasjon» (B2).

Flere av respondentene tenderte mot å romantisere det å reise ut i en internasjonal operasjon, og en utfordring med å ta innover seg alvor i deltakelsen. Denne tendensen var tydelig hos dem som var uten erfaring med å jobbe i Forsvaret. For enkelte kom erkjennelsen av risiko i løpet av oppsettingen hjemme i Norge. Andre tok den ikke innover seg før etter deployering. En av respondentene uttrykker det slik, «Det er skremmende at enkelte ikke var koblet på det trusselbildet som var der nede. Det er viktig å være koblet på og forstå det trusselbildet, og i hvert fall viktig for sivilt personell. Man burde hatt mer orientering om dette før du drar ned» (D4). En annen uttrykker i tilbakeblikk følgende om egen forventning til trusselsituasjonen, «...[D]ette kommer til å bli et ganske kjedelig oppdrag... langt ifra det trusselnivået som jeg er vant med når du ruller utenfor leiren» (A1). Dette er uttalelser fra to personer med ulik bakgrunn. Den ene er stadig tjenestegjørende militær, mens den andre ikke har noe erfaring med Forsvaret fra før. Deres opplevde forventninger er tydelig forskjellige. Den ene uttrykker at enkelte ikke var «koblet på», noe som kan tolkes dit hen at de ikke visste noe om trusselbildet eller brydde seg om det, mens den andre tydelig har erfaring fra Afghanistan fra før, og uttrykker en klar forventning om at oppdraget vil bli lite dramatisk og direkte kjedelig. Begge disse uttalelsene kan tyde på at det i liten grad ble lagt vekt på å informere om trusselbildet og utviklingen i Afghanistan på forhånd.

Noe av personellet var stadig tjenestegjørende befal og offiserer. Disse hadde bedre forutsetninger for å forstå hva det innebærer å delta i internasjonale operasjoner med Forsvaret. Heller ikke denne gruppen hadde imidlertid et klart bilde av hvordan oppdraget og jobben på feltsykehuset ville arte seg i praksis. Selv for de som hadde erfaring med å arbeide på feltsykehus under internasjonale operasjoner, representerte feltsykehuset i Kabul noe nytt. Fast infrastruktur, lokaliseringen på flyplassen og det multinasjonale personellet var faktorer som bidro til at dette oppdraget på mange måter var unikt og nytt. I tillegg var verden rammet av en pandemi, og det var stor usikkerhet knyttet til dette.

---

Usikkerhet var det også med hensyn til oppdragets varighet. Det var for eksempel ikke avklart hvorvidt personellet som skulle reise ut 15. mars, skulle være den siste kontingenten eller ikke. Ledelsen for kontingenten var tydelig bevisst på dette under oppsettingen, og det ble derfor satt av en del tid til såkalte «Q&A» (Questions and Answers)-sesjoner. Sjefens time ble også gjennomført jevnlig, noe som ga mulighet for avklaringer og informasjonsutveksling. Dette viser også timeplanen for oppsettingen, der tid ble satt av til dette en til to ganger i uka (B. Salberg, personlig kommunikasjon, 17. januar 2023). En av respondentene utaler følgende i denne sammenhengen, «Det sjefen var god på, var å forberede oss på at endringer kunne skje, og vi ble derfor gode på å håndtere uforutsigbarhet og endringer» (B2).

### **3.7 Organisering trening og øving i Norge**

SOP nr. 12 (Vedlegg 10) beskriver kvalifikasjonene til personellet som skulle jobbe ved sykehuset, samt krav til øving og trening før deployering til Kabul. Videre beskrives det i SOP nr.12 at alt personell skal ha gjennomført Crises Establishment-kurs (CE-kurs) samt en såkalt «predeployment hospital field exercise», hvor personellet skulle øve hospitaldrift med pasientbehandling, både under normale omstendigheter og i masseskadesituasjoner. Ut over dette skulle det gjennomføres praktisk trening som team i henhold til internasjonale standarder for behandling av traumepasienter, samt opplæring og gjennomgang av militær blodtransfusjon. Elektromedisinsk utstyr skulle kunne opereres og brukes individuelt av alt medisinsk personell (Rydinge & Wadahl, 2020);(Vedlegg 10).

Som SOP nr. 12 beskriver, var det ganske klare krav til personellet som skulle jobbe ved sykehuset. Disse kravene var derfor utgangspunktet for oppsettingen, men det er helt tydelig at det ble gjort tilpassinger. Det ble for eksempel ikke gjennomført noe øvelse under oppsettingen som innebar at man fikk testet og øvet personellet som helhet, altså at de ulike funksjonene og avdelingene fikk trent og øvet sammen. Det kommer frem av ukeprogrammet for kontingent 3 at det ikke ble satt av tid til slik øvelse og trening (B. Salberg, personlig kommunikasjon, 17. januar 2023). Dette bekreftes videre av respondentene, hvorav flere poengterer at slik samtrening ikke ble gjennomført hjemme i Norge. Flere av respondentene legger vekt på at dette burde ha blitt gjort (C3);(A1).

Selv om det medisinskfaglige ble vektlagt ved rekrutteringen, var det ikke noe system for å vurdere de faktiske ferdighetene gjennom øvelser eller tester. En av respondentene uttaler følgende, «Vi trente jo heller ikke på enkel Ferdigheter. Selv om jeg kanskje skulle være elendig som intensivsykepleier, så var ikke det noe som kunne bli identifisert før vi reiste ut» (E5).

Det er litt sprikende uttalelser fra respondentene når det gjelder oppsettingens varighet. Alt fra 4 – 10 uker er nevnt. Samtlige oppgir imidlertid at oppsettingen var kort, og at de hadde en opplevelse

---

av liten tid til trening og øving. Oppsettingens ukeprogram (B. Salberg, personlig kommunikasjon, 17. januar 2023) indikerer totalt seks uker med opptrening før utreise. De fire første ukene mellom 1. februar og til og med 23. februar 2021 er programmet utformet etter mal for opplæring i forberedende tjeneste til internasjonal virksomhet (FPVS, 2023a, s. 10). Foruten praktisk våpentrening, First Responder (FR) sanitetstrening og praktisk CBRN (Chemical Biological, Radiological and Nuclear)-vern, med personlig bruk av verneutstyr, omfattet programmet kort teoriundervisning om temaene SERE (Survival, Evasion, Resistance and Escape), mediehandtering, kulturforståelse, stressmestring, krigens folkerett, etikk, sikkerhet og etterretningsorientering. I tillegg var det også en rekke administrative forberedelser som inkluderte forsikringsordninger, reisebrev, pakking osv.

De to siste ukene var preget av oppdragsspesifikk trening, ifølge ukeprogrammet. Her hadde treningen et medisinskfaglig fokus, hvor standard operasjonsprosedyrer (SOP) for sykehuset ble gjennomgått teoretisk. Som ved alle andre sykehus er det interne rutiner og arbeidsmetoder som er unike, og for feltsykehuset i Kabul var det intet unntak. Det var utarbeidet SOP innenfor masseskade for sykehuset, og denne måtte alle sette seg inn i (Wadal & Skramstad, 2021);(Vedlegg nr 9). Dette bekreftes også av flere respondenter (A1);(D4).

To timer var avsatt til masseskade (MASCAL), ifølge timeplanen. Her var det en teoretisk gjennomgang og en «table top»-øvelse slik en av respondentene beskriver det (A1). En dag var satt av til gjennomgang av elektromedisinsk materiell. Her poengterer respondentene at gjennomgangen ble noe amputert, og at de bare fikk sett på materiellet, men ikke trent med det (B2).

En større del av tiden (tre dager) ble satt av til undervisning om blodtransfusjon, såkalt «Walking Blood Bank» (WBB)(B. Salberg, personlig kommunikasjon, 17. januar 2023). Dette er rutiner og prosedyrer for å kunne tappe blod direkte fra friske personer, slik at dette kan brukes på pasienter som trenger det i en akutt situasjon på sykehuset. Dette forutsetter at blodgivere er testet og kontrollert, og at de tilfredsstillende de medisinske kravene (blodtype, sykdommer, etc.) for å være blodgiver (Helsedirektoratet, 2019). Personell som utgjør blodbanken (WBB), befinner seg i sykehuset, eller i umiddelbar nærhet, slik at de ved behov kan brukes som blodgivere – herav begrepet «Walking Blood Bank». Dette er en prosedyre som øker tilgjengeligheten av blod, siden blod er en ferskvare som er vanskelig å håndtere og lagre. I behandling av traumepasienter er tilgang til blod en avgjørende faktor for suksess, og tillegges derfor et stor vekt (Iversen, 2022).

Gjennomgang og trening på WBB-prosedyren synes for respondentene å ha vært nyttig, og noe som var nytt for de fleste (B2).

---

Forberedelsene hjemme i Norge oppleves av respondentene som noe ustrukturert og lite planmessig. For de som ikke hadde noe forhold til forsvaret fra før, ble det svært mye informasjon og for liten tid til å få et godt utbytte av treningen. En av respondentene uttaler, «tror vi hadde ca. fire uker med samtrening og øving. Det ble en veldig kort oppsetting, hvor vi gikk gjennom et minimum av det man må gjennom før utreise til intops» (C3). Ifølge samme respondent mente «alle, inkludert meg [...] at vi trente alt for lite før vi reiste ut» (C3).

På spørsmål om hva som burde vært trent mer på før deployering, svarer en av respondentene slik,

Jeg mener jo at man allerede før deployering bør øve alt personell i pasientmottak. For oss var det bare de kirurgiske teamene som øvde på pasientmottak. Men ingen av oss andre var med på det. Men at alle øver på dette og får en visshet over sin egen rolle og hvor man er tenkt i en eventuell masseskade, er viktig. Dette viste vi ikke før vi kom ut. Også de som er på logistikk og støttefunksjonene på sykehuset. Når man står i en masseskade, så skal jo alle fylle en rolle. I en tenkt situasjon, hvor det hadde skjedd to dager etter at vi kom til Kabul, så hadde vi jo ikke hatt tid til å trene masseskade enda (B2).

Alle respondentene er samstemte om at det var for lite trening og øving før de reiste ut. Det blir til og med påpekt at det ikke var noe form for øving, men at alt som ble gjort hjemme i Norge var trening (A1), altså at det ble trent på ferdigheter i ulik grad, men ikke øvet i en større sammenheng.

### **3.8 Forberedelser, trening og øving etter ankomst til Afghanistan**

Da det nye personellet ankom Afghanistan, tilbrakte de en periode sammen med den kontingenten som skulle reise hjem. Denne overlappingen varte i to uker, og ble blant annet benyttet til å sette det nye personellet inn i arbeidsoppgavene, infrastrukturen, rutinene og materiellet etc. Rutiner og SOP ble gjennomgått og revidert med sikte på å optimalisere disse (A1). I samband med at personellet ble satt til å gjøre seg kjent med sykehuset i Kabul, var det også naturlig å starte øving og trening på pasientmottak. Øvelsene var helhetlige, og alle avdelingene og alt personellet ble inkludert. Denne øvingen blir påpekt av respondentene som viktig i forberedelsene til å være klar for eventuelle fremtidige utfordringer. Også øvelser innen masseskade ble gjennomført flere ganger etter deployering.

Når det kommer til håndtering av masseskade, er det utarbeidet arbeidsmetoder innenfor fagfeltet som på mange måter er universelle. For eksempel finnes metoder for å vurdere, selektere og prioritere pasienter ut fra skadenes alvorlighetsgrad, såkalt «triage» (Helsedirektoratet, 2020). Dette går på hvilke pasienter som må behandles umiddelbart, og hvilke pasienter som kan vente. Andre rutiner er mer unike fra sykehus til sykehus, noe som reflekterer ulikheter i infrastruktur, logistikk-løsninger og ressurser. Rutiner for masseskade og traumemottak er kjent for helsepersonell

---

generelt, og for personellet som jobbet ved feltsykehuset var dette en naturlig del av hverdagen. Til tross for dette er det nødvendig å trene og øve på slike situasjoner. Når nye sammensettinger av personell skal jobbe sammen er det viktig å finne sin plass, og lære hverandre å kjenne. Dette som en av flere faktorer for å fremme læring og utvikling i en beredskapsorganisasjon (Sommer et al., 2020, s. 110).

Det at personellet ikke hadde vært gjennom praktiske øvelser med masseskade før avreise, omtales av respondentene som svært uheldig. Selv om de ikke kunne trene i de samme fasilitetene og under de samme forholdene som på sykehuset i Kabul, mener de allikevel at dette ville vært verdifullt. Spesielt hvis de hadde fått trent under påvirkning av usikkerhet og stress, en erfaring mange manglet.

SOP nr. 12 «Training Plan» (Vedlegg 10) beskriver plan for trening og øving av «resuscitation teams», altså traumeteamene, som består av kirurger, anestesileger og sykepleiere. De skulle trene to ganger i måneden på masseskade ved sykehuset i Kabul. Ifølge respondentene ble det trent regelmessig på masseskade, og her ble også alle involvert. Systemtreningen, hvor pasientene ble tatt imot på akuttmottaket, triagert i henhold til prioritet, og flyttet til de respektive områdene i sykehuset hvor de skulle behandles, ble altså gjennomført etter ankomsten til Kabul. Uttalelser fra respondentene bekrefter dette. En av dem uttalte følgende i intervjuet, «Når vi var i Kabul, så var det jo samtrening der. Så vi hadde masseskadetreninger og ulike scenariotreninger i Kabul når vi ikke hadde reelle pasienter» (A1). En annen respondent opplyste at, «Vi hadde treninger og øvelser sammen nede i Kabul, men ikke noe særlig før vi dro» (D4). En tredje bekreftet at de, «...trente velig mye når vi kom ned.» (E5)

Inntrykket fra intervjuene er i det hele tatt at det ble gjennomført mye trening og øving etter at personellet ankom Kabul. Respondentene er derimot mindre samstemt i vurderingen av måten treningen og øvingen ble gjennomført på. En av respondentene uttaler følgende, «Selv når vi trente internt på sykehuset, så var det gjerne at vi trente på mottak og inn til kirurgi. Så trente vi ikke med å evakuere videre innover til pleiepost, eller sengeposten, og til intensivavdelingen. Sånn at pasientflyten hadde vi egentlig ikke trent med» og videre, «Alle ble ikke inkludert i treningen slik de burde, og slik det ble under den reelle hendelsen» (A1).

En annen respondent hevder imidlertid at alle ble inkludert, og at hele sykehuset ble involvert i øvelsene, «Når vi var nede i Kabul, hadde vi gjentatte masseskadeøvelser. Vi skjønte jo fort at vi måtte øve hele systemet. Vi kunne ikke bare få ti pasienter og stoppe øvelsen i det vi kjører de inn på operasjonsstuen. Det er hele systemet som må øves» (D4).



---

En ting som kan være verdt å legge merke til, er hvor begrenset disse øvelsene var i omfang. På det meste trente sykehuset med ti markører (pasienter), noe som i forhold til den reelle hendelsen 26. august kan ansees som en liten øvelse.

### **3.9 Hvorfor var det så stor diskrepans mellom personellets forventninger og virkeligheten slik den ble?**

Den spesifikke stillingstittel som den enkelte hadde, og den lille informasjonen som ble gitt i stillingsannonsene, kan tyde på at det var manglende informasjon og dialog rundt eget arbeidsforhold før opptrening hjemme i Norge startet opp. Konsekvensen var at det med hensyn til arbeidsoppgaver oppsto en diskrepans mellom forventet og faktisk virkelighet. En av respondentene uttrykker det slik, «Jeg forventet jo at jeg skulle være anestesisykepleier i mottak, men at jeg skulle være alt mulig annet i tillegg, hadde jeg ikke sett for meg» (D4).

Denne opplevelsen av å «være alt mulig annet» var altså ikke noe som var snakket om i forkant. Kanskje dette kunne vært unngått ved gjennomføring av intervju og forventningsavklaringer ved ansettelse? Flere uttrykte også at deres forventninger til treningen og forberedelsene hjemme i Norge, ikke ble oppfylt. En av respondentene sier det slik,

Jeg hadde en forventning om at vi skulle bruke mye mere tid på å trene enkeltferdigheter for helsepersonell og at vi skulle trene «teamet», at vi skulle trene i team. Casebasert og pasientrettet, og jeg trodde vi skulle øve mer på det medisinske utstyret. Jeg trodde vi skulle øve mye mer på den helsefaglige biten, oppdragsløsningen i forbindelse med at vi skulle ned som helsepersonell. Det var noe jeg savnet. (E5)

Personellet forventet at treningen var tydeligere rettet mot den jobben de var ansatt for å gjøre.

En annen respondent ble overasket over arbeidsoppgaver som ble tildelt først etter ankomst til Kabul, «For min del så oppdaget jeg på HOTOen at jeg skulle gjøre mange flere oppgaver enn de jeg var forespeilet. Dette innebar opptrekking av medikamenter og traumemottak på sykehuset» (C3).

Det skjedde en stadig negativ utvikling i Afghanistan mens oppdraget pågikk i Kabul. Dette påvirket feltsykehuset og personellet, og bidro til at virkeligheten ble annerledes enn de hadde forventninger om. Repatriering og hjemsending av personell skjedde blant annet raskere enn planlagt. Sykehuspersonell fra USA, Australia, Norge og flere andre land ble sendt hjem tidligere enn antatt for å bidra til en raskere og mer effektiv uttrekning fra landet. Fristen for dette ble satt til 31. august (NTB-AP-AFP, 2021). Dermed var den siste tiden sykehuset var i drift, preget av stadig mindre personell. Det norske traumeteamet var blant de som reiste hjem 15. august. Dermed var det bare amerikanske kirurger igjen på sykehuset som kunne gjennomføre livreddende kirurgi. En respondent

---

utaler, «Vi var i en nedtrapping, og andre nasjoner var jo ikke der. Så det var oss og amerikanerne.» (B2).

Utilstrekkelige forventningsavklaringer og mangelfull informasjon om den jobben den enkelte var ansatt for å gjøre, bidro til at mange opplevde en helt annen virkelighet enn de hadde forventet. Den viktigste forklaringen på diskrepansen mellom forventet og faktisk virkelighet, var imidlertid at situasjonen i Afghanistan endret seg dramatisk i løpet av perioden. Usikkerheten var stor og beslutninger ble tatt raskt, noe som igjen førte til dramatiske omveltninger for sykehusets personell og organisasjon.

---

## 4 Kapittel 4

Nordmennene ankom Kabul i midten av mars 2021. På dette tidspunkt var sikkerhetssituasjonen i Afghanistan under relativt god kontroll. Det som av det norske personellet ble ansett som den største utfordringen, var tiltak relatert til covid 19, med strenge smittevernstiltak, isolasjon og testing.

I dette kapitlet skal vi forsøke å svare på forskningsspørsmål nummer to, hvordan opplevde det norske personellet hendelsen 26. august 2021?

Kapitlet starter med å redegjøre for dagene før hendelsen og personellets situasjonsforståelse og informasjonstilgang. Deretter drøftes i hvilken grad nordmennene på forhånd opplevde at de var forberedt på en slik hendelse, inkludert i hvilken utstrekning de opplevde å ha tilgang på nødvendig materiell og utstyr. Til slutt behandles erfaringene fra selve hendelsen 26. august.

Hensikten med kapitlet er å belyse i hvilken grad nordmennene opplevde at de var adekvat organisert, utstyrt og forberedt på hendelsen. Hvordan opplevde personellet at ulike deler av teningen/øvingen kom til nytte? Og hvilke særlige utfordringer opplevde de?

### 4.1 Opptakten til og dagene før den 26. august

De som reiste ut den 15. mars 2020, kunne ikke forestille seg at situasjonen skulle utvikle seg slik den gjorde. En hel verden, med Nato og USA i spissen, ble på mange måter tatt på sengen da Taliban overtok kontrollen i Kabul så raskt og med så lite motstand som de gjorde (Veum, 2021). Allerede under Trump-administrasjonen hadde Nato og USA besluttet å trekke seg ut av landet, til stor frustrasjon for den afghanske regjeringen og president Ashraf Ghani, som følte seg overkjørt. Avtalen med Taliban var at USA og alle allierte styrker skulle være ute av landet innen 1. mai 2021. Biden-administrasjonen fastsatte siden sluttdatoen for en fullstendig uttrekning til 11. september 2021, 20-årsdagen for angrepene i USA 11. september 2001 (Strand, 2021). Taliban besluttet imidlertid at alle styrker skulle være ute av landet innen 31. august 2021, noe USA og Nato til slutt overholdt.

Etter 20 år med Nato-tilstedeværelse i landet var det svært mange afghanere som følte seg truet av Taliban. Det å ha samarbeidet med internasjonale Nato-styrker ble av Taliban sett på som et svik, og de som hadde vært involvert i slik aktivitet, var klar over at de i verste fall kunne bli drept. Dette skapte uro og redsel blant tusenvis av afghanere som befant seg i Kabul.

Store folkemengder flyktet mot den internasjonale flyplassen i Kabul (HKIA) for å forsøke å komme seg ut av landet. Amerikanske og britiske soldater hadde ansvaret for å sikre flyplassen som var i ferd med å kollapse grunnet den massive tilstrømmingen av mennesker. Av mange ble flyplassen ansett

---

for å være den eneste mulige veien ut av landet. Nato-soldatenes oppdrag gikk ut på å sikre flyplassen og området omkring i uttrekningsfasen, samtidig som ambassadepersonell og andre som skulle evakueres, skulle geleides inn på området. Flere tusen sto på utsiden av portene i et desperat forsøk på å komme seg inn, i håp om å kunne fly ut og i sikkerhet.

Ambassadepersonell og diplomater fikk melding om å evakuere så raskt som mulig. Også norske myndigheter gjorde det de kunne for å redde ut norske borgere og personer med tilknytning til Norge. Over 1100 personer ble evakuert av norske myndigheter (Thommessen, 2021). I alt over 122 000 personer ble flydd ut fra Kabul i det som omtales som en historisk luftevakuering gjennomført mellom 14. og 30. august 2021 (Kabul Airlift, Visualized, 2021).

Midt i dette kaoset befant det norske feltsykehuset seg. Ikke bare skulle det norske personellet drive et sykehus og håndtere syke og skadde. De ble også en viktig brikke i en kaotisk flyktningkrise og evakueringsoperasjon.

## **4.2 Situasjonsforståelse og opplevelse av informasjon**

Som vi har vært inne på i kapittel 3, så var det ulike forventninger til det å reise ut i operasjon til feltsykehuset i Kabul. Mange av de som reiste, bar på romantiske forestillinger om å oppleve noe unikt, noe man kanskje ellers ikke får muligheten til å oppleve andre steder. Dette gjaldt kanskje særlig de som aldri hadde jobbet i eller for Forsvaret før. De som derimot hadde erfaringer fra utenlandsoperasjoner, uttrykte at de i større grad kunne se for seg hvordan dagliglivet ville arte seg i praksis. Felles for alle var nok opplevelsen av å reise til et relativt trygt område, med en trygg tjeneste, hvor sikkerheten på militærbasen ved flyplassen i Kabul var høy.

Etterretningsrapporter i tiden før kontingent 3 reiste ut, tilsa imidlertid at sikkerhetssituasjonen var i endring og at Taliban var på fremmarsj i Afghanistan (FOKUS, 2020). Til tross for dette opplyser flere av respondentene at de selv eller deres medsoldater vurderte det som svært lite sannsynlig at deres eget liv og helse skulle stå i fare. En respondent uttrykker det slik, «Vi reiste jo til fredstid, hvor covid var den største utfordringen. Vi hadde sikkerhetsbriefer fra E-tjenesten før vi dro, så vi hadde god forståelse for situasjonen og hvordan den var når vi dro» (B2). Her antydes det god forståelse for situasjonen i Afghanistan. En annen respondent oppgir at det var for lite, eller mangelfull, informasjon om trusselbildet (D4). Ukeplanen viser at det ble avsatt tre timer til en etterretningsorientering i løpet av oppsettingsperioden hjemme i Norge (B. Salberg, personlig kommunikasjon, 17. januar 2023). Hva som ble formidlet i denne Etterretnings-brifen er ikke videre avdekket. Det kan imidlertid tyde på at oppfatningen av situasjonen var noe splittet blant respondentene før de skulle reise ut.

---

Respondentene uttaler at tiden etter deployering den 15. mars og frem mot sommeren, bar preg av jevnt trykk med pasienter og en tiltakende usikker sikkerhetssituasjon. Underveis i oppdraget ble sykehuset kontinuerlig oppdatert og bevisstgjort på situasjonen. Ledelsen ble daglig informert om etterretning av betydning for situasjonen i og rundt Kabul. Eksempel på dette var etterretning som tilsa at det var overhengende fare for at selvmordsbombere kunne slå til. En av respondentene uttaler,

Vi hadde jo etterretning som tilsa at det var en selvmordsbomber som de antok kom til å sprengte seg, et eller annet sted, rundt et visst tidspunkt. Så at det kom til å bli en større hendelse, var vi jo til en viss grad klar over. For meg var det jo veldig usikkert. Dette fordi det var mange andre hendelser som vi var forespeilet å stå i som ikke skjedde. Så når det faktisk skjedde så gikk det jo opp for meg at, oi! Dette var på ekte! (D4).

Selv om det norske personellet ble varslet om en mulig hendelse på forhånd, synes de likevel å ha blitt overasket når den faktisk inntraff.

### **4.3 Opplevelse av å være forberedt**

Helsepersonell som jobber med akuttmedisin, som vi her snakker om, er bevisst på at det kan bli nødvendig å håndtere en masseskade. Uansett hvor godt forberedt man er, vil det kunne oppstå situasjoner hvor pasienttilstrømningen er større enn det behandlingsskapiteten er dimensjonert for. Derfor hadde man ved sykehuset i Kabul, som ved alle andre sykehus, gjort en rekke forberedelser for å møte en slik situasjon. Men da hendelsen først var et faktum, hvor godt forberedt opplevde personellet at de var?

Flere av respondentene gir uttrykk for at masseskadeøvelsene som ble gjennomført i Kabul var gode, og at de la et godt grunnlag for å håndtere hendelsen 26. august. SOP nr.09 «MASCAL» var avgjørende for at personellet skulle ha en felles forståelse, avklarte roller og oppgavefordeling (Vedlegg 9). MASCAL-prosedyren som feltsykehuset hadde, var ikke unik i forhold til hva som er vanlig på andre sykehus. Men den var naturlig nok tilpasset feltsykehusets infrastruktur, personell og ressurstilgang. Rutiner for materiellberedskap og logistikk inne på sykehuset ble også trukket fram som viktige øvingsmomenter som kom til nytte.

Men ikke alt fungerte knirkefritt. Et forhold alle respondentene påpekte, var utfordringer med pasientdokumentasjon og journalsystemet i sykehuset. Prosedyren fungerte veldig bra under øvelse, men den 26. august fungerte den ikke. I SOP nr. 09 står det følgende, "All patients are allocated a geographic name/unique patient identifier upon arrival" (Vedlegg 9). Pasientene som ankom sykehuset, skulle altså tildeles prefabrikkerte unike pasientnavn. Slik respondentene beskriver det, så fungerte dette veldig bra på øvelser, hvor man trente med 5–10 pasienter. Den 26. august tok

---

sykehuset imot 70 skadde pasienter (Vedlegg 12), noe som resulterte i at sykehuset gikk tom for prefabrikerte journaler, og måtte produsere disse fortløpende. De geografiske navnene var også utfordrende, da personell fra ulike nasjoner på sykehuset hadde utfordringer med å uttale dem riktig, noe som igjen skapte forvirring. Dette gjorde at man var nødt til å endre på rutinene for pasientdokumentasjon underveis. En respondent beskriver det slik,

Prosedyren med pre-fabrikerte klistrelapper med navn, som skulle merke de ulike pasientene, fant vi fort ut at ikke fungerte så bra. Lapper fra en pasient ble plutselig funnet et annet sted. Så etter denne hendelsen så kom vi til at avanserte pasientnavn ikke er nødvendig. Neste runde så går vi for tall. Så enkelt som å skrive nummer i pannen på pasienten med sprittusj. Når det er så kaos, er det det eneste som fungerer. Det var 'learning by doing'. Fungerte veldig fint når vi øvde på ti pasienter. Men når du får 60-70, så blir det vanskelig med navn, papirlapper og armbånd (B2).

Flere nasjoner som dekket ulike oppgaver ved sykehuset, pakket sammen og dro fra Kabul i månedene og ukene før hendelsen. Dette gjorde at de som ble igjen, måtte ivareta flere og nye oppgaver for å få sykehuset til å gå rundt. Et eksempel på dette var personellet fra Australia, som forlot Kabul i midten av mai («It's Really Hard to Say It Was Worth It», 2021);(C3). De hadde hatt ansvaret for transporten av pasienter mellom sykehuset og flystripen, herunder pasienter som var hardt skadet og trengte kontinuerlig medisinsk behandling. Da nordmennene måtte overta disse og andre oppgaver, gjorde de seg nye og viktige erfaringer. En av respondentene uttrykker det slik, «Erfaringen jeg og de andre 'medicene' fikk ved å gjøre denne jobben i månedene før hendelsen var uten tvil nyttig for meg» (C3). Det som respondenten her mener med «nyttig», relateres til erfaringene vedkommende fikk med ivaretagelse og behandling av skadde pasienter i den «nye» jobben. Dette var direkte overførbare erfaringer som kom til nytte under hendelsen 26. august. Personell som hadde arbeidsoppgaver knyttet til å behandle skadde pasienter, fikk dermed nyttige erfaringer gjennom disse oppgavene.

Logistikkfunksjoner på sykehuset ble også berørt av nedtrappingen. Renholdspersonalet som til daglig vasket og ryddet på sykehuset, ble borte i dagene før hendelsen. Her måtte sykehuspersonalet som var igjen, sørge for at disse oppgavene ble utført.

Det gjenværende personellet måtte dermed utføre flere og flere oppgaver som i utgangspunktet ikke var en del av primærjobben. En av respondentene uttaler blant annet dette om situasjonen, «Sykehuset hadde jo et vaskeselskap som vasket flere ganger i døgnet. De var ikke til stede under denne hendelsen den 26. august» (D4).

Det er rimelig å anta at bortfallet av personell fra enkelte nasjoner resulterte i færre hender til å håndtere kapasitetsutfordringer. Dette er noe som åpenbart kan gjøre en utfordrende situasjon enda

---

mer utfordrende, og det kan argumenteres for at det dermed skulle mindre til før man nådde terskelen for hva som kan defineres som en masseskade, altså at behandlingsbehovet overskrider ressurstilgangen.

Som vi har vært inne på i kapittel 3, hadde personellet gjennomført øvelser på masseskade. Dette blir omtalt som nyttig og gjorde at personellet hadde bedre forutsetninger for å håndtere hendelsen som inntraff 26. august (B2;E5). Det påpekes imidlertid at man ikke øvde «stort» nok – altså at antall markører var for få, og at man til dels ikke involverte alle i stor nok grad (B2). I forlengelsen av dette kan det også indikeres at man i for liten grad øvde realistisk nok. Et eksempel på dette er de praktiske utfordringene man plutselig sto overfor og som først ble en realitet den 26. august. En av respondentene beskriver en opplevelse slik, «En ting, var tilgang på en hageslange med vann. Det hadde vært nyttig. Da kunne vi mer effektivt spylt blod av bårene istedenfor å bare stå der med flasker med vann (C3).

Bårene som ble brukt måtte rengjøres mellom pasientene. At de var fulle av blod og at dette krevde tilgang på vann utenfor akuttmottaket, var muligens ikke noe som var blitt erfart gjennom øvelsene. Denne utfordringen oppsto først når den reelle hendelsen var et faktum.

## 4.4 Utstyr og materiell

Feltsykehuset i Kabul var godt utstyrt og hadde mye materiell. Respondentene påpeker at de hadde det de trengte for å løse de oppgavene sykehuset var tiltenkt å løse, nærmere bestemt å være et såkalt Role 2-sykehus med kirurgisk kapasitet for å ivareta Nato-soldater og andre allierte partnere (C3; E5).

Materiell og utstyr var forhåndspakket og klargjort med tanke på at det kunne oppstå en kritisk situasjon som innebar mottak av mange pasienter samtidig. Respondentene omtaler blant annet ferdig pakkede «MASCAL-tårn», «Akkurat der og da følte jeg ikke vi manglet noe. Vi hadde jo ferdige MASCAL-tårn, altså kasser med utstyr som vi bare kunne trille ut» (C3).

Dette var kasser på hjul, som lett kunne trilles ut fra lager og til forhåndsdefinerte lokasjoner på sykehuset, for rask tilgang på nødvendig materiell (A1). Dette gjorde det lettere og mer effektivt å etablere områder på sykehuset (som vanligvis ikke blir brukt til pasientbehandling) til behandlingsplasser under en masseskadesituasjon. Denne rutinen og måten å organisere seg på er grundig beskrevet i prosedyren for masseskade ved sykehuset. (Vedlegg 9)

I forbindelse med den pågående uttrekkingen fra Afghanistan hadde amerikanerne tidlig i juli 2021 avviklet et Role 3-feltsykehus på Bagram flyplass (Graham-Harrison & Borger, 2021);(E5). I

---

forbindelse med dette ble mye amerikansk materiell overflyttet til HKIA og det norske Role 2-sykehuset. En av respondentene beskriver dette slik,

Heldigvis så stengte de Bagram. Så amerikansk helsepersonell og forbruksmateriell derfra ble overført til oss. Så vi hadde jo et sykehus som var ganske «stakket» når 26. august skjedde. Hvis vi kun hadde stått der med norsk materiell den 26., så hadde vi manglet så vanvittig mye utstyr, ikke minst respiratorer (E5).

Feltsykehuset var i utgangspunktet aldri dimensjonert for å håndtere en så massiv pasienttilstrømning som de opplevde den 26. august. Allikevel hadde sykehuset store mengder forbruksmateriell. I tillegg til dette, på grunn av det ekstra materialet som kom fra Bagram, hadde de ganske store ressurser på materiellsiden.

Dette beskrives allikevel utfordringer. Disse utfordringene relaterte seg først og fremst til hvilke typer pasienter som kom til sykehuset. Sykehuset var forberedt på å behandle soldater. I dagene før og under hendelsen den 26. august var det en stor andel sivile kvinner og barn blant pasientene, noe som igjen krevde tilpassinger på materiellsiden. På spørsmål om hvorvidt de følte at de manglet utstyr, svarer en av respondentene slik, «Under masseskaden, nei. Under oppkjøringen til det var det jo materiell og utstyr som manglet. Vi var ikke satt opp til å ta imot barn. Vi fikk det veldig fort, men det manglet stort. Jeg vet at de på intensivten laget sitt eget utstyr for å håndtere barna» (F6). En annen respondent uttaler i denne forbindelsen, «Kanskje ikke det mest naturlige å tenke på i en militær situasjon, men om du vil det eller ei, så er det alltid barn som er skadet. Vi hadde jo heller ikke noe særlig med barneutstyr for å behandle skader. Det er nok noe man bør vurdere å ha en liten lagerbeholdning på» (D4).

Man klarte å improvisere samt skaffe til veie materiell som manglet i så stor grad at man langt på vei var i stand til å løse oppdraget og tilby god hjelp til de som trengte det. Her fremheves logistikkpersonellens evne til å skaffe til veie materiell som en forklaring på at man klarte å improvisere. Noe utstyr til barn ble skaffet fra en britisk Role 1, som ikke var en del av det norske feltsykehuset, men som befant seg på basen (E5).

En annen utfordring på sykehuset under hendelsen den 26. august var at nødvendigheter som rent sengetøy og pledd ikke lenger fantes, eller ble brukt opp uten at nye var tilgjengelige. En av respondentene uttaler, «Vi hadde jo mistet flere banale logistikkfunksjoner, så noe så banalt som vask av sengetøy, pledd etc., ble et problem i dagene før hendelsen den 26. Bestilte masse av dette utstyret fra Norge, men det kom aldri» (B2).

Samarbeidet med norsk militær logistikk og helsevesenet i Norge sørget for kontinuerlig etterforsyning av materiell, medisiner og blod gjennom daglige såkalte «log flights» (C3), altså



---

flytransporter mellom Norge og Afghanistan. Av naturlige grunner ble dette vanskeligere å opprettholde i slutten av august, da blant annet flystripen i Kabul var stengt i perioder.

Blod er alltid en utfordring og noe man ikke kan få nok av i en masseskadesituasjon av et slikt omfang som vi her snakker om (Nissen-Meyer et al., 2022). Sykehuset i Kabul fikk tilsendt blod fra Norge og hadde i tillegg mulighet til å initiere sin egen «Walking Blood Bank» (WBB), noe som ble gjort den 26. august. Mellom den 15. og 26. august aktiverte sykehuset WBB to ganger med til sammen 93 enheter blod (Vedlegg 12). Dette fungerte bra, slik en av respondentene uttrykker i intervjuet, «I tillegg så ble 'Walking Blood Bank' aktivert, og det fungerte som det skulle. Folk kom inn, ble tappet og blodet ble brukt» (C3).

Til tross for at sykehuset i Kabul hadde gode rutiner med forsyning av blod fra Norge, samtidig som det hadde aktivert WBB, var det utfordrende å tilfredsstille behovet for blod i den kritiske situasjonen som utspant seg den 26. august. En respondent uttrykker det slik, «Blod er en mangelvare. Så til tross for 'Walking Blood Bank' og de forsyningene vi hadde ut over det, så manglet vi blod» (D4).

## 4.5 Opplevelse av organisering

Gjennom øvelsene sykehuset gjennomførte jevnlig, fikk personellet god innføring og kjennskap til sin egen rolle og egne arbeidsoppgaver. Dette var viktig da hendelsen inntraff. En av respondentene omtaler det slik, «Rutinen vi hadde innarbeidet, og at folk visste rollen sin, var veldig nyttig» (E5). Samtidig er det ting som tyder på at roller og organisering ikke var avklart på forhånd. En annen respondent uttaler følgende, «Ting skjedde veldig tilfeldig i situasjonen den 26. Som nevnt tidligere havnet folk på ulike prioriteringsstasjoner ved tilfeldighet. Dette gjorde at uerfarne folk satt og behandlet svært hardt skadde, mens erfarne folk behandlet mindre skadde. Det er uheldig» (C3).

Det er ikke vanskelig å forstå at det kan bli kaotisk og at tilfeldigheter inntreffer i en slik situasjon. At personer med lite erfaring med pasientbehandling, ble stående med hardt skadde og utfordrende pasienter, er selvfølgelig ikke ønskelig. En årsak kan være at sykehuset i ukene og dagene før hadde mistet en del personell. Dermed ble de gjenværende på sykehuset tvunget til å organisere seg annerledes enn rutinen tilsa, i et forsøk på å dekke arbeidsoppgavene på en best mulig måte med tilgjengelige ressurser.

Et annet problem som sykehuset i sin organisering ikke hadde tatt høyde for, var ansamlinger av flykninger på sykehuset. I dagene før hendelsen den 26. august hadde sykehuset tatt seg av en rekke sivile personer som ikke var pasienter. Sammen med foreldreløse barn som ikke nødvendigvis

---

trengte medisinsk behandling, ble disse av ulike grunner plassert på sykehuset for oppfølging og oppbevaring før eventuell videre transport ut av Afghanistan (Solheim, 2021).

At sykehuset plutselig ble brukt til oppbevaring av flykninger, gjorde at areal som var forberedt til pasientbehandling, nå ble benyttet til flykninger. Dette resulterte i sin tur i organisatoriske misforståelser. En av respondentene opplevde det slik, «Jeg tok feil av antall skadde og drepte fordi noen sier at i det teltet der, så har vi så så mange mennesker. Jeg trodde at det var sårede, men det viste seg at det var døde. Ingen fortalte at vi hadde flyttet stedet for døde» (A1).

Siden evakueringen startet den 14. august, hadde USA sammen med en rekke andre nasjoner deployert flere tusen soldater for å bistå i evakueringen (Kabul Airlift, Visualized, 2021). Norge sendte ned en tropp med spesialstyrker sammen med to personer fra Politiets utlendingsenhet og den norske ambassadøren i Afghanistan. Siden flyplassen ble stormet av desperate afghanere søndag 15. august, ble den stengt for flytrafikk. Først natt til tirsdag den 17. august var menneskemengden ryddet og flyet fra Norge kunne lande i Kabul (Solheim, 2021).

Den 26. august bisto blant annet de norske spesialsoldatene sykehuset med behandling av pasienter. I kaoset som rådet, ble det besluttet at noen av disse soldatene skulle hjelpe til på sykehuset med behandling av skadde. Som en konsekvens av dette var det derfor mange nye personer som plutselig befant seg på de ulike behandlingsstasjonene inne på sykehuset. En av respondentene beskriver det slik,

Ellers så var vi heldige i den forstand at når hendelsen inntraff så var det spesialstyrker fra hele verden plutselig til stede i Kabul. De har også mye kompetanse innenfor sanitet. Så plutselig var hele mottaket fylt opp av spesialstyrker som behandlet pasienter på kryss og tvers av nasjonalitet og alt mulig (C3).

Det er ikke vanskelig å forstå at det ble store utfordringer for sykehuspersonellet å holde kontroll og oversikt i en slik situasjon. God kommunikasjon og tydelig ledelse blir svært viktig, noe som også blir poengtert, «Avdelingslederne burde ha mer trening i å lede alle de frivillige som kom for å hjelpe. Var sikkert 50 frivillige ´medicer´ fra FS og andre som kom til sykehuset for å hjelpe. Disse må ledes.» (A1).

Omstilling og ressursprioritering ble gjennomført, til tross for kaoset som rådet. Det fantes ikke noen prosedyre for å omprioritere personell i denne situasjonen, ifølge en av respondentene (B2). Når ledelsen og SMO så det nødvendig, ble personell omprioritert, slik at nødvendig kompetanse bedre ble utnyttet. Som et eksempel på dette ble (amerikanske) kirurgiske team splittet i to for på den måten øke behandlingsskapiteten til de mest kritisk skadde. For å styrke kritisk kompetanse i disse teamene ble norsk personell fra intensivavdelingen benyttet (B2; D4). På den måten kunne et

---

kirurgisk team bli til to ved å tilføre personell med nødvendig kompetanse fra andre avdelinger på sykehuset.

Evnen til å kunne interagere og samarbeide med andre er en viktig egenskap for helsepersonell. Dette gjelder i enda sterkere grad når helsepersonellet skal delta i en multinasjonal styrke, slik tilfellet var ved sykehuset i Kabul. Internasjonale standarder innenfor det medisinske fagfeltet er i mange sammenhenger helt avgjørende for å kunne jobbe effektivt sammen. Advanced trauma life support (ATLS) er en internasjonal, systematisk metode for å undersøke og behandle pasienter. For personell som skulle drive pasientbehandling på sykehuset, var dette en metode som var forutsatt kjent og innarbeidet (Vedlegg 7). Dette gjør personellet raskt i stand til å omstille seg og bidra med sin kompetanse. En av respondentene uttaler, «Akuttmedisinske internasjonale kurs gir jo meg en trygghet i en internasjonal ramme. I hvert fall når jeg endte opp med å stå med to amerikanske team. Jeg skjønner hva de holder på med, og de skjønner hva jeg holder på med» (D4). Denne kjennskapen var utvilsomt nyttig og bidro til at man var i stand til å omstille og organisere seg når behovet oppsto.

## 4.6 Opplevelse av masseskaden

På ettermiddagen den 26. august ca. kl. 17:36 eksploderte en bombe i nærheten av den sør-østlige porten (Abbey Gate) ved Hamid Karzai International Airport (HKIA). Utenfor porten var det et hav av mennesker som håpet å slippe inn. Amerikanske etterretningsrapporter og etterforskning i etterkant slår fast at det var en selvmordsbomber som hadde tatt seg frem til porten og utløst eksplosiver (Vedlegg 12);(Billing, 2022). Videre har etterforskningen konkludert med at det var ca. 9 kilo eksplosiver som var pakket rundt et stort antall 5 millimeter stålkuler, som følgelig gjorde skadeomfanget svært stort (Lamothe & Hauslohner, 2022).

Det anslås at minst 184 personer ble drept, deriblant 13 amerikanske soldater som vaktet flyplassen (Spagnolello et al., 2022, s. 10). I tillegg til de som ble drept, ble ca. 200 sivile afghanere og 45 amerikanere skadd (Billing, 2022).

På sykehuset kunne det medisinske personellet høre eksplosjonen, men ikke alle fikk den med seg. En av respondentene forteller at hen var ute på flystripen og sto med hørselvern nær opptil flere transportfly som var i drift. Først når hen kom tilbake til sykehuset, ble vedkommende orientert om det som hadde skjedd, og at personellet nå skulle få avklart om sykehuset skulle iverksette masseskadetiltak (C3). Ordre om iverksetting av masseskade kom kort tid etter, og klokken 17:52 kom de første skadde til feltsykehuset (Solheim, 2021).

En av respondentene forklarer at det gikk alarmer på basen, noe som kunne tolkes dit hen at basen var under angrep. Ganske raskt ble det klart at alarmene var utløst for å få ryddet veiene inne på

---

basen, for at evakueringskjøretøy med pasienter lettere kunne komme seg frem (B2). Enkelte opplevde at alarmene skapte det en av respondentene kaller en samtidighetskonflikt,

Det jeg kan si, er at det på en måte skjedde en samtidighetskonflikt. På basen ble det initiert 'Ground Attack'-alarmer, som i henhold til prosedyren skulle tilsi, at sykehuset skulle gå i 'lock down', noe vi selvfølgelig ikke kunne gjøre. Det sier jo seg selv. Dette hadde vi ikke trent på. Altså hvordan gå i 'lock down' og samtidig ta imot pasienter. Heldigvis så klarer folk å tenke selv, så det var ingen som satt med hjelm på og gjemte seg inne på operasjonsavdelingen. (E5)

Det oppsto en situasjon som personellet ikke hadde trent på, og som skapte usikkerhet om hva de skulle gjøre. Skulle de følge prosedyren for «lock down» (vedlegg 11), eller skulle de behandle pasienter som strømmet inn. Utfallet ble å fortsette å ta imot og behandle pasienter. Flere av respondentene påpeker også i ettertid at de var bekymret for egen sikkerhet. De fryktet at de selv og deres kolleger kunne bli rammet av nye angrep (D4).

Helt til å begynne med hersket det også en viss usikkerhet ved om det hele var en øvelse eller ikke. Alle markører som sykehuset hadde trent og øvet med tidligere, hadde vært mannlige markører. De første pasientene den 26. august var også menn. Men etter hvert kom det skadde kvinner som en av respondentene skildrer slik,

Når alarmen gikk, så gikk jeg til min posisjon på ICU. Og den første pasienten som kom inn, var en mann på båren, hvis jeg husker riktig. Og jeg tenker da at dette er en øvelse. Det er først når pasient tre eller fire kommer inn, og det er en jente, som hyler og skriker, at jeg skjønner at dette ikke er en øvelse. Dette fordi vi hadde aldri trent med kvinnelige markører. Hodet mitt tenkte litt sånn, oi, hun var sykt bra [til] å spille, hun var sykt bra sminket. Vet ikke om jeg sto og tenkte dette i 5 sekunder, 15 sekunder eller et helt minutt, før jeg skjønnte at dette var 'real deal'. Det var hodet mitt som gikk i en liten 'time out', før jeg skjønnte at nå er vi i gang. (E5)

For personellet forble omfanget av hendelsen uklart de første timene, men etter hvert ble det klarere og klarere at det var svært mange skadde. Prioritering av ressurser for å redde flest mulig liv ble etter hvert en realitet. Stadig vekk måtte det gjøres en kost-/nytte-vurdering av innsatsen, slik at uforholdsmessig store ressurser ikke skulle bli brukt på bare en pasient. Dette var uten tvil en svært tøff situasjon å stå i for personellet. SMO, som var ansvarlig for prioriteringene inne på sykehuset, blir omtalt av respondentene som dyktig i situasjonen,

Til å begynne med, før vi viste at det skulle komme så mange pasienter, så tok vi pasienter til T1 som kanskje egentlig burde vært T4, men der var SMO dyktig. Når han skjønnte utviklingen, så gikk han i de ulike traumerommene og fikk avsluttet behandling, for nå kommer det en ny pasient (B2).

T1 er her en betegnelse på en pasient som har prioritet nr.1. Altså at pasienten er alvorlig skadet, men mulig å redde hvis umiddelbar livreddende hjelp blir iverksatt, og resursene strekker til. Som

---

respondenten sier, så kan disse pasientene raskt bli vurdert til prioritet nr. 4 (T4) hvis man ved nærmere undersøkelse finner at skadeomfanget er så stort at det ikke er mulig å redde livet til vedkommende. Et annet scenario er at ressursene som skal til for å redde en pasient, er så store at flere andre pasienter dør fordi de ikke får hjelp. En annen respondent beskriver dette slik, «Det er jo dessverre slik at når du ikke vet hvor mange som kommer, og du er så hardt skadet, så må du bli prioritert bort. Dette fordi man kanskje har muligheten til å redde andre som trenger mindre» (D4).

Personellet på sykehuset forøkte å gjøre det de kunne med de ressursene de hadde til rådighet. Flere av respondentene beskriver at de ikke merket at de var slitne og trøtte, og at de jobbet til siste pasient var tatt hånd om.

Sivile kvinner og barn var som nevnt tidligere, en del av pasientgruppen. De afghanske kvinnene var ikledd heldekkende klær og kjortel som gjorde det utfordrende å identifisere og undersøke sår og skader. Siden dette ikke hadde vært øvet og trent på i sykehuset, var slike praktiske utfordringer noe som personellet måtte løse i situasjonen (C3). En respondent forklarer utfordringen med å gjennomføre undersøkelse og behandling på en kvinnelig pasient med splinter i hele kroppen. Kvinnen følte ubehag ved at det befant seg menn i samme lokale og ville derfor ikke la seg avkle i akuttmottaket. På sykehuset var det ikke tilstrekkelige muligheter til å skjerme kvinnen, noe som påpekes som et savn i den kaotiske situasjonen (D4). Improviserte løsninger ble derfor benyttet med bruk av pledd og sengetøy for etter beste evne å ivareta disse pasientene. Et annet problem som dukket opp i denne sammenhengen, var at disse kvinnene ikke kunne undersøkes av menn. Dermed måtte kvinnelig sykehuspersonell undersøke pasienter alene og uten nødvendig teamstøtte (D4).

Sykehusets kapasitet til å håndtere så mange pasienter var etter hvert sprengt, og arbeidet med å få evakuert disse videre ble raskt høyt prioritert. Medisinsk evakuering ut av Afghanistan og til større sykehus ble iverksatt av amerikanerne, som hadde gode rutiner på dette (How the Military Medical Forces Supported Afghanistan Evacuation, 2022). Dermed kunne feltsykehuset starte prosessen med å tømme sykehuset for pasienter (B2).

Det norskledede feltsykehuset behandlet til sammen 70 skadde fra det aktuelle angrepet. Av disse var det 8 som døde (Vedlegg 12). I 15 timer jobbet det norske personellet på spreng, helt til siste pasient var evakuert tidlig den 27. august (De norske Kabul-historiene, 2021).

---

## 5 Kapittel 5

De to foregående kapitlene har analysert innsamlede data fra både respondenter og annen empiri. Denne informasjonen skal nå tolkes og drøftes i kapittel 5. Først vil vi ta for oss rekruttering av militært helsepersonell til feltsykehuset. Deretter ser vi nærmere på forberedelser hjemme i Norge og forberedelser etter ankomst til Kabul. Til slutt drøftes situasjonsforståelse, organisering og utrustning. Hensikten med kapitlet er å belyse det tredje og siste forskningsspørsmålet, er det mulig å identifisere svakheter i forberedelsene og organiseringen av det norske helsepersonellet?

### 5.1 Rekruttering

Den allmenne verneplikten og den gjennomgående modellen som var omtalt i kapittel 3, er fortsatt gjeldende for rekruttering til internasjonale operasjoner i Forsvaret (Forsvarsstaben, 2023, s. 8). Samtidig skal Forsvarets videreutvikling av HR-området sikre bedre rekruttering av sivile med relevant kompetanse og erfaring (Forsvarsdepartementet, 2020, s. 64). For det medisinske personellet som ble rekruttert til feltsykehuset i Kabul, kan det synes som om nettopp det siste ble tillagt mest vekt.

Hackman (1998) hevder at det å sette sammen team utelukkende med grunnlag i medlemmenes faglige kompetanse, ikke er en garanti for suksess (Johnsen & Eid, 2019, s. 101). Det å konsentrere seg ensidig om personellets medisinskfaglige kompetanse og samtidig utelukke andre egenskaper som personlig egnethet og militær kompetanse, kan føre til at teamet ikke har en tilfredsstillende sammensetning.

En jobb i Forsvaret som innebærer deployering til en internasjonal operasjon, er noe helt annet enn å jobbe hjemme i Norge. Personellet skal jobbe tett sammen gjennom hele døgnet. Leveforholdene er dårligere enn de er vant til, og det er mindre rom for privatliv. De skal jobbe sammen over flere måneder, uten mulighet for å reise hjem til familie og venner. Usikkerheten er også en konstant faktor i en militær operasjon, og noe som den enkelte må håndtere. Lediggang og kjedsomhet kan være en utfordring i en slik setting, hvor det er stor sannsynlighet for at det ikke skjer noe som helst i perioder. I andre perioder kan det være svært hektisk og intenst. Personellet må være forberedt på å håndtere alle disse utfordringene over tid, og det er åpenbart at ikke alle vil være egnet til en slik jobb.

Johnsen og Eid (2019) påpeker at det kan være uetisk ikke å ha en god utvelgelsesprosedyre. Det kan være en fare for å sette personellet i en arbeidssituasjon som de rett og slett ikke er i stand til å håndtere (Johnsen & Eid, 2019, s. 39). Dette gjør at en rekrutteringsprosess til militære operasjoner bør gjøres grundig. Ikke for å ansette de faglig flinkeste, eller de som har en spesiell

---

personlighetstype, men for å finne de som er gode nok, som innehar de egenskapene man ønsker, og som samtidig ikke innehar egenskaper man ønsker å unngå. Når det skal jobbes i team og under krevende forhold, er det avgjørende å sette sammen personer som har gode forutsetninger for å samarbeide. Personer med personlighetstrekk som ikke disponerer for gode samarbeidsevner, kan lukes ut gjennom personlighetstester og adferdstester (Johnsen & Eid, 2019, s. 41). Dette kan være trekk som i faglitteraturen omtales som narsissisme, machiavellianisme eller psykopati. Slike trekk er forbundet med at personer føler skadefryd, driver sosial undergraving eller tar «snarveier» som kan få konsekvenser for kolleger eller andre (LeBreton et al., 2018, s. 394). Som Baysinger et al. (2014, referert fra LeBreton et al., 2018, s. 400) viser til i sin forskning, scorer grupper med slike personlighetstrekk lavere på teamprestasjoner, medlemmenes forpliktelse til gruppen og medlemmenes samspill og samhold. En viktig forutsetning for å forberede avdelinger best mulig er derfor at personer med slike personligheter, blir valgt bort i rekrutteringsprosessen. På den måten kan personellet som reiser ut, i de teamene de skal jobbe i, være bedre rustet til å stå i krevende situasjoner.

Som vist i tidligere kapitler, kan det synes som om Forsvarets behov for å rekruttere helsepersonell med riktig medisinskfaglig kompetanse var styrende i rekrutteringsprosessen. Med dette menes at annen kompetanse, som gjennomført førstegangstjeneste eller annen militær utdanning, ikke ble ansett som viktig eller prioritert. Ikke alle som deployerte til Kabul, manglet militær bakgrunn, men ser man nærmere på helsepersonell som skulle fylle stillinger med spesiell medisinskfaglig kompetanse, og som ble rekruttert fra det sivile, er dette påfallende.

Videre kan det se ut som om kvalitetssikring av personellets medisinskfaglige kompetanse var mangelfull. Dette begrunnes i respondentenes beskrivelse av forberedelsene i Norge, hvor det ikke ble gjennomført noe øving eller trening på de medisinskfaglige oppgavene personellet var ansatt for å gjøre på feltsykehuset. En av respondentene poengterte også dette eksplisitt, og stilte seg undrende til denne praksisen. At personellet kunne vise til autorisasjon og riktig formell utdanning, var det viktigste. I denne sammenhengen kan det også synes som om Forsvaret ikke selv helt visste hva de ønsket av kvalifikasjoner. Som et eksempel ble en anestesisykepleier med erfaring fra medisinsk intensiv rekruttert til feltsykehuset, hvor erfaring fra kirurgisk intensiv ville være mer relevant erfaringsbakgrunn. Dermed kan det virke som om de ansvarlige for rekrutteringen manglet forståelse for hvilke egenskaper personellet ville ha behov for. Alt i alt er det sterke indikasjoner på at det med fordel kunne ha blitt gjennomført en bedre rekrutteringsprosess for å sikre personlig egnethet og ønsket kompetanse.

---

I stillingsannonsene ble det spesifikt påpekt behov for personell til feltsykehuset i Kabul (FSAN, 2020). Altså ble det søkt etter personell som raskt kunne fylle stillinger til dette oppdraget. Det er dermed opplagt at det ikke var noen intensjon om å gi dette personellet noe militær trening ut over den forberedende treningen til internasjonal operasjon. Dermed var det ikke en plan for å gi sivilt personell militær grunnutdanning, som jo er en forutsetning for i det hele tatt å starte på forberedende trening til internasjonal operasjon. Dette er i strid med Forsvarets eget HR-reglement pkt. E.7.5.(Forsvarsstaben, 2023).

For beredskapsstillingene generelt var intensjonen i utgangspunktet at personellet skulle fortsette i Forsvaret også etter en eventuell deployering til Kabul. Beredskapsstillingene i Forsvaret innebærer fire til seks uker med opplæring og trening i Forsvaret hvert år. Det betyr i praksis at etter ett år på beredskapskontrakt ville personellet ha fått noe grunnleggende militær utdanning og vært klart for en oppsettingsperiode med forberedende trening for internasjonal innsats.

Utfordringen i oppsettingen til feltsykehuset i Kabul var at mange av de som skulle reise ut, ikke hadde grunnleggende militær utdanning, eller at personellet hadde mangelfull militær trening. To av respondentene som ble intervjuet, var uten noe form for militær erfaring fra før. Dermed møtte de direkte på forberedende trening for internasjonal innsats, uten noen forutgående militær opplæring. Enkelte av disse følte at opplæringen og informasjonen ble overveldende, og at de satt igjen med flere spørsmål enn svar da oppsettingsperioden var over hjemme i Norge (D4). Det kan argumenteres for at denne formen for rekruttering og selektering av personell er uetisk, fordi de det gjaldt, hadde svake forutsetninger for å håndtere arbeidssituasjonen de havnet i.

Det ideelle må være at det rekrutteres personell som både har militær grunnutdanning og innehar den medisinskfaglige kompetansen som Forsvaret er ute etter. Hvis det var slik at personell som innehar begge deler, ikke var tilgjengelig, hadde det kanskje ikke vært noe poeng å stille dette som krav i en stillingsannonse. Men med tanke på at helsevesenet i Norge består av over 350 000 personer med helsefaglig utdanning (SSB, 2020), er det rimelig å anta at en stor andel av disse også har gjennomført førstegangstjeneste. Dermed virker det vanskelig å forstå at Forsvaret ikke har stilt krav om dette for å få tjenestegjøre ved feltsykehuset.

Personlige egenskaper kan synes å bli tillagt liten vekt ved utvelgelsen av dem som ble rekruttert til feltsykehuset. Med dette menes at det ikke ble systematisk kartlagt hvorvidt personellet faktisk hadde de personlige egenskapene som var ønsket. Intervjuene tyder på at kartlegging av personellets motivasjon og personlige egenskaper var tilfeldig, eller ikke ble gjennomført i det hele tatt. Blant respondentene i denne studien oppgir en av de sivilt rekrutterte at personlig egnethet ble forsøkt



---

belyst gjennom intervju, mens en annen opplyser at intervju ikke ble gjennomført i det hele tatt. For personell rekruttert fra Forsvaret ble det ikke gjennomført intervju eller annen form for selektering på personlig egnethet. Alle måtte derimot gjennom fysiske tester og medisinsk seleksjon.

Generelt sett kan det argumenteres for at Forsvaret er en organisasjon som er god på selektering, og at det gjerne brukes lang tid på å teste kandidater ved hjelp av et bredt spekter av seleksjonsmetoder. Formålet er å sikre at personellet har de egenskapene som skal til for å løse krevende arbeidsoppgaver på en tilfredsstillende måte (Johnsen & Eid, 2019, s. 39). For rekrutteringen til feltsykehuset i Kabul kan det synes som om dette ikke hadde så stor prioritet. Konsekvensen av utilstrekkelig seleksjon er i verste fall at personell som ikke fungerer, må ut av tjenesten og sendes hjem til Norge. Dette kan potensielt føre til utfordringer med å skaffe erstatningsmannskaper, og de som blir rekruttert, kan ikke uten videre fylle en funksjon i et team. For en sårbar og liten organisasjon vil en slik situasjon være belastende for personellet og teamet det gjelder, men også for ledelsen på sykehuset og ledelsen hjemme i Norge.

Hvorvidt man skal gjennomføre en omfattende selektering og kartlegging av kandidater til stillinger ved feltsykehus i Forsvaret, er både et spørsmål om tid, ressurser, tilgjengelighet på personell, samt en rekke andre faktorer. Også personell som jobber ved Forsvarets feltsykehus i militære operasjoner må imidlertid fungere godt i team, i stressende situasjoner og under psykisk og fysisk press. For at dette personellet skal være best mulig forberedt til å håndtere hendelser som den i Kabul, er det en forutsetning at det «riktige» helsepersonellet er rekruttert til disse stillingene, dvs. de som kan faget sitt godt nok, har forutsetningene som skal til for å håndtere de utfordringer som kan oppstå i en militær operasjon, og som samtidig har gode samarbeidsevner.

## **5.2 Øving og trening - Forberedelser hjemme i Norge**

Personellet som møtte til forberedende trening og oppsetting i Norge, gjennomgikk et oppøvningsprogram på seks uker. Analysen avdekker at oppøvingen var preget av dårlig tid og tendenser til dårlig struktur. Det kan tenkes at det var en sammenheng mellom den knappe tiden og strukturen på treningen. Restriksjoner i forbindelse med den pågående pandemisituasjonen kan ha bidratt til at forutsetningene for oppsetting og klargjøring av personellet ikke var ideelle.

En annen utfordring som er avdekket, er det varierende erfaringsgrunnlaget til dem som startet på forberedende trening til internasjonale operasjoner. En stor andel av personellet hadde ikke grunnleggende militær utdanning, noe som er et krav for å starte forberedelse til internasjonale operasjoner. Dette skapte utfordringer for dem som var ansvarlig for opplæringen.

---

Hvis alt personell hadde gjennomført førstegangstjeneste eller grunnleggende militær utdanning, hadde dette forenklet det som skulle være repetisjon av de grunnleggende militære ferdighetene under oppsetningen. Treningen og klargjøringen av personellet kunne da ha vært mer konsentrert om å klargjøre personellet for internasjonal innsats.

Under den forberedende treningen til internasjonal innsats er det tanken at en del tid skal brukes på oppdragsspesifikk trening. Personellet skulle trene og øve på det som skulle være de spesifikke arbeidsoppgavene ute i selve operasjonen. Denne oppdragsspesifikke treningen var ifølge respondentene ikke-eksisterende. For det meste ble det gjennomført teoribasert oppdragsspesifikk opplæring.

Det er rimelig å anta at det er en grunn til at det stilles kvalifikasjonskrav og ferdighetskrav for å deployere til internasjonal tjeneste. Primæroppgaven for personellet er helseoppgaver, men de skal også ha militær kompetanse, nettopp fordi de inngår i en militær organisasjon, hvor verstefallsenario er å måtte forsvare seg selv og sine medsoldater i en sikkerhetskritisk situasjon. De skal også mentalt være forberedt på hva det innebærer å delta i en militær operasjon. Hvis personell utsettes for krevende situasjoner uten at det er sørget for at de har gode forutsetninger for å håndtere dem, øker risikoen for personellens liv og helse.

Læringsteoretikeren Noel Burch er opphavsperson til en teori han kalte for "Four Stages of Learning Any New Skill" (Adams, 2021). Han mente at enhver ny ferdighet som skal læres, krever at den som skal lære dem, må gjennom fire steg dersom utgangspunktet er at man ikke vet noe om ferdigheten i det hele tatt. Disse fire stegene er:

1. Ubevisst inkompetanse: Manglende forståelse av en ferdighet og dens verdi. Vi vet ikke hva vi ikke vet.
2. Bevisst inkompetanse: Bevissthet om mangelen og verdien av en ferdighet. Vi vet hva vi ikke vet.
3. Bevisst kompetanse: Ferdighetene kan utføres, men krever konsentrasjon og bevissthet. Vi vet hvordan, men må tenke når vi gjør det.
4. Ubevisst kompetanse: Ferdighetene er automatisert og kan utføres lett. Ofte uten bevisst tenkning.

Hvis man tar utgangspunkt i militære ferdigheter og militær forståelse, synes kompetansen blant personellet som ble rekruttert til oppdraget i Kabul, varierende. Noen kan tenkes å ha hatt automatiserte ferdigheter, mens andre var helt uten noe erfaring på området.

---

Det kan argumenteres for at sivilt rekruttert personell var i kategorien ubevisst inkompetent. De hadde hverken militære ferdigheter eller forståelse av hva disse ferdighetene skulle brukes til i deres jobb som helsepersonell på feltsykehuset i Kabul. Det kan faktisk virke som om noen fortsatt var i en tilstand av ubevisst inkompetanse etter at de ankom Kabul. En av respondentene gjenforteller en angivelig uttalelse fra en kollega som uttrykte følgende, «[E]ndelig kan vi legge vesten i bunnen på zarges-kassen, for nå skal vi jo ikke noe mere på skytebanen» (E5). Dette kan forstås som om det personlige sikkerhetsutstyret (hjelm og skuddsikker vest) var noe som kun var en nødvendighet på skytebanen, fordi det var på skytebanen utstyret ble brukt under opplæringen hjemme i Norge. I Kabul skulle personellet jobbe på feltsykehuset, og skytebaneaktivitet ble det ikke noe mer av. Dermed var det angivelig ikke noe behov for hverken hjelm eller vest. En fare med slik ubevisst inkompetanse blir påpekt av Kruger og Dunning i studien «Unskilled and Unaware of It». Her er hovedargumentasjonen som følger, “We propose that those with limited knowledge in a domain suffer a dual burden: Not only do they reach mistaken conclusions and make regrettable errors, but their incompetence robs them of the ability to realize it.” (Kruger & Dunning, 2000, s. 45).

Forsvaret benyttes der sivile ikke kan benyttes av en grunn. Denne grunnen er nettopp at trusselbildet og graden av usikkerhet er stor. Militære styrker skal derfor kompensere for dette ved å inneha nødvendig kompetanse og ferdigheter for å beskytte seg både mentalt og fysisk. Det er også en forventning om at militært personell som går med uniform innehar forståelse, disiplin og kompetanse på grunnleggende militære ferdigheter og holdninger. Spesielt i møte med allierte Nato styrker, men også blant sivilbefolkningen. En kjent læresetning blant soldater, uavhengig av spesialitet (for alle har en spesialitet innenfor et fagfelt) er, «vi er først og fremst soldater».

Samtidig er det mulig å argumentere for at det medisinske personellet ikke trenger grunnleggende militær utdanning. De skal jo tross alt kun jobbe inne på et sykehus, i trygge rammer. Alle forhold når det gjelder sikkerhet i og utenfor sykehuset blir håndtert av militært personell, og det blir derfor ikke nødvendig at helsepersonellet har militær kompetanse. I tillegg til dette befinner feltsykehuset seg inne på et svært bevoktet og kontrollert område, hvor sikkerheten blir ivaretatt av profesjonelle soldater.

Også det faktum at Natos tilstedeværelse i Afghanistan hadde foregått i over to tiår, og at det eksisterte en felles opplevelse av kontroll og sikkerhet, kan ha bidratt til oppfatningen om at militær grunnutdanning for helsepersonell ikke ble prioritert, selv om det var et krav. Dette kan ha bidratt til at det ble gitt dispensasjon fra disse kravene.

---

En annen mangel i utdanningen var øving og trening på masseskade. Samtlige respondenter ga uttrykk for at de fikk manglende eller ingen trening under forberedelsene hjemme i Norge. Det ble gjennomført en teoretisk del med tema masseskade, hvor det ble benyttet modellbord. Timeplanen synes å bekrefte respondentenes utsagn om at de fikk liten eller ingen trening på slike hendelser (B. Salberg, personlig kommunikasjon, 17. januar 2023). Kombinasjonen av respondentenes uttalelser og tiden avsatt til trening og øving på masseskade tyder på at dette ikke ble prioritert i nevneverdig grad under oppsettingen hjemme i Norge. Hva kan i så fall forklare den svake prioriteringen? Var det liten tid til rådighet? Eller var det andre grunner?

En mulig forklaring som antydes av en respondent, er at det er utfordrende å trene og øve når man ikke kan øve i de fasilitetene man skal jobbe i (A1). Hele «systemet» av personell kunne heller ikke være til stede, i og med at sykehuset i Kabul også besto av personell fra andre nasjoner, personell som følgelig ikke var en del av oppsettingen i Norge.

Flere av respondentene viser også til det faktum at Covid-19-pandemien var pågående under oppsettingen, og at dette hadde en negativ effekt på forberedelsene. Uttalelser som, «Kunne ikke mingle sammen med markører» (A1), viser tydelig at det var restriksjoner med hensyn til fysisk kontakt under oppsettingen. En annen respondent bekrefter dette ved å uttale følgende, «Man kan vel alltid skylde på at det var Covid og begrensninger i hvor nært vi kunne øve og trene på hverandre» (B2).

Tiden til rådighet påpekes av flere som for kort. Det ble ikke tid til å trene og øve personellet i drift av «systemet» hjemme i Norge, altså at man fikk en helhetlig og sammensatt øvelse for de ulike avdelingene i sykehuset. Dette til tross for at det var uttalt i SOP nr. 12 (Vedlegg 10) at dette skulle gjennomføres.

### **5.3 Forberedelser i Kabul**

Da personellet ankom Kabul, hadde de lite eller ingen samtrening. De eneste som hadde gjennomført praktisk trening og øving på arbeidsoppgavene i Norge, var de kirurgiske teamene. Følgelig måtte personellet som skulle bemanne og drifte sykehuset som helhet, ta fatt på denne treningen først etter at de var deployert. Gjennom intervjuene ble det reist spørsmål om hva som hadde blitt konsekvensen hvis hendelsen den 26. august hadde skjedd noen dager etter ankomst til Afghanistan. Dette er naturlig nok ikke så lett å svare på, men inntrykket fra respondentene er at det ville blitt betydelig mer utfordrende, noe som virker som en rimelig vurdering. Den medisinskfaglige kompetansen hos den enkelte var nok god, men det hjelper lite hvis personellet ikke er samtrent og

---

det ikke er trent på rutiner, prosedyrer og arbeidsfordeling. De ulike prosedyrene var jo kjent for personellet og gjennomgått hjemme i Norge, men altså ikke praktisert.

Etter ankomst til feltsykehuset i Kabul fikk personellet for første gang startet samtrening og øving på de arbeidsoppgavene de skulle gjøre på sykehuset. Det kommer frem av intervjuene at det ble øvet jevnlig når det ikke var reelle pasienter som opptok tiden.

Som tidligere omtalt, omfattet denne treningen også øvelse på masseskade. Analysen betoner imidlertid viktigheten av å øve hele organisasjonen på sykehuset. Det er noe sprikende oppfatning blant respondentene når det kommer til spørsmålet om i hvilken grad dette ble gjort. Flere hevdet at de fikk øvet hele organisasjonen, mens noen mener at ikke alle ble involvert, slik de ble under den reelle hendelsen.

En forklaring på hvorfor det ble en slik sprikende oppfatning, kan være at de respondentene som fikk øving med markører, oppfattet dette som tilfredsstillende og at de fikk et godt utbytte. De av respondentene som ikke ble eksponert for markører, eller hadde lite å gjøre under øvelsene, fikk ikke den samme positive oppfatningen av utbytte.

Videre poengteres det også at øvelsene på masseskade ikke var i nærheten av det omfanget den reelle hendelsen 26. august skulle vise seg å bli. Slik det framkommer i kapittel 3, ble masseskadeøving gjennomført med opp mot ti skadde pasienter, altså et betydelig lavere antall enn under den reelle hendelsen. Dette kan forklares med at det er svært ressurskrevende å gjennomføre øvelser i stor skala, med mange markører og aktører involvert. Samtidig kan det også tenkes at øvelsene ikke skulle være så omfattende at personellet opplevde mestring. Et viktig moment kan være at personellet opplever mestring også med utfordrende oppgaver og situasjoner. På en annen side er noe av poenget med slike masseskadeøvelser at deltakerne får et inntrykk av det kaoset som oppstår, og at de blir tvunget til å foreta vanskelige prioriteringer når ressursene ikke strekker til.

Skal vi oppsummere hovedelementene i dette underkapitlet, kan det sies at involvering av hele organisasjonen i en masseskadeøvelse er avgjørende. Under hendelsen var det ikke bare det medisinske personellet som ble involvert, men også personell fra andre personellkategorier bistod med den kompetansen de hadde. Også personell som ikke jobbet på sykehuset til vanlig, kom til for å hjelpe, noe som skapte behov for god organisering og ledelse. Et virkemiddel for å få til dette er å øve stort nok. Dette er et læringspunkt det kan være nyttig å ta med seg videre til framtidige operasjoner.

---

## 5.4 Informasjon og situasjonsforståelse

Respondentenes generelle oppfatning av informasjonen de fikk før de deployerte, var at Kabul var et relativt trygt og sikkert sted å reise til, spesielt i lys av at personellet som reiste til feltsykehuset, skulle oppholde seg inne i en bevoktet leir og ikke skulle bevege seg utenfor portene. Det ble til og med påpekt av enkelte at de på forhånd trodde oppholdet kom til å bli «kjedelig», og at de antok at de ville delta i et slags fredstidsoppdrag.

Det er ikke så underlig at mange vurderte oppdraget som relativt trygt. Det faktum at Nato hadde hatt en tilstedeværelse i landet i 20 år, med tilsynelatende nokså god kontroll i hovedstaden, samt flere år med relativ stabilitet, har nok bidratt til denne oppfatningen. I analysen ser vi også indikasjoner på et nedtonet søkelys på sikkerhetssituasjonen under oppsettingen hjemme i Norge.

En grunn kan være at personellet hadde en oppfatning om at de kun skulle være en støttefunksjon til andre militære avdelinger og soldater, og ikke drive aktivitet som direkte kunne bli påvirket av en eventuell fiende eller motpart i operasjonsområdet. Samtidig skulle feltsykehuset være stasjonært, altså kun drive virksomhet i fast infrastruktur inne på det militære området på flyplassen i Kabul. Dermed trengte de ikke å forholde seg til andre avdelingers aktivitet eller forflytning, og tilsynelatende heller ikke til noen ytre faktorer som kunne påvirke feltsykehusets oppdragsløsning. Hvis dette var inngangsverdiene for den oppdragsløsning som skulle gjøres, er det jo rimelig å tenke at etterretningsinformasjon og annen informasjon som belyste trusselsituasjonen, ikke var i fokus.

En naturlig menneskelig reaksjon, når det til stadighet oppleves at etterretningens varsler om kommende hendelser ikke stemmer, er å miste tillitt til varslene. Et kjent paradoks innen etterretning er at varsler som følges av effektive mottiltak, som i sin tur fører til at de varslede hendelsene blir avverget, kan resultere i at varslene oppfattes som feilaktige. Etterretningsvurderinger blir altså oppfattet feil, selv om de i utgangspunktet var riktige (Etterretningstjenesten, 2021, s. 30). Det kan derfor tenkes at usikkerheten som uttrykkes fra respondenten skyldes manglende forutsetninger for å forstå informasjonen, i den forstand at dette krever utdanning, erfaring og innsikt i militære operasjoner og etterretningsarbeid. Denne utdanningen var ikke en del av forberedelsene under oppsettingen hjemme i Norge. Forutsetningene for å forstå disse mekanismene var derfor ikke til stede for personellet som ikke hadde militær bakgrunn og da spesielt de som var sivilt rekruttert. Følgelig kan det derfor tenkes at situasjonsforståelsen ble påvirket av dette.

Summen av den generelle oppfatningen av sikkerhetssituasjonen, forståelse for etterretningsarbeid og det faktum at feltsykehuset var i en støttefunksjon for Nato-avdelinger, gjorde muligens at etterretning og sikkerhetsarbeid ikke ble godt nok forstått blant sykehuspersonellet. Etterretnings-

---

informasjonen som ble formidlet til sykehuset, burde kanskje ha vært formidlet på en bedre måte, slik at personer uten inngående kunnskap om situasjonen og etterretning, på best mulig måte kunne være i stand til å tolke den riktig.

Johnsen & Eid (2019, s. 266) snakker om mental beredskap og viktigheten av at denne er så god som mulig for at avdelinger og personell som er deployert til internasjonale operasjoner, skal kunne håndtere kritiske situasjoner. På avdelingsnivå handler det om erfaringsnivå, realistiske forventninger til oppdraget, gode forberedelser og godt samhold i avdelingen. For oppsettingsperioden hjemme i Norge kan det argumenteres for at den ikke ga de beste forutsetninger for en god mental beredskap. For det første hadde personellet svært kort tid til å bli kjent med hverandre. I tillegg til dårlig tid var de under strenge smittevernstiltak. Dette bidro til mindre mulighet for interaksjon, noe som er en forutsetning for å bygge samhold. Under forberedelsene hjemme i Norge fant det sted lite eller ingen organisert trening på primæroppgavene personellet skulle utføre på sykehuset. Også dette kan til en viss grad tilskrives pandemisituasjonen, men det er også tydelig at tiden ga lite rom for slik organisert trening. Forventningene til oppdraget synes å ha vært varierende blant personellet, og det synes å ha gått et skille mellom de som hadde militær erfaring fra før, og de som ikke hadde slik erfaring. Det som kan sies å være felles for alle, var nok overraskelsen over den utviklingen som fant sted i august. Den dramatiske vendingen var ikke bare overaskende for personellet ved feltsykehuset, men for en hel verden.

På individuelt nivå kan mental beredskap styrkes ved at den enkelte innehar gode ferdigheter i arbeidet som skal gjennomføres. De medisinskfaglige ferdighetene kan antas at var gode blant personellet. Det andre aspektet er de militærfaglige ferdighetene, evnen til stressmestring og viljen til å handle i farlige situasjoner (Johnsen & Eid, 2019, s. 266). Blant personellet som reiste ut, er det avdekket mangler i militære ferdigheter, siden de manglet utdanning på området. Denne utdanningen og treningen skulle gitt personellet erfaring innenfor stress og håndtering av farlige situasjoner. Hvorvidt evnen til stressmestring og viljen til å handle i farlige situasjoner var noe den enkelte mestret før hendelsen i Kabul inntraff, er på mange måter umulig å stadfeste. Siden det ikke ble gjort noen form for trening, testing eller evaluering gjennom grunnleggende militær trening på forhånd, har vi ingen indikasjoner på dette.

Usikkerhet, tress og trusler er en naturlig komponent i en militær operasjon. Derfor er dette noe som militært personell, som har vært gjennom militær grunnutdanning er kjent med. Å leve i usikkerhet er både ubehagelig og frustrerende, men noe som kan og må håndteres. For de som ikke hadde militær utdanning og som kom fra en sivil arbeidshverdag med stor forutsigbarhet kan det tenkes at denne overgangen var ekstra tung.

---

## 5.5 Organisering og utrustning

Som vist i tidligere kapitler, hadde feltsykehuset store mengder med materiell grunnet nedleggelsen av amerikanernes sykehus på Bagram. Dette gjorde at kapasiteten på blant annet respiratorer og forbruksmateriell gjorde det mulig å behandle flere hardt skadde pasienter. Hvorvidt det faktisk var slik som en av respondentene uttaler, at de hadde manglet utstyr om det ikke hadde vært for amerikanerne, har ikke vært mulig å fastslå gjennom analysen. Som noen av respondentene poengterer, hadde sykehuset klargjorte kasser med utstyr til bruk i en masseskadesituasjon, noe som innebar at tilgjengeligheten på nødvendig utstyr var god.

Det scenarioet som utspant seg 26. august, er uansett vanskelig å ta høyde for i planleggingen av materiellbeholdningen. Materiellbeholdningen er tilpasset de situasjonene feltsykehuset er dimensjonert for å håndtere.

Materiellmangel relatert til behandling av barn er påpekt tidligere i oppgaven. At feltsykehuset i utgangspunktet ikke hadde materiell til å behandle barn, er høyst sannsynlig et resultat av det oppdraget feltsykehuset var forventet å løse. Feltsykehuset var i utgangspunktet først og fremst dimensjonert for å behandle soldater som var en del av Nato-oppdraget i Afghanistan. På en annen side er det legitimt å ta høyde for nettopp behandling av andre kategorier pasienter, da nærmest enhver militær operasjon vil foregå i områder med sivilbefolkning, inkludert kvinner og barn.

Videre har analysen avdekket utfordringer når det kommer til mottak, behandling og ivaretagelse av sivile, og da kanskje spesielt kvinner. Her ble det behov for improvisasjon og utradisjonelle løsninger for å ivareta de kulturelle utfordringene i møte med disse. Dette kan tyde på at bevisstheten rundt slike scenario, hvor sivile afghanere kunne bli en pasientgruppe, ikke var tilstrekkelig. Dette gir seg også utslag i de utfordringene sykehuset opplevde med organisering og ivaretagelse av sivile som ikke var pasienter. Planene for hvor ulike pasientkategorier skulle plasseres og behandles måtte gjøres om når uforutsette utfordringer med flyknninger ble en realitet.



---

## 6 Kapittel 6 - Avslutning

Hovedintensjonen med denne studien har vært å finne ut i hvilken grad det norske helsepersonellet som tjenestegjorde på feltsykehuset i Kabul var adekvat forberedt på masseskadehendelsen som fant sted i Kabul 26. august 2021. Som beskrevet i innledningen, har spørsmålet vært belyst ved hjelp av kvalitativ metode, og studiens hovedkilde har vært intervju med personell som opplevde hendelsen. Gjennom intervjuene er det forsøkt å få innsikt i respondentenes erfaringer med rekruttering og forberedelser forut for hendelsen. Videre har intervjuene også søkt å kaste lys over respondentenes opplevelse av det som skjedde den 26. august, med vekt på hvordan de opplevde sin egen evne til å håndtere den krevende hendelsen. Et bredt spektrum av ulike dokumentkilder er benyttet som supplement til de muntlige kildene.

Med utgangspunkt i erfaringene fra Kabul har studien hatt en tilleggsambisjon om å antyde hvordan Forsvaret best kan forberede seg på å møte denne typen masseskadehendelser i fremtiden. Noen vil kanskje hevde at en slik problemstilling best kan besvares ved å studere det norske helsevesenet i fredstid. Det finnes imidlertid flere argumenter mot en slik tilnærming. Helsepersonell som inngår i en militær operasjon, vil aldri ha tilgang til de samme ressursene som det sivile helsevesenet har i fredstid hjemme i Norge. Hensikten med en militær medisinsk avdeling er å understøtte militære operasjoner, som gjerne opererer under høy risiko, langt fra sivil infrastruktur og dermed under forhold det sivile helsevesenet normalt ikke vil operere under. Dette gjør at Forsvaret, for å sette det militære helsepersonellet i stand til å utføre forventede oppdrag i krigs- og konfliktsituasjoner, forventes å tilføre helsepersonellet kompetanse ut over den medisinske autorisasjonen de allerede har.

### 6.1 Konklusjon

Studien har hatt til hensikt å svare på følgende problemstilling, hvor godt forberedt var det norske militære helsepersonellet på å håndtere masseskadehendelsen i Kabul 26. august 2021?

Tittelen «masseskade i krise og krig» er valgt med bakgrunn i at den beskriver to dimensjoner som militært helsepersonell må mestre i forberedelsene til en militær internasjonal operasjon. For det første må den medisinskfaglige kompetansen og treningen være på plass for å kunne behandle og prioritere skadde pasienter i en masseskadesituasjon. For det andre må personellet håndtere de øvrige omstendighetene som kjennetegner krise og krig. Disse to dimensjonene gjør, til sammen, at vi snakker om militært helsepersonell, og ikke bare helsepersonell.

Studien konkluderer med at personellet som ble deployert til feltsykehuset i Kabul, ikke var tilstrekkelig forberedt til å møte hendelsen som inntraff 26. august. Rekrutteringen og selekteringen

---

tok kun høyde for at personellet hadde formell medisinsk kompetanse og autorisasjon. De fikk heller aldri muligheten til å trene og øve sammen på sine tiltenkte arbeidsoppgaver før utreise fra Norge. Først etter ankomst til Afghanistan ble øving og trening en naturlig del av hverdagen, noe som fikk stor betydning, siden hendelsen inntraff flere måneder etter deployering. Tilstrekkelig øvingsnivå på sykehusets personell ble altså først en realitet i perioden etter at kontingenten ankom operasjonsområdet, selv om en masseskadehendelse kunne ha inntruffet tidligere.

Videre er det indikasjoner på at helsepersonellet som ble rekruttert til oppdraget og ikke hadde militær grunnutdanning, med sannsynlighet var uvitende inkompetent med hensyn til egne militære ferdigheter før deployeringen til Kabul. Forsvaret sendte dermed dette personellet ut i en arbeidssituasjon som de hadde unødvendig svake forutsetninger for å mestre. Det sivilt rekrutterte personellet kan derfor ha vært utilstrekkelig forberedt på å håndtere masseskadehendelsen 26. august 2021.

Det synes sannsynlig at personellet som tjenestegjorde i kontingent 3, som her er behandlet, gjorde en imponerende innsats under usedvanlig krevende forhold. Uten deres innsats hadde sannsynligvis flere liv gått tapt den 26. august. I lys av funnene i denne studien kan det argumenteres for at den imponerende innsatsen var mer på tross av enn på grunn av Forsvarets evne til å forberede personellet på masseskadehendelser.

Videre har studien en tilleggsambisjon om å kaste lys over følgende spørsmål, hvordan skal Forsvaret forberede seg best mulig for å møte tilsvarende hendelser i fremtiden?

Svaret på dette spørsmålet tar utgangspunkt i funnene knyttet til hovedproblemstillingen. Forsvaret bør sørge for at helsepersonell som skal tjenestegjøre i militære operasjoner, har tilstrekkelig militær utdanning, slik Forsvarets eget HR-direktiv fastsetter. Ved å unnta personell fra disse kravene risikerer Forsvaret å sende ut sivilt og ikke militært helsepersonell, og det er i denne studien argumentert for at disse vil være utilstrekkelig forberedt på de omstendighetene som karakteriserer krise og krig. For å bøte på dette kan Forsvaret enten rekruttere personell som har militær grunnutdanning fra før, eller eventuelt sette av nødvendig tid til militær opplæring før personellet starter forberedelsene til internasjonal tjeneste.

I tillegg til dette bør Forsvaret i større grad sette søkelys på oppdragsspesifikk trening og øving under forberedende utdanning til internasjonal tjeneste. Dette vil i større grad gi personellet nødvendige og viktige forutsetninger for å lære å samarbeide, bli trygg på sine arbeidsoppgaver, og ikke minst bli trygg under forhold som er nye og utfordrende. Dette er kanskje spesielt viktig når Forsvaret setter opp avdelinger bestående av personell som ikke kjenner hverandre fra før.

---

## 6.2 Videre forskning

Gjennom arbeidet har jeg blitt oppmerksom på en rekke spørsmål som av forskningsøkonomiske grunner ikke kunne behandles, eller som eventuelt bare har blitt overflatisk berørt, innenfor rammen av denne studien. Flere av disse spørsmålene kan være gjenstand for videre forskning.

1. Det kunne vært interessant å se nærmere på hvordan sammenhengen er mellom tilgjengelighet på helsepersonell til forsvaret og den stadig økende andelen kvinner som avtjener verneplikt. I forlengelsen av dette er det kjent at det stadig er en økende andel kvinner som utdanner seg til legeyrket. Hvordan påvirker dette forsvarets behov for å rekruttere leger?
2. Sivilt-militært samarbeid er et sentralt tema for videre forskning. Det kunne for eksempel vært interessant å se på hvordan Forsvaret og det sivile helsevesenet kunne optimalisere samarbeidet om traumeteam. Formålet må være å unngå utfordringer knyttet til ressurstilgang, samtidighetskonflikter og personlig utvikling og spesialistutdanning for helsepersonellet. Helseforetakene og det enkelte sykehus' behov for «produksjon» innenfor kirurgiske operasjoner, opp mot Forsvarets behov for kirurgisk kompetanse i samband med internasjonale operasjoner.
3. Videre forskning kan også rettes mot sivilt personell som har blitt rekruttert til tjeneste i internasjonale operasjoner for Forsvaret. Det kunne være interessant å finne ut hvorvidt personell uten militær grunnutdanning har blitt påvirket av sine opplevelser i sitt arbeid for Forsvaret. Har dette personellet større helsemessige utfordringer i ettertid som kan knyttes til tjenesten? Og, i så tilfelle, kunne dette vært unngått hvis de hadde fått bedre opplæring og trening i grunnleggende militære ferdigheter?

---

## 7 Forkortelser

**SMO** – (Senior Medical Officer). Oppgaven til SMO er blant annet å sørge for at det medisinske personellet som jobber på sykehuset, har en tilfredsstillende medisinsk kompetanse og standard. Selv om Norge overtok ledelsen, var flere funksjoner og moduler i sykehuset bemannet og driftet av personell fra andre nasjoner.

**SOP** – Standard operasjonsprosedyre. For feltsykehuset i Kabul var det utarbeidet i alt 19 SOPer. Disse beskriver alle avdelingene i sykehuset, hvordan de er organisert, og hvordan arbeidet skal gjennomføres i de ulike avdelingene.

**HKIA** - Hamid Karzai International Airport (2014 to 2021) Den internasjonale flyplassen i Kabul, Afghanistan.

**MASCAL** – Masseskade

**ICU** – Intensive Care Unit (intensiv avdeling)

**Traume** – gresk trauma, som betyr alvorlige skader

**HOTO** – Hand over Take over

**SERE** - Survival, Evasion, Resistance, and Escape

**Triage** - (fransk for sortering) er en prosess for å bestemme prioritering i behandling av pasienter basert på hvor alvorlig deres medisinske tilstand er.

**Medic** – Sanitetssoldat

**Zarges-kasse** – Stor metallkasse som forsvarspersonell benytter til å pakke og oppbevare personlig utrustning

---

## Litteraturliste

Adams, L. (2021). *Learning a New Skill is Easier Said Than Done—Gordon Training International*.

<https://www.gordontraining.com/free-workplace-articles/learning-a-new-skill-is-easier-said-than-done/>

Baysinger, M. A., Scherer, K. T., & LeBreton, J. M. (2014). Exploring the disruptive effects of psychopathy and aggression on group processes and group effectiveness. *Journal of Applied Psychology, 99*, 48–65. <https://doi.org/10.1037/a0034317>

Billing, B. J. C., Mohammad J. Alizada, Samira Nuhzat, Abdul Ahad Poya, Mirzahussain Sadid, Joshua Kaplan, Joaquin Sapien, Lynzy. (2022, februar 4). *Suicide Bomber Who Killed U.S. Troops and Afghans “Likely” Used Unguarded Route to Kabul Airport Gate*. ProPublica. <https://www.propublica.org/article/suicide-bomber-who-killed-us-troops-and-afghans-likely-used-unguarded-route-to-kabul-airport-gate>

Dahlum, S. (2023). Validitet. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/validitet>

Davis, R. E., Couper, M. P., Janz, N. K., Caldwell, C. H., & Resnicow, K. (2010). Interviewer effects in public health surveys. *Health Education Research, 25*(1), 14–26. <https://doi.org/10.1093/her/cyp046>

De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *VEILEDNING FOR FORSKNINGSETISK OG VITENSKAPELIG VURDERING AV KVALITATIVE FORSKNINGSPROSJEKT INNEN MEDISIN OG HELSEFAG*. [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no)

*De norske Kabul-historiene*. (2021, september 2). <https://www.aftenposten.no/norge/i/bGXdq/de-norske-kabul-historiene>

ETTERRETNINGSTJENESTEN. (2020). *FOKUS* (Nr. 10; FOKUS). [https://www.etterretningstjenesten.no/publikasjoner/fokus/fokus-norsk/Fokus%202020.pdf/\\_/attachment/inline/b2e5278a-d0df-4473-a953-c1d69c337c0e:1b228e374a207c8f79b1d8a166d902d7c0edd5e1/Fokus%202020.pdf](https://www.etterretningstjenesten.no/publikasjoner/fokus/fokus-norsk/Fokus%202020.pdf/_/attachment/inline/b2e5278a-d0df-4473-a953-c1d69c337c0e:1b228e374a207c8f79b1d8a166d902d7c0edd5e1/Fokus%202020.pdf)

---

Etterretningstjenesten. (2021). *Etterretnings-doktrinen*. Forsvarssjefen.

<https://www.etterretningstjenesten.no/publikasjoner/etterretningsdoktrinen>

Forsvaret. (2021, september 2). *Forsvarets personell- og verneplikts-senter*. Forsvaret.

<https://www.forsvaret.no/om-forsvaret/organisasjon/forsvarets-personell-og-vernepliktssenter>

Forsvarsdepartementet. (2014, november 4). *Allmenn verneplikt* [Redaksjonellartikkel].

Regjeringen.no; regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/forsvar/innsikt/allmenn-verneplikt/id2009109/>

Forsvarsdepartementet. (2017, juli 1). *Forskrift om tjeneste for militært tilsatte og for sivilt tilsatte i*

*Forsvarsdepartementet og underliggende etater (forsvarstilsatteforskriften)*—Lovdata.

[https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-06-24-997#KAPITTEL\\_6](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-06-24-997#KAPITTEL_6)

Forsvarsdepartementet. (2019, november 29). *Bidrar til militært sykehus i Afghanistan*

[Pressemelding]. Regjeringen.no; regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/fd/pressemeldinger/2019/bidrar-til-militart-sykehus-i-afghanistan/id2680324/>

Forsvarsdepartementet. (2020, oktober 16). *Prop. 14 S (2020–2021)* [Proposisjon]. Regjeringen.no;

regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-14-s-20202021/id2770783/>

Forsvarsdepartementet. (2021, februar 2). *Kronologisk utvikling av det norske styrkebidraget i*

*Afghanistan* [Redaksjonellartikkel]. Regjeringen.no; regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/forsvar/internasjonale-operasjoner/innsikt-intops/kronologisk-utvikling-av-det-norske-bidr/id632365/>

Forsvarsstaben. (2023). *Bestemmelse for HR*. Sjef forsvarsstaben.

<https://www.nof.no/images/Marketing/lover%20og%20avtaler/saeravtaler%20for%20forsvarret/HR%20Bestemmelse%20med%20veiledere/Bestemmelse%20for%20HR.pdf>

- 
- FPVS. (2023a). *Veileder i HR - del E Internasjonal virksomhet, internasjonal innsats og internasjonale operasjoner*. Sjef Forsvarets personell og vernepliktssenter (FPVS).  
<https://www.nof.no/images/Marketing/lover%20og%20avtaler/saeravtaler%20for%20forsvaret/HR%20Bestemmelse%20med%20veiledere/Del%20E/Veileder%20i%20HR%20del%20E%20-%20Intvirk-intins-intops.pdf>
- FPVS. (2023b). *Veileder i HR - del I Utdanning i Forsvaret*. Sjef Forsvarets personell og vernepliktssenter (FPVS).  
[www.nof.no/images/Marketing/lover%20og%20avtaler/saeravtaler%20for%20forsvaret/HR%20Bestemmelse%20med%20veiledere/Del%20I/Veileder%20i%20HR%20del%20I%20-%20Utdanning%20i%20Forsvaret.pdf](http://www.nof.no/images/Marketing/lover%20og%20avtaler/saeravtaler%20for%20forsvaret/HR%20Bestemmelse%20med%20veiledere/Del%20I/Veileder%20i%20HR%20del%20I%20-%20Utdanning%20i%20Forsvaret.pdf)
- FSAN. (2020, april 20). *Spesialister i generell kirurgi (eller relevant grenspesialitet), ortopedisk kirurgi, og anesthesiologi—Beredskapskontrakter*. FINN.no.  
<https://www.finn.no/job/fulltime/ad.html?finnkode=174708002>
- FSAN. (2021). *Forsvarets traumesystem 2021*. Sjef Forsvarets Sanitet.  
<https://regelverk.forsvaret.no/fileresult?attachmentId=20077422>
- FSAN. (2023). *Forsvarets sanitet*. Forsvaret. <https://www.forsvaret.no/om-forsvaret/organisasjon/forsvarets-sanitet>
- Graham-Harrison, E., & Borger, J. (2021, juli 2). US troops leave Afghanistan's Bagram airbase after nearly 20 years. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2021/jul/02/us-troops-leave-afghanistans-bagram-air-base-after-nearly-20-years>
- Gustavsen, E. M., Lien, G., & Tollefsen, A. F. (2017). *Norsk deltakelse i internasjonale operasjoner* (FFI-RAPPORT 17/00996).
- Hackman, J. R. (1998). Why teams don't work. I *Theory and research on small groups* (s. 245–267). Plenum Press.
- Hartmann, H. (2020). *Utlysning sykepleiere*. FSAN.

---

Heier, T., Kjølberg, A., & Rønnfeldt, C. F. (2014). *Norge i internasjonale operasjoner: Militærmakt mellom idealer og realpolitikk*. Universitetsforl.

[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991421652204702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Helsedirektoratet. (2019). *Hvem kan, og hvem kan ikke være blodgivere*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/blodgivning-og-transfusjonsmedisin/hvem-kan-og-hvem-kan-ikke-vaere-blodgivere>

Helsedirektoratet (Red.). (2020). *Nasjonal veileder for masseskadetriage (IS-0380)*. Helsedirektoratet.

[www.helsedirektoratet.no/publikasjoner](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner)

*How the Military Medical Forces Supported Afghanistan Evacuation*. (2022, juni 1). Military Health

System. <https://www.health.mil/News/Articles/2022/01/06/How-the-Military-Medical-Forces-Supported-Afghanistan-Evacuation>

«It's really hard to say it was worth it»: Final Australian troops leave Afghanistan, 20 years after

mission began. (2021, juni 30). *ABC News*. <https://www.abc.net.au/news/2021-07-01/final-australian-troops-leave-afghanistan-after-20-year-mission/100256294>

Iversen, P. (2022). Totalforsvar og blodberedskap. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0479>

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig*

*metode* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Johnsen, B. H., & Eid, J. (2019). *Operativ psykologi 2: Anvendte aspekter* (1. utgave.). Fagbokforlaget.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2018, juli 20). *Lov om behandling av personopplysninger*.

Lovdata.no. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/gdpr%2FARTIKKEL_9#gdpr&#x2f;ARTIKKEL_9)

[38/gdpr%2FARTIKKEL\\_9#gdpr&#x2f;ARTIKKEL\\_9](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/gdpr%2FARTIKKEL_9#gdpr&#x2f;ARTIKKEL_9)



- 
- Kabul airlift, visualized: In 16 days, massive planes moved enough evacuees to fill a small city.* (2021, september 3). <https://eu.usatoday.com/in-depth/graphics/2021/09/03/afghanistan-kabul-airlift-evacuation-explain-graphics-largest-in-history/5658083001/>
- Kruger, J., & Dunning, D. (2000). Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1121–1134. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.77.6.1121>
- Kunnskapsdepartementet. (2017, mai 1). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)—Lovdata*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikk>
- Lamothe, D., & Hauslohner, A. (2022, februar 8). Kabul airport attack involved a single bomb with 'disturbing lethality,' Pentagon inquiry finds. *Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/national-security/2022/02/04/kabul-airport-attack/>
- LeBreton, J., Shiverdecker, L., & Grimaldi, E. (2018). The Dark Triad and Workplace Behavior. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104451>
- Lovdata. (u.å.). *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)— Lovdata*. Hentet 12. mai 2023, fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/gdpr%2FARTIKKEL\\_9#gdpr&#x2f;ARTIKKEL\\_9https://kildekompasset.no/kildekritikk/#faq-2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/gdpr%2FARTIKKEL_9#gdpr&#x2f;ARTIKKEL_9https://kildekompasset.no/kildekritikk/#faq-2)
- Mæhlumshagen, E. (2022, desember 13). – *Dette skylder vi dem*. Den Norske legeforening. <https://www.legeforeningen.no/nyheter/2022/-dette-skylder-vi-dem/>
- NATO (Red.). (2020). *AMedP-8.12 MILITARY ACUTE TRAUMA CARE TRAINING*. NATO STANDARDIZATION OFFICE (NSO). [https://www.coemed.org/files/stanags/03\\_AMEDP/AMedP-8.12\\_EDA\\_V2\\_E\\_2544.pdf](https://www.coemed.org/files/stanags/03_AMEDP/AMedP-8.12_EDA_V2_E_2544.pdf)

---

NATO. (2022, mai). *Resolute Support Mission in Afghanistan (2015-2021)*. NATO.

[https://www.nato.int/cps/en/natohq/topics\\_113694.htm](https://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_113694.htm)

Nissen-Meyer, L. S. H., Ezligini, F., Bergerud, U. E., Holtan, A., Akkök, Ç. A., Danilova, E., & Hetland, G.

(2022). Blod og beredskap. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0494>

NSM. (2020, mai 14). *Sikkerhetsklarering—Nasjonal sikkerhetsmyndighet*.

<https://nsm.no/fagomrader/personellsikkerhet/sikkerhetsklarering/>

NTB-AP-AFP. (2021, august 31). *USA har forlatt Afghanistan etter en 20 år lang krig*. Dagsavisen.

<https://www.dagsavisen.no/nyheter/verden/2021/08/31/usa-har-forlatt-afghanistan-etter-en-20-ar-lang-krig/>

Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Fagbokforl.

[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991215617634702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Rydinge, J., & Wadahl, T. S. (2020). *SOP 12 Training Plan NORWEGIAN* (12).

Salberg, B. (2023, januar 17). *Masseskade i krise og krig* [Personlig kommunikasjon].

Saxi, H. L., & Slåtten, M. L. (2023). *Krig i Europa: Forsvaret på Balkan, 1992-2005* (1. utgave.).

Fagbokforlaget.

[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999920338199802202"](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Solheim, S. (2021, september 3). *Norske politifolk fortel om Kabul-evakueringa: Sendte folk til Noreg*

*sjølv om instruksen sa nei*. NRK. <https://www.nrk.no/norge/norske-politifolk-fortel-om-kabul-evakueringa-1.15634564>

Sommer, M., Pollestad, B., & Steinnes, T. (2020). *Beredskapsøving og -læring* (1. utgave.).

Fagbokforlaget.

---

Spagnolello, O., Gatti, S., Esmati, S., Shahir, M., & Portella, G. (2022). Kabul airport suicide attack:

Report of a mass casualty. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*.

<https://doi.org/10.1007/s00068-022-01898-y>

SSB. (2020, mars 23). *Så mye helsepersonell har vi i «reserve»*. ssb.no.

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/sa-mye-helsepersonell-har-vi-i-reserve>

Strand, A. (2021). Den lange krigen i Afghanistan. I T. Leine (Red.), *NUPI Skole*. NUPI.

<https://www.nupi.no/skole/hhd-artikler/2021/den-lange-krigen-i-afghanistan>

Thommessen, L. S. (2021, september 9). *Evakueringen fra Kabul: Dette skjedde de første dagene*.

NRK. [https://www.nrk.no/norge/xl/evakueringen-fra-kabul\\_-dette-skjedde-de-forste-dagene-1.15632982](https://www.nrk.no/norge/xl/evakueringen-fra-kabul_-dette-skjedde-de-forste-dagene-1.15632982)

Veum, E. (2021, august 14). *Talibans lynkrig i Afghanistan: Hvordan kunne det skje?* NRK.

[https://www.nrk.no/urix/talibans-lynkrig-i-afghanistan\\_-hvordan-kunne-det-skje\\_-1.15609601](https://www.nrk.no/urix/talibans-lynkrig-i-afghanistan_-hvordan-kunne-det-skje_-1.15609601)

Wadal, T. S., & Skramstad, S. (Red.). (2021). *SOP 09 MASCAL*. HKIA R2B.

# Vedlegg 1 Sikt godkjenning



[Meldeskjema](#) / [Masseskade i i krise og krig. En kvalitativ case studie av hendelsen ved...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
144043

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
22.09.2022

### Prosjekttittel

Masseskade i i krise og krig. En kvalitativ case studie av hendelsen ved det Norske feltsykehuset i Kabul den 26.08.2021

### Behandlingsansvarlig institusjon

Forsvarets Høgskole / Forsvarets stabsskole

### Prosjektansvarlig

Sigurd Christian Sørli

### Student

Helge Nordgård

### Prosjektperiode

01.09.2022 - 19.06.2023

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

### Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 19.06.2023.

[Meldeskjema](#)

### Kommentar

DERINGEN

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

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

### VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 19.06.2023.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos oss: Lise Haveraaen

Lykke til med prosjektet!

# Vedlegg 2 Forsvarets forskningsnemnd



1 av 2

**Vår saksbehandler**  
Audun Benjamin Bengtson, aubengtson@mil.no  
+47  
FHS/FAGSTAB/SEK FOU ADM

**Vår dato**  
2022-11-15

**Vår referanse**  
2022/043537-002/FORSVARET/ 910

**Tidligere dato** **Tidligere referanse**

**Til**  
Helge Nordgård  
..

**Kopi til**  
FSAN/AOS/AOS LED/Elise Marie Hågensen Rørstad

## Tillatelse til å innhente opplysninger i og om Forsvaret til forskningsformål

### 1 Bakgrunn

Forsvarets høgskole (FHS) har mottatt din søknad av 5. oktober 2022 om tillatelse til å innhente opplysninger i og om Forsvaret til forskningsformål. Prosjektet det skal innhentes data til er en masteroppgave, og følgende problemstillinger er oppgitt: «Hvordan skal militært helsepersonell tilegne seg læring gjennom forberedelser for å være rustet til å håndtere krisehendelser?». Det skal gjennomføres intervju med personell som har gjennomgått trening og øving i forkant av deployering til feltsykehus i Kabul, og tillatelse fra avdeling er innhentet ved Elise Rørstad (FSAN).

### 2 Drøfting

Vurdering av søknader om tillatelse til å innhente opplysninger i og om Forsvaret til forskningsformål er regulert av *Bestemmelse om utlevering av personopplysninger til forskning og gjennomføring av spørreundersøkelser*, fastsatt av sjef HR-avdelingen i Forsvarsstaben 1. mai 2018.

I henhold til punkt 2.3 og 2.4 i denne bestemmelsen er det en forskningsnemnd oppnevnt av sjef FHS som har myndighet til å behandle søknader om tillatelse til datainnsamling i Forsvaret. Kriterier og rettsgrunnlag som skal legges til grunn for vurderingen er omtalt i punkt 4.1 og 4.2.

Forskningsnemnda har vurdert din søknad som tilfredsstillende i henhold til gjeldende krav.

### 3 Vedtak

Søknad om tillatelse til å innhente opplysninger i og om Forsvaret til forskningsformål innvilges. Tillatelsen gjelder til prosjektslutt 16. juni 2023.

### 4 Vilkår for tillatelsen

Det er kun gitt tillatelse til innhenting av det datamaterialet som fremgår av søknaden. Data hentet fra Forsvaret skal ikke benyttes til andre formål enn den aktuelle masteroppgaven. Ved prosjektslutt skal alle data hentet fra Forsvaret slettes. Det skal sendes sluttmelding til FHS vedlagt masteroppgaven. Sluttmelding sendes til fhs.datautlevering@mil.no

<b>Postadresse</b> Postboks 800 Postmottak 2617 Lillehammer Norge	<b>Besøksadresse</b> Oslo mil/Akershus 0015 OSLO Norge	<b>Sivil telefon/telefaks</b> /  <b>Militær telefon/telefaks</b> 99/0500 3699	<b>Epost/ Internett</b> postmottak@mil.no www.forsvaret.no  <b>Organisasjonsnummer</b> NO 986 105 174 MVA	<b>Vedlegg</b> 1
----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

2 av 2

Sven Gabriel Holtsmark

Leder forskningsnemnda

Dokumentet er elektronisk godkjent, og har derfor ikke håndskreven signatur.

---

# Vedlegg 3 FSAN godkjenning

Godkjenning til bruk av FSANs personell til forskningsprosjekt



Elise Marie Hågensen Rørstad

Til Helge Nordgård



man. 10:14

Du svarte på meldingen 03.10.2022 12:39.

Hei.

Viser til din henvendelse til FSAN KONTAKT (Postboks), med forespørsel om godkjenning til bruk av personell i FSANs avdelinger som intervjuobjekter i forbindelse med masteroppgave «Masseskade i krise og krig».

Fagavdelingen og Sanitetsregimentet er orientert om din forespørsel, og disse har gitt tilbakemelding om at de ikke ser noen utfordringer med å gi godkjenning. FSAN ledelse v/ NK/stabssjef godkjenner derfor bruk av personell fra FSAN som intervjuobjekter til ditt prosjekt.

Denne e-posten kan vedlegges søknad til forskningsnemnda som skriftlig samtykke fra FSAN, jf. Bestemmelse om utlevering av personopplysninger til forskning og gjennomføring av spørreundersøkelser av 2018-05-01 pkt. 5.3.

E.F.

Mvh

**Elise Rørstad**

Kapteinløytnant | Jurist

Forsvarets sanitet

E-post: [elrorstad@mil.no](mailto:elrorstad@mil.no)

Telefon: 0505 6811 / 63 92 68 11

Mobil: 952 76 640

Besøksadresse: Bygning 0028, Sessvollmoen

# Vedlegg 4 SANSJØ godkjenning



Sjøforsvarets sanitet

1 av 1

**Vår saksbehandler**  
KOMKAPT Christin Pedersen, crpedersen@mil.no  
+ 47 55 50 41 61, 05 40 41 61  
Stabssjef Saniteten i Sjøforsvaret

**Vår dato** 2022-09-29  
**Vår referanse** 2022/ /FORSVARET

**Tidligere dato** **Tidligere referanse**

**Til**  
Den dette måtte gjelde

**Kopi til**

## Bekreftelse- Deltagelse fra personell i SANSJØ til prosjekt «Masseskade i krise og krig»

Saniteten i Sjøforsvaret(SANSJØ) er blitt forespurt om personell fra SANSJØ kan kontaktes for intervju i forbindelse med prosjekt, master oppgave «Masseskade i krise og krig». SANSJØ har fått tilsendt utdypende informasjon om prosjektet inkludert informasjonsskrivet til intervjuobjektene. Det fremkommer av informasjonsskrivet at deltagelsen er frivillig.

SJ SANSJØ godkjenner med bakgrunn i tilstedt informasjon at Orlogskaptein Helge Nordgård kan kontakte personell i SANSJØ for deltagelse i prosjektet.

Ole Harald Budal  
Kommandør  
Sjef Saniteten i Sjøforsvaret



Postadresse	Besøksadresse	Sivil telefon	Epost/ Internett	Vedlegg
Postboks 800 Postmottak 2617 Lillehammer	KNM T/K 16 Haakonvern 5886 BERGEN	Militær telefon	crpedersen@mil.no www.forsvaret.no	0
			Organisasjonsnummer	



---

## Vedlegg 5 Infoskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Håndtering av masseskade i krise og krig”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å øke forståelse og kunnskap rundt hvordan Forsvaret trener og øver medisinsk personell i håndtering av krisehendelser som masseskader. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Formålet med prosjektet er å gå i dybden på hva som skjedde da Norge driftet et Role 2 feltsykehus på flyplassen i Kabul, nærmere bestemt hendelsen som utspant seg 26. august 2021. Denne dagen fikk sykehuset i alt 63 skadde pasienter i løpet av noen få timer.

Hendelsen skal brukes til å få en bedre forståelse av hvordan man bør trene og øve helsepersonell på håndtering av masseskadehendelser i en militær sammenheng, med de utfordringer og begrensninger som det medfører.

Håndtering av masseskade er en ekstremsituasjon der behandlingsbehovet overskrider kapasiteten til å behandle syke og skadde. Dette setter det medisinske personellet i stadige dilemmaer, der de i ytterste konsekvens må avgjøre hvem som skal leve og hvem som skal dø. Hendelsen i Kabul er et sjeldent eksempel på at norsk helsepersonell har måttet håndtere en slik situasjon under en skarp, uoversiktlig og risikofylt militæroperasjon. I så måte representerer den en sjelden mulighet til å studere hvor godt helsepersonellet håndterte hendelsen, og hvor godt forberedt de var i møte med de ekstreme utfordringene som oppsto.

Det er mulig å innvende at siktemålet kan oppnås ved å studere det norske helsevesenet eller et hvilket som helst sivilt helsesystem. Til dette vil jeg svare følgende: Helsepersonell som inngår i en militær ramme, vil normalt ikke ha tilgang til de ressursene som det sivile helsevesen har i fredstid. Hele poenget med en militær medisinsk institusjon er å understøtte militære operasjoner, som gjerne gjennomføres under høy risiko og langt fra sivil infrastruktur, mao. under forhold det sivile helsevesenet normalt ikke opererer under. For å øke overlevelsesmuligheten til skadde soldater er det avgjørende at de får livreddende og stabiliserende behandling så tidlig som mulig etter skade, og før de evakueres videre til høyere behandlingsenhet og til sivile sykehus. Evakuering tar lang tid og er kanskje ikke mulig i gitte situasjoner, noe som bidrar til å gjøre medisinsk behandling i militære installasjoner unik.

Formålet med oppgaven er å kunne bidra til å optimalisere det militære helsepersonellens trening og øving, slik at militært helsepersonell kan stå bedre rustet til å møte slike ekstreme situasjoner i en fremtidig krise- eller krigssituasjon.

---

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Forsvarets høyskole (FHS) ved veileder Sigurd Christian Sørli er ansvarlig for prosjektet. Masterstudent Helge Nordgård ved FHS gjennomfører prosjektet som en del av masterprogrammet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Opplysninger om din tjeneste ved sykehuset i Kabul er hentet fra Forsvarets sanitet etter godkjenning fra Forsvarets forskningsnemnd. Dette danner grunnlaget for at du nå blir kontaktet.

Du er plukket ut til å svare på denne henvendelsen fordi du jobbet som helsepersonell i Forsvaret og har vært gjennom oppøving og trening i forkant av en deployering til Kabul. Videre jobbet du som militært helsepersonell ved feltsykehuset i den aktuelle perioden.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du vil bli bedt om å svare på spørsmål som omhandler trening og øving som gjennomføres for helsepersonell før deployering til internasjonale operasjoner.

Hvis du velger å bli med på prosjektet, vil jeg be deg om å oppgi opplysninger som navn, utdanning og arbeidserfaring. Videre vil du bli spurt om forhold som relaterer seg til dine erfaringer fra oppøving og trening før du deployerte til Kabul, samt erfaringer du gjorde deg mens du var ute i operasjon.

Noen spørsmål retter seg inn mot din psykososiale opplevelse av hendelsen, som for eksempel stress. Dette omfattes av definisjonen av helseopplysninger i personvernlovverket og skal behandles under særlige kategorier av personopplysninger (Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)).

Informasjonsinnhenting vil bli gjennomført enten i form av intervju eller ved hjelp av spørreskjema.

Det er frivillig å delta

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

---

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det vil kun være student (Helge Nordgård) og veileder ved FHS (Sigurd Christian Sørлие) som vil ha tilgang til dine personlige opplysninger, og innsamling og behandling av data blir kun utført av student under veiledning av prosjektansvarlig.

Den enkelte deltaker vil være anonymisert i den endelige oppgaveteksten. Opplysninger som fremkommer under intervjuene, kan bli grunnlag for drøfting mellom student, veileder og andre som bidrar til dette prosjektet, men kilden til opplysningen(e) vil også i slike sammenhenger være anonymisert.

#### Identifisering

Intervjuobjektene vil ikke bli navngitt i den ferdige oppgaven. Det kan allikevel tenkes at disse, eller grupper av intervjuobjekter, vil kunne bli identifisert i ferdig oppgave. Med dette menes det at i noen sammenhenger vil det kanskje bli nødvendig å oppgi den enkeltes stilling og bakgrunn. Sammen med utsagn og kontekst, kan det tenkes at personer innenfor den samme gruppen, som jobbet sammen før og under deployeringen til Kabul, vil ha mulighet til å identifisere andre deltakerne. Det kan også tenkes at personer utenfra, med særlig innsikt i sykehusets organisering og/eller kjennskap til intervjuobjektene kan identifisere disse i ferdig oppgave.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes medio juni 2023.

Intervjuene vil bli lagret elektronisk på lydfil og/eller som notat. Disse opplysningene vil igjen bli behandlet kun i sammenheng med dette prosjektet og anonymisert før eventuell publisering ved prosjektets slutt. Intervjuene og personlig informasjon om deg vil bli slettet ved prosjektets slutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Forsvarets høyskole har Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) vurdert at prosjektets plan for behandling av personopplysninger er i samsvar med personvernregelverket.

---

## Dine rettigheter

Så lenge du bidrar i prosjektet, har du rett til:

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

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

- Forsvarets Høyskole ved Sigurd Christian Sørлие, Kontortelefon 23 09 59 41 eller mobiltelefon: +4797967588

- Vårt personvernombud:

epost: [forsvarets.personvernombud@mil.no](mailto:forsvarets.personvernombud@mil.no)

Postadresse: Forsvarets Personvernombud, Postboks 800, Postmottak, 2617 Lillehammer

Telefon: 915 03 003 (be om Forsvarets personvernombud)

Hvis du har spørsmål knyttet til Norsk Senter for forskningsdata (NSD) sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

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

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
Sigurd Christian Sørлие

student  
Helge Nordgård

-----  
-----  
  
Samtykkeerklæring

---

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Håndtering av masseskade i krise og krig» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å delta i spørreundersøkelse

Jeg samtykker til at helseopplysninger om meg behandles i tråd med Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a) i personopplysningsloven.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles og lagres på sikker måte frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

---

# Vedlegg 6 Intervjuguide

## Intervjuguide

### Innledende informasjon før vi starter:

Formålet med oppgaven er å kunne bidra til å optimalisere det militære helsepersonellets trening og øving, slik at militært helsepersonell kan stå bedre rustet til å møte slike ekstreme situasjoner i en fremtidig krise- eller krigssituasjon.

### Forsknings spørsmål:

- i. Hvilken trening og øving ble gjennomført i forkant?
  - a. Kortsiktige forberedelser
  - b. Langsiktige forberedelser
  
- ii. Hvordan ble denne treningen/øvingen benyttet under hendelsen?
  
- iii. Hvordan påvirket treningen/øvingen utførelsen?
  - a. Hva fungerte?
  - b. Hva fungerte ikke?
  
- iv. Hvordan skal man forberede seg best mulig for fremtiden?
  - a. Hva bør vektlegges av trening og øving for å bli bedre på det som funket?
  - b. Hvordan skal man øve og trene for å unngå det som ikke funket?

### Starter lydinnspilling

### Bakgrunnsinformasjon:

Navn:

Alder:

Utdanning:

Stillingstittel hjemme:

---

Stillingstittel ved feltsykehuset i Kabul:

Antall år som helsepersonell:

Antall år som helsepersonell i forsvaret:

Antall Uker/måneder deployert i Kabul totalt:

Antall uker/måneder deployert i Kabul rett før 26 august:

i. Spørsmål relatert til før deployering til feltsykehuset i Kabul

Kan du først starte med å si noe om dine forventinger til oppdraget i Kabul før du deployerte?  
Arbeidsoppgaver, arbeidsforhold, materiell etc.

1. Hvor lenge før deployering visste du at du skulle ut?
2. Hvor lang tid ble satt av til opptrening, forberedelse og øving før du reiste ut?
3. Hvordan opplevde du tid til forberedelse og trening var før du skulle deployere?

v. **Hvilken trening og øving ble gjennomført i forkant?**

- a. **Kortsiktige forberedelser**
- b. **Langsiktige forberedelser**

4. Gjennomførte du trening/øving/forberedelser over lengre tid sammen med de samme personene du jobbet med under hendelsen 26. august?
5. Hvordan opplever du at strukturen var på forberedelser, øving og trening for deg som helsepersonell i forsvaret?
  - a. Er det et fastsatt program?
  - b. Er det et sett med øvelser som skal gjennomføres?
  - c. Er det bestemt utstyr som skal innarbeides?
  - d. Er det andre ting du vil tilføye her?
6. Opplevde du at treningen ga deg en følelse av at «dette mestrer jeg»?

- 
7. Opplevde du at instruktøren/lederen/teamledelsen var viktig for din egen utvikling/prestasjon under treningen?
  8. Hvordan opplever du at den trening og øving som du gjennomgikk, var grunnlag for diskusjon og grunnlag for endring eller justering av praksis?
  9. Hvordan opplever du at forberedelsene, treningen og øvingen på å håndtere ekstreme situasjoner som masseskade var før deployering?
  10. Ble øving og trening gjennomført under påvirkning av stress? I så fall, opplevde du dette som realistisk eller overførbar til hendelsen i Kabul?
  11. Ble du/dere introdusert for nye prosedyrer som måtte innarbeides i tiden før deployering?
  12. Fikk du opplæring eller trente du med det samme materiellet/utstyret som du jobbet med på feltsykehuset i Kabul?
  13. Var det materiell eller utstyr du følte manglet under den trening og øving du deltok i de siste ukene før deployering?
  14. Når trening og øving var ferdig hjemme, og du skulle reise ut, i hvilken grad opplevde du at du var klar og godt forberedt?
- i. Spørsmål relatert til hendelsen i Kabul 26. august.
    - ii. **Hvordan ble denne treningen/øvingen benyttet under hendelsen?**
      1. Kan du gi eksempler på forberedelser, øving og trening som var nyttige under hendelsen? Hvordan og hvorfor?
      2. Kan du gi eksempler på forberedelser, øving, trening som du mener ikke var nyttig under hendelsen? Hvorfor og hvordan?



- 
3. Er det noe du mener det burde ha vært trent på i forkant av deployeringen, som du vil anbefale?
  4. Er det noe du mener burde vært gjort annerledes i den strukturelle organiseringen, når det gjelder f.eks. materiell, øvingsopplegg, tid til disposisjon etc., og som hadde gjort deg bedre forberedt til å møte hendelsen som inntraff 26. august i Kabul?
- vi. Hvordan påvirket treningen/øvingen utførelsen?**
- a. Hva fungerte?
  - b. Hva fungerte ikke?
5. Var det materiell eller utstyr som du følte manglet under hendelsen som var av betydning for oppdragsløsningen?
  6. Hvilke prosedyrer og rutiner var nyttige under hendelsen?
  7. Hvilke prosedyrer og rutiner fungerte ikke under hendelsen?
  8. Hva manglet av prosedyrer og rutiner?
  9. Har du opplevd lignende hendelser før?
    - a. Hvis ja, Var dette en fordel eller ulempe for deg i situasjonen?
  10. Opplevde du stress under hendelsen?
    - a. Hvis du gjorde det, på hvilken måte påvirket dette deg? Hvordan og hvorfor?
  11. Var din forståelse av masseskade god nok? Hvorfor? Eller hvorfor ikke?
  12. Hva mener du bør vektlegges av trening og øving for å bli bedre på det som fungerte?
  13. Opplevde du noen situasjoner som fikk deg til å tenke «dette burde jeg/vi ha øvd på»?

---

**vii. Hvordan skal man forberede seg best mulig for fremtiden?**

- a. Hva bør vektlegges av trening og øving for å bli bedre på det som funket?**
- b. Hvordan skal man øve og trene for å unngå det som ikke funket?**

14. Sett i lys av det du har vært gjennom i Kabul, hva tenker du er det viktigste å sette søkelys på under trening og øving «hjemme» før deployering til et militært feltsykehus i operasjon ute?

15. Opplevde du at hendelsen i Kabul ga deg en opplevelse av mestring?

- a. Hvis ikke, hvorfor og hvordan?
- b. Hvis ja, hvorfor og hvordan?

16. Opplever du at dine erfaringer fra hendelsen har gitt deg bedre forutsetninger for å håndtere lignende hendelser i fremtiden? I så fall hvorfor og hvordan?

Noen avsluttende refleksjoner som du har lyst til å dele for å belyse formålet med oppgaven?

---

# Vedlegg 7 SOP 03 Surgical Module

NATO/RESOLUTE SUPPORT UNCLASSIFIED

<b>Unit:</b>	<b>HKIA MULTINATIONAL ROLE2 MEDICAL TREATMENT FACILITY</b>		
<b>Module:</b>	<b>SOP Surgical Module</b>		
<b>SOP number:</b> 03	<b>Last update:</b> 15.09.20	<b>Next update:</b>	<b>04/20</b>
<b>Approved by</b>	<b>LTC Jonas Rydinge/LTC Terje S Wadahl</b>		

## **CONTENT:**

- 1. PERSONNEL**
- 2. EQUIPMENT**
- 3. TACTICAL AND TECHNICAL DATA**
- 4. ABILITIES OF MODULE**
- 5. DESCRIPTION OF PROCEDURES**
  
- 6. MISCELLANEOUS**
- 7. ANNEX 1 EQUIPMENT LIST SURGICAL**
- 8. ANNEX 2 EQUIPMENT LIST ANESTESIA**
- 9. ANNEX 3 POWER DEPENDENT EQUIPMENT AND OTHER SURGICAL EQ**
- 10. ANNEX 4 CHECK LIST ANESTESIA EQUIPMENT**
- 11. ANNEX 5 CHECK LIST POWER DEPENDENT SURGICAL EQUIPMENT**
- 12. ANNEX 6 OR NURSE DOCUMENTATION**

---

## **REFERENCES**

**STANAG 2132 DOCUMENTATION RELATIVE TO INITIAL MEDICAL, TREATMENT, AND EVACUATION -AMEDP-8.1**

**STANAG 2348 BASIC MILITARY HOSPITAL (CLINICAL) RECORDS -AMEDP-48.2**

**STANAG 2549 EMERGENCY CARE IN THE OPERATIONAL ENVIRONMENT –AMEDP-24**

**STANAG 2879 PRINCIPALS OF MEDICAL POLICY IN THE MANAGEMENT OF A MASS CASUALTY SITUATION –AMEDP-38**

**STANAG 2939 MINIMUM REQUIREMENTS FOR BLOOD, BLOOD DONORS AND ASSOCIATED EQUIPMENT –AMEDP-1.1(A)**

**SOP G02: R2B INFRASTRUCTURE AND CONFIGURATION**

**SOP G05: MASCAL PLAN**

**SOP LM-03: WASTE MANAGEMENT**

---

## 1. PERSONNEL

The Surgical Module consists of 12-14 persons divided into two surgical teams. Each surgical team has six to eight team members (table 1). The team leaders report to the Senior Medical Officer (SMO). The SMO is responsible for organizing the staff and for the medical treatment provided. The SMO allocates additional resources when requested from the team leaders. A radiographer and bioengineer is available if required.

**Table 1: Surgical team**

Trauma team leader	General or orthopedic surgeon
Surgeon 1*	General surgeon
Surgeon 2*	Orthopedic surgeon
Anesthesiology 1	Anesthesiologist
Anesthesiology 2*	Nurse anesthetist
Anesthesiology 3*	Anesthesiologist or nurse anesthetist
Nurse	OR nurse 1
Nurse	OR nurse 2

**\*Each team includes at least a surgeon, a orthopedic surgeon and two anesthesia providers.**

## 2. EQUIPMENT

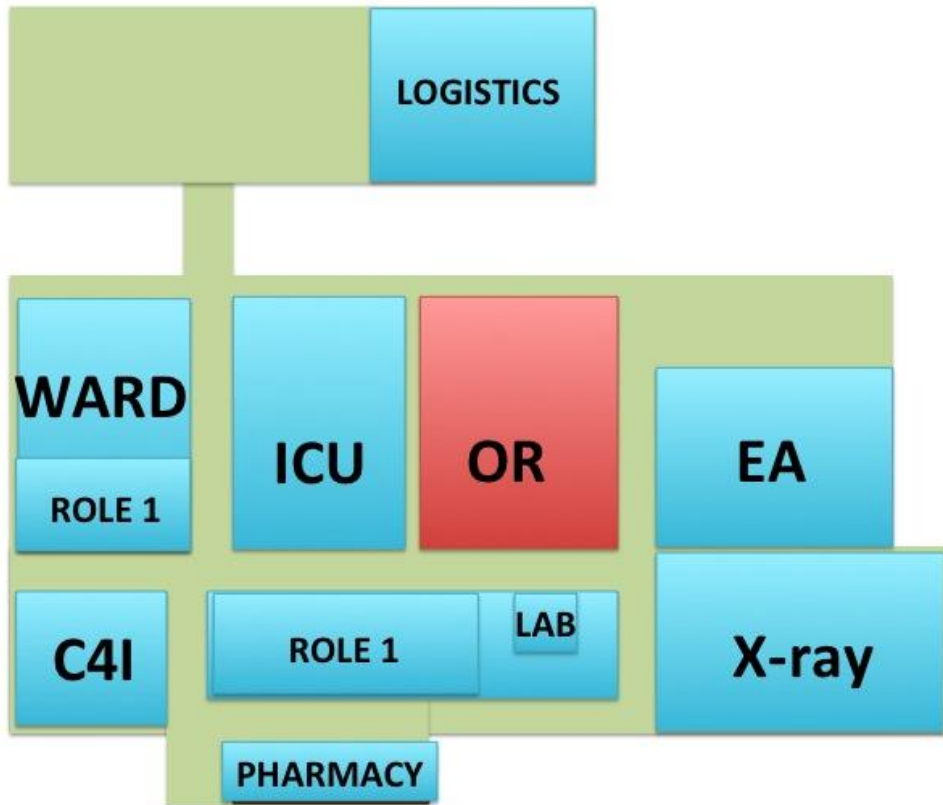
The Surgical Module is located in the OR area, and consists of

- Two Operating Rooms (OR1 and OR2)
- A prep preparation area with wash basins
- A preparation and storage Area (PSA)

The following items are stored in the PSA:

- Surgical gowns
- Soap
- Paper towels

- 
- Cleaning equipment



*Figure 1: The OR area with the surgical module (highlighted in red).*

Each operating room is fully equipped for damage control surgery (DCS) and damage control resuscitation (DCR) for one patient. For a complete list, see annex 2

The storages in the ORs are resupplied from the storage located the logistics wing of hospital. The external storage consists of five containers with surgical supplies to treat at least eight additional critically injured patients.

The power dependent equipment related to anesthesia personnel is listed in Annex 3 (Power dependent Equipment Anesthesia).

The Power Dependent Equipment related to surgical procedures is listed in Annex 4 (Power Dependent Equipment OR).

---

### **3. TECHNICAL AND TACTICAL DATA**

#### **OR AREA**

The OR area is located centrally in the hospital and is considered sheltered. The NOR SOP G02B elaborates the technical details and tactical data.

#### Basic technology:

The MTF is powered by the camp electrical grid (230V). Power outlets are standard European. There is an automatic backup generator in the logistics wing of the hospital. This is operated and maintained by a civilian contractor (OSS). Standard configuration of infrastructure, power supply and handling during electrical failure are described in a separate SOP (G02B Infrastructure and Configuration).

Medical oxygen is produced on site and distributed throughout the hospital in a pressured circuit. This also applies to medical air. There is a negative pressure exhaust system for anesthesia gasses etc.

The configuration of each OR is illustrated in figure 3.

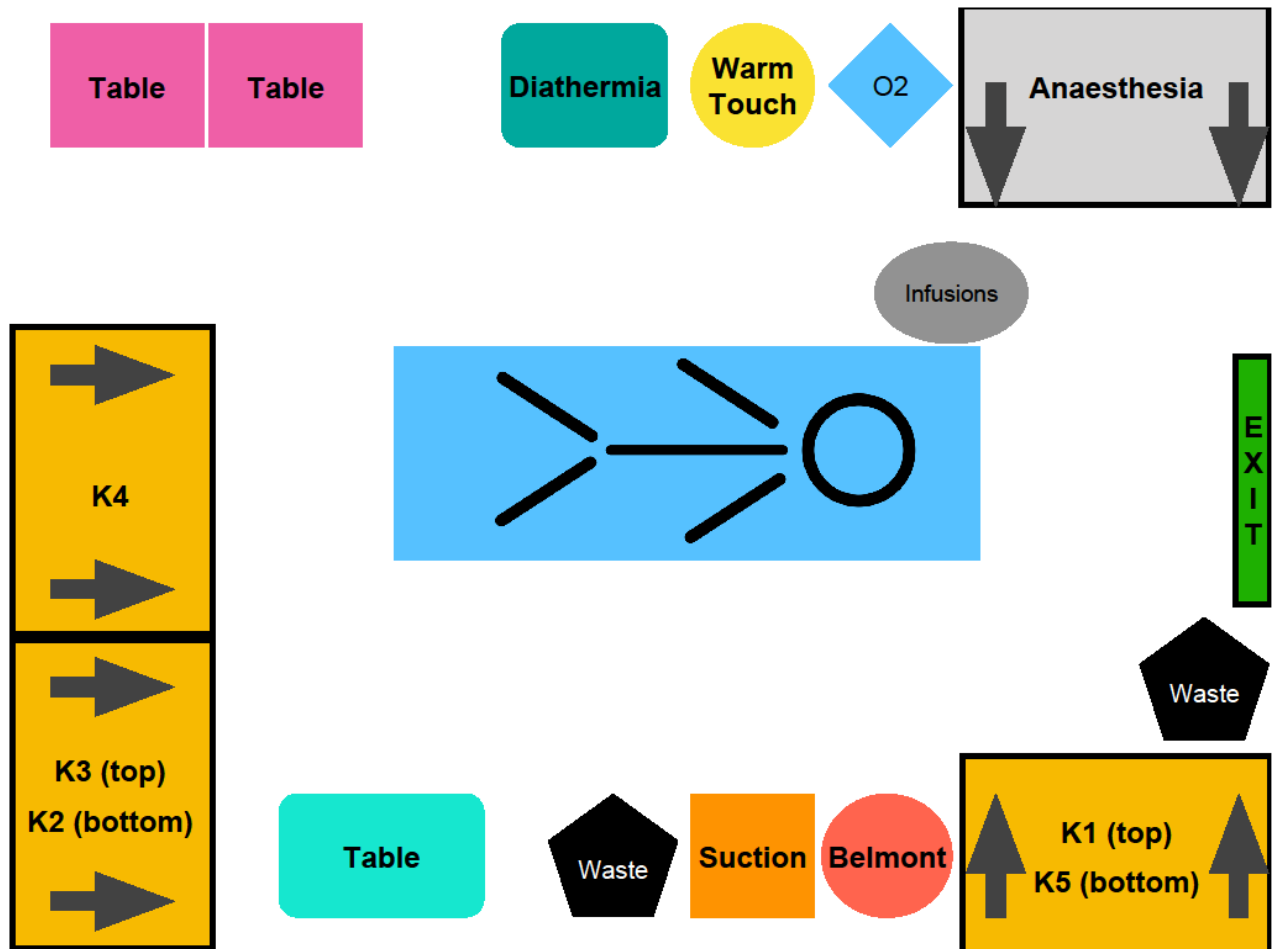


Figure 2: Distribution of the five cases containing surgical equipment and two cases containing anesthesia equipment. The head of the patient is near the entrance of the OR.



---

**EQUIPMENT RELATED TO ANESTHESIA IN OR 1+2:**

- 1 x Suction
- 1 x WarmTouch (OR1) (patient warmer)
- 1x Bairhugger (OR2, patient warmer)
- 1 x Light suction unit (LSU)
- 1 x Braun (infusion pump) and 2 x Braun (syringe pump)
- 1 x MEQU blood warmer
- 1 x Tempus monitor
- 2 x Anesthesia Cases

**EQUIPMENT RELATED TO SURGICAL PROCEDURES IN OR 1+2:**

- 1 x Surgical Bed
- 1 x Surgical Table
- 1 x CONMED (Diathermy Machine)
- 2 x Waste Bins
- 5 x Surgical Cases

---

#### **4. ABILITIES OF MODULE**

The Surgical Module can perform surgery on two critically injured patients simultaneously with the available personnel and equipment. The Surgical Module has the capacity to treat at least ten critically injured patients requiring DCS without resupply. The Surgical Module is also equipped to treat other surgical emergencies (e.g. appendicitis, abscess debridement).

The OR area contains a sterilization unit, and all surgical instruments can be sterilized on site.

The Surgical Module can respond to MASCAL incidents (SOP G-05 MASCAL). The allocation of personnel resources in a MASCAL situation from the Surgical Module is coordinated by the SMO.

---

## **5. DESCRIPTION OF PROCEDURES**

The team leaders of the surgical teams coordinate medical treatment in the Surgical Module, in cooperation with the SMO. The team leaders are responsible of daily maintenance testing and readiness of medical equipment and supplies. Cleaning is done by a civilian contractor (OSS).

### **Daily and weekly maintenance of the Surgical Module:**

Surgical readiness and daily/weekly maintenance is coordinated by the team leaders. The surgical teams are responsible for daily checks of equipment on their days in call. Daily surface cleaning (OSS)

- Floor cleaning every third day (OSS)
- Daily check of medical equipment (**Annex 6 and 7**)
- Daily check of consumables and restocking
- Daily emptying of waste containers (OSS)
- Daily check of water supply and water quality (OSS)

Disposal of the dangerous and contaminated materials are performed according to SOP for handling of hazardous waste (SOP LM-03 Waste Management) by OSS.

### **Preparation of the Surgical Module following surgery:**

- OSS (cleaning)
- OR Nurse 2 (cleaning of used equipment)
- OR Nurse 1 (when returning from ICU; equipment restocking)
- Anesthesiology 2 and 3 (when returning from the ICU; equipment and medicine restocking)

### **Transfer of patient following surgery:**

Patient is transferred to ICU for postoperative care after surgery:

- Anesthesiology 1
- Anesthesiology 2
- (Anesthesiology 3)
- OR Nurse 1

---

### **Medical Documentation**

Treatment and drug given and patient physiology monitoring data are recorded in paper forms:

- Anesthesia record (Anesthesiology 1)
- Surgical treatment record (Team leader)

### **6. MISCELLANEOUS**

#### **CONDUCT AND DRESS CODE IN THE OR**

All personnel must wear surgical hats and protective covers over shoes/boots or indoor hospital shoes at all times in the OR. Traffic in and out of the OR is limited during surgery.

### **ANNEX 1: Surgical equipment and materials in the OR**

<b>Case</b>	<b>Drawer</b>	<b>Item</b>	<b>Quantity</b>
-------------	---------------	-------------	-----------------

0	0	Transportation case	5
0	0	Box, shipping	2
1	1	Gloves surgical indicator, sterile, Biogel 6,5	2
1	1	Glove surgical, indicator, sterile, Biogel, 7.0	2
1	1	Glove surgical, indicator, sterile, Biogel, 7.5	4
1	1	Glove surgical, indicator, sterile, Biogel, 8.0	4
1	1	Glove surgical, indicator, sterile, Biogel 8,5	2
1	1	Gloves, surgical sterile 6,5	2
1	1	Gloves, surgical sterile 6,5	2
1	1	Gloves, surgical sterile 7	4
1	1	Gloves, surgical sterile 7,5	4
1	1	Gloves, surgical sterile 8	4
1	2	Safety glasses, protection eyewear, clear lenses	8
1	2	Cap, operating, surgical	16
1	2	Facemask	1
1	2	Gown, operating, Ultimate barrier	6
1	3	Apron, unsterile	1
1	3	Shoe covers	16
1	3	Glove, examination, non-sterile, nitrile, long sleeve, L	1
1	3	Glove, examination, non-sterile, nitrile, long sleeve, M	1
1	3	Glove, examination, non-sterile, nitrile, long sleeve, XL	1
1	3	Surgical brush	10
1	4	Scrub suit, pants, size L	4
1	4	Scrub suit, pants, size XL	4
1	4	Scrub suit, jackets, size L	4
1	4	Scrub suit, jackets, size XL	4
1	5	Blade, surgical clipper, single use, sterile, 3M	2
1	5	Surgical clipper	1
1	5	Charger for surgical clipper	1
1	5	Operating Theater Journal	5
1	5	Scissor, clothes, 24 cm robust	2
1	5	Paperfolder A4	1

2	1	Arm sleeve, sterile	2
2	1	Mayo stand cover, single use, sterile	2
2	1	OP-tape,sterile, 100mm x 500mm	4
2	1	Drape, surgical, sterile, single use 75 cm x 75cm	4
2	1	Drape, surgical, sterile, 150cm x 240cm	2
2	1	Steri-drape irrigation Pouch 50 x 55cm (3M)	2
2	1	U-drape, surgical, sterile	2
2	2	Bacterial filter for the surgical smoke evacuation device	2
2	2	Corrugated drainage	2
2	2	Pencil, electrosurgical, smoke evacuation, Gold-Vac Conmed 2450	2
2	2	Electrode, blades for electrosurgical pencil, 15 cm, ConMed 2450	2
2	2	Electrode, blades for electrosurgical pencil, 5 cm, ConMed 2450	2
2	2	Return electrode, ConMed 2450	2
2	3	Procedure set, surgical	2
2	3	Suture-set	2
2	4	Catheter, suprapubis ch 15 w/trocar	1
2	4	Chlorhexidine 1mg/ml - 125 ml	1
2	4	Bag, urine collection	2
2	4	Catheterization set	2
2	4	Syringe, sterile, singel use, 10 ml	2
2	4	Sterile water 10 x10 ml- 125 ml	2
2	4	Urinebag w/volume chamber	2
2	4	Xylocain gel 2 %	4
2	5	Exploration gel, tube, 250 ml	1
2	5	Basin, emesis, single use 200-240 ml	2
2	5	Rectal tube, CH 25	1
2	5	Syringe, irrigation 50 ml	4
2	5	Urinary catheter w/temperature sensor, CH 14	2
2	5	Urinary catheter w/temperature sensor, CH 8	2

2	6	Dispenser for hand-disinfection	1
2	6	Hydrogenperoxide, 6 % 100ml	1
2	6	Surgical hand-disinfection 500ml	1
2	6	Chlorhexidine 5mg/ml 250 ml	1
2	6	Spray bottle	1
2	6	Cleaning agent, Sterisol, 700 ml	1
3	1	Laparotomy pads,/sponge, x-ray detectable, 30 x 45cm (5pc)	20
3	1	Sponge nr 5, x-ray detectable	5
3	2	Lap pads/sponges, non-woven, x-ray detectable, 45 x 70 (1pc)	20
3	3	Oxygen tube, green	3
3	3	Heimlich valve, sterile	6
3	3	Chest tube (thoracic drainage catheter), CH 32	6
3	3	Bag, urine collection, 2000ml	6
3	3	Procedure set, thoracic drainage catheter	2
3	4	Vessel loop, 1,3mm x 45 cm, blue	5
3	4	Bone wax	5
3	4	Blade, surgical knife, detachable, nr 10	1
3	4	Blade, surgical knife, detachable, nr 11	1
3	4	Blade, surgical knife, detachable nr 15	1
3	4	Blade, surgical knife, detachable nr 20	1
3	4	Tachosil, Fibrin Sealant Patch, 9,5 x 4,8 cm	2
3	4	Floseal, Hemostatic Matrix, 5 ml	1
3	4	Vessel loop, 2mm x 45 cm, red	4
3	4	Surgical Marking pen	2
3	4	Scalpel disposale nr 10	10
3	4	Cotton tape, sterile	2
3	4	Suture, non-absorbable 2-0 , cutting edge needle(for skin)	1
3	4	Suture, non-absorbable 3-0, cutting edge needle (for skin)	1
3	4	Suture, non-abosorbable monofilament 1 , cutting edge needle	1
3	4	Suture, non-abosorbable 3-0, Double Taper Point needle (MH)	1
3	4	Suture, non-abosorbable 7, surgical steel	1

3	4	Suture, non-absorbable monofilament 5-0, double Cutting Edge Needles (v-5)	1
3	4	Suture, absorbable multifilament 0, Taper Point needle	1
3	4	Suture, absorbable monofilament loop 1	1
3	4	Suture, absorbable , multifilament 2-0, ligaPack ligating reel	1
3	4	Suture, absorbable multifilament 2-0, Taper Point needle	1
3	4	Suture, absorbable multifilament 3-0, ligaPack ligating reel	1
3	4	Suture, absorbable multifilament 3-0, Taper Point needle	1
3	4	Suture, non-absorbable monofilament 4-0, double Cutting Edge Needles (v-7)	1
3	4	Suture-boots	1
3	4	Y-graft 16 x 8 mm x 40cm	0
3	5	Clip applier, size medium	1
3	5	Scalpfix	1
3	5	GIA 80(autosuture) Stapler with DST Series Technology (80-3,8)	2
3	5	TA 90 (autosuture) Stapler with DST Series Technology (90-4,8)	1
3	5	Stapler, surgical	2
3	5	Reload-magazines for GIA 80 (1 pack)	1
3	5	Reload-magazines for TA 90 (1 pack)	1
3	6	Chest drainage System box (double)	2
4	1	Dressing, absorbable, Klinion Exupad 30 X 20 cm, sterile	15
4	1	Dressing, absorbable, sterile, Klinion Exupad 10 X 20 cm	15
4	1	Dressing, surgical, absorbent, self-adhesive, Mepore 9 x 10 cm	5
4	1	Dressing, surgical, absorbent, self-adhesive, Mepore 9 x 20 cm	5
4	1	Dressing, surgical, absorbent, self-adhesive, Mepore 6 x 7 cm	5
4	1	Dressing, surgical, absorbent, self-adhesive, Mepore 9 x 15 cm	5
4	1	Dressing, surgical, absorbent, self-adhesive, Mepore 9 x 30 cm	5
4	1	Bandage, compression, Coban 10 cm x 4,5 cm	4
4	1	S-Rolled Gauze	8
4	1	Oinment Compress, vaseline, Klinitulle 10 x 30 cm	10



4	1	Compress, surgical, 10X10 cm sterile, absorb.gauze, 10X10 cm	4
4	1	Bandaid	5
4	1	Steri Strips Skin Closures 12 x 100mm	2
4	1	Steri Strips Skin Closures 6 x 75 mm	2
4	1	Tape Micropore surgical 25 mm	2
4	1	Silk-like surgical tape 50 mm	1
4	2	Bandage, elastic, 120MM wide,ca 5 m long, klinifix hydrolast	6
4	2	Orthopaedic Padding, 15 cm	6
4	2	Paraffin gauze Dressing, Jelonet 15cm x 2m	4
4	2	Orthopaedic Cast, 15 cm x 2 m rolls	8
4	2	Esmark Elastisc Compression bandage, unsterile (Martinsbind)	2
4	2	Elastic Compression bandage, Klinigrip, 120mm	6
4	2	Fixation tape roll, self-adhesive, Mefix, 20cm x 10m	1
4	2	Vaseline tube, 20gr	2
4	2	Preoperative disinfection set, small	2
4	3	Procedure-set, Laparotomy	2
4	4	Wound drainage set CH 18 w/trocar (exudrain), sterile	4
4	4	Steridrape, VacPack, 90 x 60	4
4	5	Tourniquet	2
4	5	Tourniquet, Pneumatic,Delfi	2
5	1	Patient blanket, 130 x 190 cm, single use	2
5	1	Blanket, lower-body, Warm Touch	2
5	1	Blanket, upper-body, Warm Touch	2
5	2	Disposable Fluid Collection Bag for Medela Suction Pump	8
5	3	Underpad for Beds	8
5	3	Floor Mat, absorbable	2
5	3	Foam Padding for patient positioning	2
5	4	Plastic , protective, blue	1
5	4	Plastic bags, transparent	1
5	4	Duct Tape	1
5	4	Garbage bags, Yellow, 44 L	1

5	4	Garbage bags, black	1
5	5	Disinfection swabs for floor, Antibac	2
5	5	Bottle for Perasafte, 1 l	1
5	5	Bottle for Virkon, 1 l	1
5	5	Cleaning agent for surgical instruments, Korsolex plus 2 L	1
5	5	Disinfection surface swabs, Antibac 75 %	2
5	5	Disinfection agent, Bag in box, Antibac, 700 ml	2
5	5	Surface disinfection agent, 70 %, Desytol	1
5	5	Dispenser automatic, 700ml Bag in box, antibac	2
5	5	Perasafe powder pack	1
5	5	Virkon tablets	3
5	6	Container, surgical instruments for DCS	2
5	6	Container, surgical instruments for Ex-fix	1
6		Tabletop for assistant-table, foldable, suitable for shipping box	6
6		Stand for assistant-table, foldable, suitable for shipping box	6
7		Stand for electromedical equipment, foldable, suitable for shipping box	4
7		Stand for i.v fluids, foldable, suitable for shipping box	4

---

# Vedlegg 8 SOP 08 Capability and function

NATO/RESOLUTE SUPPORT UNCLASSIFIED

<b>Unit:</b>	<b>HKIA MN ROLE 2 MTF</b>				
<b>Module:</b>	<b>CAPABILITY AND FUNCTION</b>				
<b>SOP number:</b>	<b>08</b>	<b>Last update:</b>	<b>15.09.20</b>	<b>Next update:</b>	<b>04/21</b>
Approved by: LTCOL Terje S Wadahl \ LTCOL Jonas Rydinge					

## References:

**STANAG 2552 GUIDELINES FOR A MULTINATIONAL MEDICAL UNIT – AMEDP  
9 ED A V1**

**STANAG 6506 MODULAR APPROACH FOR MULTINATIONAL MEDICAL  
TREATMENT FACILITIES (MTF) – AMEDP 9.1**

**STANAG 2228 ALLIED JOINT DOCTRINE FOR MEDICAL SUPPORT – AJP 4.10**

**STANAG 2879 MEDICAL ASPECTS IN THE MANAGEMENT OF A MAJOR  
INCIDENT/MASS CASUALTY SITUATION – AMEDP 1-10**

**AMEDP-9.3 CREDENTIALING FOR NATO HEALTHCARE PROFESSIONALS  
ASSIGNED TO ROLE 2/3 MULTINATIONAL MEDICAL UNITS – A V1 (DRAFT)**

Joint Trauma System. Clinical Practice Guidelines. Available from: [https://jts.amedd.army.mil/index.cfm/PI\\_CPGs/cpgs](https://jts.amedd.army.mil/index.cfm/PI_CPGs/cpgs).

American College of Surgeons. ATLS Advanced Trauma Life Support 10<sup>th</sup> ed. Chicago; 2018.

Boffard KD, editor. Manual of Definitive Surgical Trauma Care. Florida: CRC Press; 2015.

**SUBJECT**

---

## **Capability and function of ROLE 2**

### **1. PURPOSE:**

Provide an overview of HKIA Multinational (MN) ROLE 2 Medical Treatment Facility (MTF).

### **2. APPLICABILITY/RESPONSIBILITY:**

All personnel assigned to HKIA MN ROLE 2 MTF.

### **3. R2B MISSION STATEMENT:**

Support the NATO Resolute Support Mission (RSM) with medical services. This includes damage control resuscitation and surgery.

### **4. COMMAND & CONTROL**

#### **4.1 OPERATIONAL COMMAND**

Full command of the National Medical Contingents (NMC) remain with national authorities. Operational Command (OPCOM) and Operational Control (OPCON) resides with the commander of RSM.

#### **4.2 TACTICAL COMMAND**

Tactical Control (TACON) of HKIA MN ROLE 2 MTF will be exercised by the CO.

#### **4.3 LOCAL ADMINISTRATIVE SUPPORT**

Local administrative support of NMC personnel will remain under national arrangements, if not otherwise specified.

---

## **5. PERSONNEL**

- HKIA ROLE 2 is a multinational Medical Treatment Facility. Norway is the Lead Nation (LN) from April 1. 2020 to October 1. 2021
- Several contributing nations (CN) contribute with personnel and modules, including Australia, Romania, Albania, Czech Republic and Estonia.

## **6. CLINICAL STANDARD**

As Lead Nation, Norway is responsible for maintaining an acceptable clinical standard. This is mitigated by deploying an experienced clinician as Senior Medical Officer and by credentialing the medical personnel.

### **6.1. CREDENTIALING REQUIREMENT**

Personnel deployed to HKIA MN ROLE 2 MTF must provide a Certificate of Current Professional Status (CCPS) (also known as a Letter of Good Standing) or similar from their Health Authority or Surgeon General. For Norwegian personnel, a printout from the Norwegian Directorate of Health (Helsepersonellregisteret) is sufficient.

## **7. CAPABILITIES AND LIMITATIONS:**

- Provide medical care for COVID-19 positive patients, including oxygen treatment and intensive care/respiratory support.
- Isolate COVID-19 patients to protect the base population.
- Provide damage control resuscitation and surgery.
- Provide emergency medical services for CAMP HKIA.
- Treat casualties of CBRNE incidents after decontamination.
- Provide emergency decontamination for CBRNE victims.

- 
- Support ROLE 1s at CAMP HKIA.
  - Assess, triage and treat casualties including allied soldiers, civilians and enemy prisoners of war in accordance with the Geneva conventions.

## **8. CLINICAL GUIDELINES AND PROSEDURES**

The HKIA MN R2 MTF uses the Joint Trauma System Clinical Practice Guidelines.

Surgical procedures are described in the Advanced Trauma Life Support (ATLS) student course manual and in the manual of Definitive Surgical Trauma Care (DSTC).

References are cited above. Other medical/surgical procedures are developed and kept at HKIA ROLE 2.

## **9. ROLE 2 MODULES:**

The HKIA MN ROLE 2 MTF consists of seven core modules in accordance with NATO doctrine (AJP 4.10 C):

1. Emergency Area
2. Surgery
3. Specified diagnostic (X-ray, laboratory)
4. Patient holding (ward)
5. Post-operative, high dependency Intensive Care Unit (ICU)
6. Command, Control, Communication, Computer and Information (C4I)
7. Medical Supply

In addition, the HKIA MN ROLE 2 MTF has several enhancing and complementary modules including:

1. Dental

- 
2. Ward
  3. Mortuary
  4. Pharmacy
  5. Lab

These are remnants of HKIA R2E, and may not be continued if they are withdrawn by the contributing nation.

## **10. MASCAL**

Mass casualty situations occur when the number of casualties exceeds the available medical resources. The Senior Medical Officer initiates the MASCAL plan, and is responsible for triage and allocation of available resources in accordance with the SOP 09 MASCAL PLAN.

---

# Vedlegg 9 SOP 09 Mascal

NATO/RESOLUTE SUPPORT UNCLASSIFIED

<b>Unit:</b>	HKIA R2B				
<b>Module:</b>	SOP MASCAL				
<b>SOP number:</b>	09	<b>Last update:</b>	23.02.2021	<b>Next update:</b>	04/2021
<b>Approved by</b>	CMDR 1st Gr. Stian Skramstad/Lt.Col. Terje S Wadahl				

## CONTENT:

13. PURPOSE
14. COMMAND, CONTROL AND SECURITY
15. DESIGNATED MASCAL AREAS
16. ROLE 2 MASCAL PREPARATION
17. TRIAGE AND PATIENT FLOWANNEX A: FLOW CHART TRIAGE
18. ANNEX B: CONTROLLED DRUGS
19. ANNEX C: MASCAL EQUIPMENT

## **REF:**

1. SOP 14 DOCUMENTATION AND TRACKING
2. SOP 13 POST MORTEM CARE
3. SOP 15 PATIENT MOVEMENT
4. SOP 18 PATHOLOGY:ANNEX E (WALKING BLOOD BANK)

## PURPOSE

To establish a guideline for the Role 2 Medical Treatment Facility (MTF) response to a Mass Casualty (MASCAL) event. The Role 2 MTF will use the same procedure in the event of a



---

Major Incident Response. The MASCAL plan provides efficient regulation of patient flow within the Role 2 MTF in the event of a MASCAL/Major Incident.

## **COMMAND, CONTROL AND SECURITY**

### Responsibilities and applicability:

The Commanding Officer (CO) is responsible for the MASCAL plan. The Senior Medical Officer (SMO) has overall medical responsibility in a MASCAL situation. The MASCAL plan is applicable to all personnel in the Role 2 MTF and other personnel reporting to the Role 2 to provide additional support. If the CO/SMO is incapacitated, the Executive Officer (XO)/NOR Orthopedic Surgeon will assume Command responsibility of the MASCAL plan.

### Criteria for MASCAL:

A MASCAL is declared by the SMO or CO, when the Role 2 MTF's resources (e.g. personnel and equipment) are overwhelmed by the number and/or severity of casualties. With two surgical teams present at the Role 2 MTF, a MASCAL could be declared if more than two Triage category 1 (T1) patients are expected or received at the Role 2 MTF.

### Staff and Essential Personnel Recall:

The on duty Emergency Department (ED) Nurse notifies all personnel via the Official WhatsApp group.

Key personnel, including the SMO, CO, XO, Senior Nurse Officer (SNO), KAIA Air North Operations Centre Liaison Officer (KANOC LNO), Triage Officer (TO), Resuscitation Team (RT) Leaders, Surgical Team (ST) Leaders, Evacuation Medics, NOR 1.Sergeant (NOR 1.SGT) and US ROLE 1 are notified by text message on cell phone (Roshan), pager and BIG VOICE. All personnel are to report to the ED as soon as possible in the event of a Major Incident or MASCAL. Directions provided by the big voice are to be followed in the first instance.

### Nominal Roll:

All personnel will sign the nominal roll on the wall at the entry to the ED as they arrive. The Evacuation Medics and the Ambulance Driver are to report to the Medic Team Leader (TL) in ED. NOR S1 is responsible for overseeing registration on the wall. Missing essential

---

personnel will be called by front desk in cooperation with NOR S1 or collected by a runner provided by the First Sergeant.

KANOC:

The KANOC LNO will report to the KANOC and will maintain communication with the Role 2 via radio and direct line telephone to provide situational awareness of the incident. The KANOC LNO will request International Military Police (IMP) presence, to ensure patients are free of weapons upon entry to the Role 2, and to provide internal security as required. The KANOC LNO will also request the Quick Reaction Force (QRF) provide Guardian Angels (GA) and external security when required. The KANOC LNO will maintain communication with the Evacuation Medics via radio. The KANOC LNO can coordinate translators as required. Translators can also be contacted via the Emergency phone list in ED.

Communication:

Key personnel (CO/XO, SMO/SNO, US ROLE 1, Head nurse ICU) will if possible be equipped with ICOM for internal communication. The ICOM radios are located at the ED front desk and will be distributed by the duty nurse in ED.

Patient Evacuation:

An Evacuation Officer is to be designated (Australian Dentist) to initiate patient evacuation procedures from the Role 2 ED office. They are to contact the Patient Evacuation Coordination Centre (PECC) via NIPR to declare a MASCAL situation or major incident. This will allow the PECC time to prepare and allocate air assets to support casualty evacuation from the HKIA Role 2 MTF. The Team Leaders are responsible for developing a patient treatment plan and must communicate this plan with SMO. The SMO shall have oversight of all patients in the facility that require surgical intervention and/or evacuation and will triage those needs accordingly. The CO, XO and the Evacuation Officer will collect information about all patients that will likely require evacuation. The SMO will contact the Director of Clinical Service (DCCS) at Bagram (BAF) as soon as possible to provide a SITREP and complete the doc-to-doc hand over. The XO will collect information for each MIST report and the Evacuation Officer will type and submit 9-liners via J-Chat. This will initiate the authority to launch air assets for MEDEVAC.

---

Security:

In the event of Indirect Fire (IDF) or a ground attack, follow the instructions provided by the Big Voice. Everybody must report over “What’s App” or in person to their designated Senior Officer/Chain of Command. Before it is declared over the Big Voice “Key and Essential” nobody is allowed to move outside. The NOR 1. sergeant is responsible for the internal security of the MTF. The QRF has a designated team to protect the hospital in event of ground attack. Personnel with work tasks outside the MTF during MASCAL should wear full body armor.

---

## **DESIGNATED MASCAL AREAS**

### **Casualty Collection Point (CCP):**

The QRF is responsible for setting up a CCP at the site of the incident. QRF are able to treat casualties according to the Care under Fire (CUF) and Tactical Combat Casualty Care (TCCC) principles. The on-scene leader of the QRF will report the number of casualties to the KANOC as soon as possible. The KANOC LNO will report casualty numbers to the role 2 via radio or phone. The KANOC is responsible for communicating by radio or Big Voice to the Medics attached to the Role 2 when it is safe to approach the CCP. On arriving to the CCP the Medic TL is responsible for taking the lead of the CCP.

### **Blast bay:**

IMP are responsible for clearing all patients of weapons, ammunition and other dangerous goods in the blast bays. The blast bay may be bypassed if the patient is a NATO service member category T1 or if the patient has been cleared by the IMP at the scene. It is ABSOLUTELY forbidden for medical personnel to approach patients in the blast bay before being cleared by IMPs.

### **MASCAL Stations:**

All personnel are to report to their predefined MASCAL stations, after signing the nominal roll. An updated overview of the current Resuscitation Teams (RT) and stations will be provided by the SNO. Resuscitation Team (RT) Leaders and Surgical Teams (ST) Leaders are to report to the SMO as soon as the team is ready to receive patients. Unassigned personnel reporting to the MTF will await assignment outside the ED entrance. The NOR 1.Sgt and SNO will coordinate and task unassigned personnel outside the ED.

---

Triage area:

The Primary Triage Point is at the ambulance bay outside ED. The Triage Officer (TO) will be located at this point. At this location, there are primary T1 and T2 areas used for patients waiting to be triaged by the TO. The T3 patient waiting area is in the tent outside ED and is for patients waiting to be accompanied to the Ward by US Role 1 staff or transferred there by medics assigned by the First Sergeant, who is in charge of the triage area (Refer to Annex A)

T1 area – TRAUMA BAY 1-4:

Patients triaged as T1 will be routed to BAY 1-4 assigned by SMO.

T2 area – CORRIDOR BEHIND ED:

Patients triaged as T2 will be routed directly to corridor behind ED by SMO.

T3/T4 area – WARD:

The T3 area is located in the WARD. T3 patients and T4- EXPECTANT are transported by medics on the order of the NOR first Sergeant to WARD. Only exception is in case of insider attack, in which case T3/T4 area will be in the tent in front of ED.

DECEASED:

DECEASED patients, are moved to the COVID TEST tent outside ED. DECEASED patients will have a designated armed guard outside the tent (PRT QRF). This role will be filled with 1 or 2 persons from base PRT QRF. DECEASED patients will later be transported to MORGUE.

MEDEVAC Waiting area:

The triage area outside ED may be utilized as a waiting area before MEDEVAC. In case of cold weather, the corridor outside the LAB will be used.

**ROLE 2 MASCAL PREPARATION**

---

Roles and Responsibilities in preparing the Role 2 MTF for a MASCAL situation:

- Surgical team:
  - Anesthesia Nurse: Is responsible for collecting MASCAL Medications packs at the fridge and safe in OR and distributing to the required teams/personnel
    - i. Resuscitation Teams
    - ii. Ward and US Role 1
  - The Anesthesia Nurse is also responsible for transporting the ambulant Airway equipment to ED
  - Surgical Team Scrub Nurse:
    - i. Is responsible for transporting the intervention trollies to ED in order to conduct Surgical Interventions.
    - ii. One designated OR nurse will check the OR and make sure the temperature is approximately 29° C and that the OR is ready for Damage Control Surgery (DCS). In the initial phase of the MASCAL, both ORs are closed.
  
- NOR 1.Sgt and designated NCO from LOG: Is responsible for ensuring the triage and ED areas are clean. Is to bring the MASCAL towers to the triage area. Must ensure adequate drinking water is available and will coordinate OSS garbage removal. NOR 1.Sgt is responsible for designating personnel for initial military security, and together with SNO coordination and assigning additional personnel.
- SNO: Will assist the NOR 1.Sgt with the above tasks as well as Reallocate personnel if needed. Responsible for communicating with T3/T4 area and account of patients located in this area. Reports back to XO/SMO via ICOM.
- SMO: Establish situation awareness. The SMO will decide if and when to open the first OR and prioritizes the order of surgical cases. SMO will also initiate WBB (Walking blood bank) if needed.
- Lab: Will prepare blood products for mass transfusion protocols and will record blood stock is accurately recorded on the ED Whiteboard. Will coordinate blood-supply together with Designated WBB nurse.
- Designated WBB nurse: Will establish WBB together with lab and designated WBB medics. Also responsible for coordination of donors and blood drawers/2 medics.(at

---

present time (Jan 25<sup>th</sup> 2021-march 30<sup>th</sup> 2021, 3 UK medics who until needed in WBB will be functioning as runners for BAY 2, 3 and 4)

- ED NURSE:
  - Will ensure PPE donning and doffing areas are equipped.
  - Aiding deployment of MASCAL TOWERS.
  - Transporte portable Oxygen to the triage area.
  - Bring ICOM radios to the front desk in ED
  - Put PPE boxes in front of front desk
- X-ray: Will prepare all available X-ray machines.
- PAD: Personnel from PAD will man 1 X-ray machine.
- Resuscitation Teams: A resuscitation team consists minimum of one anesthesia provider (nurse or physician), one physician (general surgeon, orthopedic surgeon or ER physician), two nurses (ER, OR or ICU) and a Medic. The most experienced Teams are allocated at the Trauma Bay 1 and Trauma Bay 2. Incomplete Resuscitation teams will be used to reinforce other Teams or will be allocated to other work tasks coordinated by the SNO/SMO.
  - Surgical Teams: Incorporated in Bay 1 and 2.
- TO: The Triage Officer prepares to begin Triage, will primarily work with NOR 1<sup>st</sup> sgt. Outside ED till all patients are triaged area.
- ICU: Prepare the ICU to receive patients. Support other modules to prepare. ICU nurses should be prepared to aid the BAY 3 and 4 if needed.
- Pharmacy: Stays primarily in pharmacy ready to provide additional medications when needed.
- US Role 1 MTF: Report to ED to collect ICOM, patient folders and drug packs, thereafter report to DNT3 nurse in WARD or Tent outside ED.

#### Ward:

The ward is equipped with a MASCAL kit containing equipment needed to care for a large number of patients (Refer to Annex C). MASCAL kit will also be located in front of ED in case of ground attack.

---

### PPE:

All personnel both inside and outside of the ROLE 2 are required to wear full Personal Protective Equipment (PPE) including N95 face masks to protect against COVID as standard in a MASCAL situation, variation from this is only on order from SMO. PPE is stored in prepacked kits together with a selection of face masks and gloves in container placed by front desk in ED. Additional prepacked kits will be located at work stations. PPE for personnel with work tasks outside the MTF have PPE stored at the right side of ED entrance. Donning is done at the workstation. Doffing is done in aisle behind ED or outside ED in designated areas on both side of front door. During a MASCAL situation, the normal boundaries between clean and dirty zones inside the hospital, do not exist.

### Supply of Controlled Drugs:

In a MASCAL situation, all Resuscitation Bays, the Ward, the US Role 1 and Evacuation Medics are equipped with opioids in pre-packed MASCAL boxes.

- The pre-appointed nurse anesthetist will distribute these medications. (Refer to Annex B).

### The Walking Blood Bank (WBB):

The SMO will activate the WBB when appropriate. The lab scientist coordinates all blood bank procedures. Warm whole blood units are collected in the “CT-room”/WBB room in accordance with the Pathology lab / WBB SOP.

## **TRIAGE AND PATIENT FLOW**

### Triage:

Patients are usually transported to the Role 2 via ambulance with a Medic escort. However, during a MASCAL event, casualties may be transported via vehicle with no medical escort (CASEVAC).

Medics will have performed primary triage at the CCP before transport to the Role 2. Re-triage is done at the Primary Triage Point by the Triage Officer (TO) with assistance provided by the NOR 1.Sgt. If the Primary Triage Point is occupied, the patients are kept waiting in the T1, T2 or T3 area according to the Triage category allocated at the CCP. In situations where



---

large numbers of patients arrive at the Role 2 without previously being triaged at the CCP, the NOR 1.Sgt will allocate a Medic for initial Triage. The TO, supported by the NOR 1.Sgt will perform triage and will document the MIST report.

Triage categories (ANNEX D):

- **Triage category 1 (T1)** patients will, if possible, be taken immediately to the resuscitation bay in the ED for initial assessment and resuscitation. If the patient is a NATO service member and triaged to category T1, the patient may be taken directly to the Primary Triage Point without being cleared at the blast bay. The patient should be quickly cleared by the IMPs and patient data will be documented on the whiteboard facing front desk.
  - Scribe: Dental assistant.
- **Triage category 2 (T2)** patients will be taken to the T2 area in the ED for initial assessment. If the ED is at full capacity, the T2 patients will be kept waiting in the T2 area in the hallway behind ED with Estonian ROLE 1 doctor and DNT2 nurse. Patient data and essential vital signs will be documented on the whiteboard facing front desk.
  - Scribe: Dental assistant.Estonian ROLE 1 doctor and DNT2 (Designated Nurse T2) – will be responsible for organizing evaluation of T2 patients, and notify SMO/TO/SNO if change in triage status.
- **Triage category 3 (T3)** patients will be taken to the WARD or tent outside ED depending on threat for observation and treatment. T3 patients will be held at the T3 area in the Ambulance bay until escorted to the WARD or tent by designated escort assigned by the 1<sup>st</sup> Sergeant. In case of overload at the Triage area outside ED, patients triaged at the CCP as T3 can be transported directly to the WARD or tent. If patients need to be re-triaged due to alterations in physiology, the SMO/TO/SNO are notified. The US Role 1 will fill out the trauma journal and keep track of patients for medical records. US Role 1/WARD personnel (DNT3 -Designated Nurse T3) is expected to finish treatment in the WARD. Patients triaged as T3 and patients triaged as T4-expectant must be designated to separate rooms in WARD.

- 
- **Triage category 4** (T4 EXPECTANT or “BLACK”) patients will be placed in WARD area and receive care by a designated nurse (DNT4), supervised by the US ROLE 1. T4 patients can be upgraded to T1 and moved to the internal triage coordinated by the SMO/TO. Patients triaged as T3 and patients triaged as T4-expectant must be designated to separate rooms in WARD.
  - **Triage Category 5 (T5 Deceased)** patients in the ED or outside in triage area are moved to the COVID Test Tent for later transport to the morgue, in accordance with SOP 13 POST MORTEM CARE. Deceased patients in the ward will remain in the ward until the MASCAL situation has resolved. The PRT QRF will provide military guard outside COVID test tent if possible during an event.

---

### Documentation and Patient Tracking:

- All patients are allocated a geographic name/unique patient identifier upon arrival at the SMO triage point. All forms are labeled with this name and accompany the patient throughout their episode of care. Patient location is registered and tracked on a white-board as described in SOP 14

Documentation and Tracking. After each wave of patients, the information on the whiteboard must be reconfirmed by the AUS dental assistant and SMO. No patient is to be moved from SMO triage before they have been registered on the whiteboard. All patients moved into the ED must have a patient folder. This information must be communicated to the KANOC LNO to confirm patient numbers within the Role 2 MTF.

- T1/T2 patients will be provided patient folders with unique patient identifier upon arrival inside ED
- T3/T4 patients will be provided patient folders by US ROLE 1 in the WARD.
- All triaged patients entering the hospital will be counted on the whiteboard to keep track of all patients. SNO will be responsible for gathering T3/T4 patient status to update the whiteboard, while SMO/dental assistant will keep track of T1/T2 patients.

### Evacuation to other Medical Treatment Facilities:

The SMO prioritizes the order and urgency of patient evacuation. The SMO and Evacuation Officer collect medical information from the TLs and produce the Patient Movement Requests (PMRs) or 9-liners. The 9-Liners are submitted via J-Chat and the PMRs are sent to PECC via email. This will initiate patient evacuation assets. If possible the treating TL or SMO is to conduct the Doc-to-Doc handover with the destination medical treatment facility. In the event of a high volume of patients, the SMO can initiate the MEDEVAC/CASEVAC of patients via alternative routes that bypass the Role 2 MTF.

Upon patient arrival at the respective trauma bays, each team leader is responsible for immediately filling the MIST form to be used for 9-liner in case of medevac.

### Roles and Responsibilities in providing patient care at the Role 2 MTF:

- QRF: Is responsible for securing the incident site area and establishing a CCP. The QRF may start evacuating the casualties to the Role 2 before Medics

---

arrive if feasible. Will also provide 1 or 2 guards outside COVID test tent in case of deceased if feasible.

- **Role 2 Command:** The CO and XO in cooperation with the LNO at KANOC is in charge of all external communication and logistics, including the coordination of evacuation and patient transport.
- **Triage Officer (TO):** The TO will triage at the primary triage point outside the ED entrance supported by the German ROLE 1 assistant, The First Sergeant, designated NCO LOG and NOR S1. The TO performs the initial triage into T1 – T4 outside the ED based on patient physiology and available resources. The TO should, if possible, give the SMO a report through the doors of the ED. The SMO decides if the patient should wait outside or be transported in to hospital. If the Role 2 ED reaches capacity, the SMO may decide to request MEDEVAC/CASEVAC prior to initiating Advanced Trauma Life Support (ATLS) resuscitation. In that case, the NOR S1 must support the XO/EO to facilitate patient documentation for MEDEVAC/CASEVAC. Patients are marked according to triage category using color-coded triage tags (wrist bracelets).
- **SMO:** The SMO is in charge of re-triage in the ED. The SMO will prioritize and direct patients to a designated Trauma Bay. If possible the SMO will be accompanied by the treating TL at the re-triage. The SMO retains medical command of the ED and is responsible for prioritizing patient treatment and evacuation.
- **Resuscitation Teams (RT):** Are defined based on available personnel at all times. The NOR S1/SMO keeps an updated log of teams. The updated team rosters are written on the whiteboard in the ED. The roster must be updated every time team members depart the area of operation. Four teams are responsible for receiving and treating the Immediate (T1) patients. Upon receiving a patient the RT will independently perform an initial assessment and Damage Control Resuscitation (DCR) according to ATLS principles. All teams are authorized to start transfusion with 2 units of Whole Blood (WB) or 2 units of packed Red Blood Cells (RBC) and 2 units of Fresh Frozen Plasma (FFP). If the patient requires resuscitation with more blood products, the SMO must be consulted. The TL will guide his team through Primary Survey, ATLS and

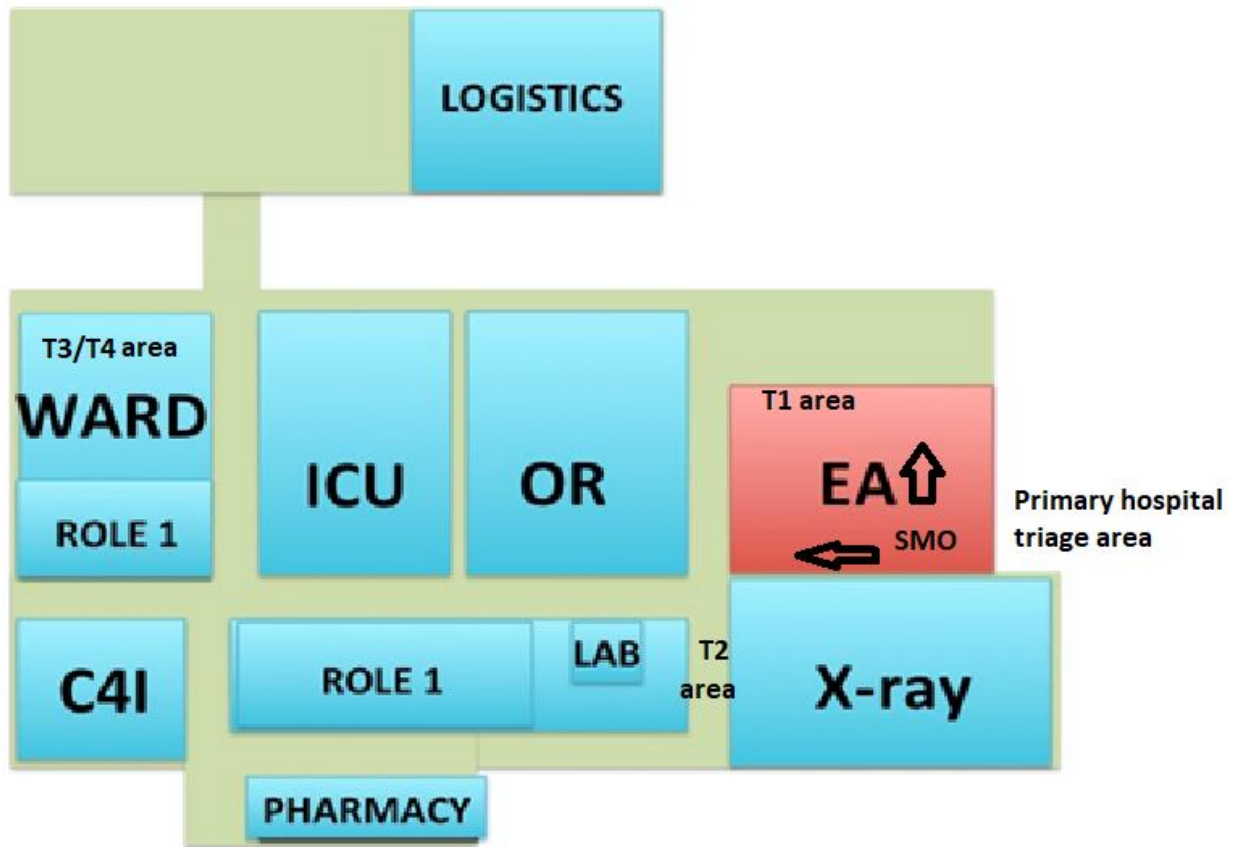
---

DCR, and thereafter contact the SMO for a further patient treatment plan (within 15 minutes). When contacting the SMO, the TL must know the name and the ID number of the patient and bring the MIST form. The RT scribe should complete the enclosed MIST forms during the Primary Survey. The TL is then to contact the corresponding unit OR, ICU, Ward or XO to inform of patient transfer and deliver MIST. If the patient is to be evacuated, the TL contacts the Evacuation Officer and XO at the front desk with a MIST and conducts a doc-to-doc call to BAF (or the relevant destination MTF). If needed, the TL contacts the Consultants for assistance during DCR. If the TL leaves the patient, another provider should be appointed responsible for the team. The team continues DCR, ATLS and Secondary Survey if necessary without the TL. The TL and, if required, other team members accompany the patient during transfer inside the Role 2, while the rest of the team is preparing and refurbishing the trauma bay. The team should not move the patient before the patient destination is communicated by the TL. The TL reports to the SMO when the team is ready to receive another patient.

- SNO: The SNO will assist the SMO and keep communication with OR, ICU and Ward personnel. The SNO will coordinate further preparation and restocking of the ED.
- OR Nursing Staff: OR Nurses will stand by in the ED to assist Consultants or Team Leaders with surgical interventions. OR nurses will be allocated to the OR on SMO direction.
- Lab: The Lab will analyze venous and arterial blood gases. Pre transfusion IV samples are to be collected if possible. The Lab is supported with a runner from log. Samples should if possible be delivered in tubes instead of samples. All samples should be accompanied by a page of patient labels. If the patient is moved to an alternate location within the Role 2, the AUS Dental Assistant should be consulted to determine the patient's location. Along with patient labels/patient details, the trauma bay number is to be provided to the lab.
- Log: Log personnel with no designated task will ready rickshaws and stretchers under the supervision from First Sergeant. Log staff will also act as runners to provide Lab samples, critical equipment and critical information within the Role 2.

- 
- ICU: All ICU personnel will remain in the ICU in preparation for further resuscitation and ICU admission. During the initial phase of a MASCAL event, ICU personnel may be used to support other modules as needed.
  - Ward: Ward personnel will partly be allocated to ED by the SNO.
  - US Role 1: The US Role 1 is responsible for registration and treatment of patients triaged as T3/T4. The SNO/SMO is responsible for allocating necessary additional personnel and other resources to WARD when needed.

**ANNEX A SOP 9**  
**FLOW CHART TRIAGE-**



---

## **ANNEX B SOP 9**

### **SUPPLY OF CONTROLLED DRUGS**

Each resuscitation bay will have the following drugs:

- Fentanyl 50 mcg/ml 10 ml x 1
- Ketamine 50 mg/ml 10 ml x 1
- Fentanyl 50 mcg/ml 10 ml x 1
- Succinylcholine 10 mg/ml 20 ml x 1
- Rocuronium 10 mg/ml 5 ml x 1
- Cefazolin 2 g
- Tetavax x 1
- Midazolam 1mg/ml 5 ml x 1
- Calciumchloride 1 mmol/ml 5 ml x 2
- Tranexamic acid 100 mg/ml 5 ml x 2
- Odansetron 2 mg/ml 2 ml x 1

Evacuation Medics:

- Ketamine 50 mg/ml, 10 ml x 2
- Fentanyl 0,05 mg/ml, 10 ml x 5
- Midazolam 1mg/ml, 5ml x 5
- Tranexamic acid 100 mg/ml, 5 ml x 6
- Odansetron 2mg/ml, 4 ml x 5

Ward and ER nurses are equipped with:

- Ketamine 50 mg/ml 10 ml x 1
- 10 x Oxynorm 10 mg/ml 1ml
- Ondensatron 2 mg/ml 2ml x 1

US Role 1/WARD is equipped with:



- 
- Ketamine 50 mg/ml 10 ml x 1
  - 10 x Oxynorm 10 mg/ml 1ml
  - Ondensatron 2 mg/ml 2ml x 1

---

## **ANNEX C SOP 9**

### **MASCAL Towers**

Are placed in the ED and WARD including equipment to be used only during MASCAL. ED responsible for restocking.

## **ANNEX D SOP 9**

### **MODIFIED REVISED TRAUMA SCORE**

## Modified Revised Trauma Score

Glasgow coma scale	Systolic Blood pressure	Resperatory Rate	Wounding	Priority
8-4	<50 Absent pulse	6-1	Massiv Wounding; proximal Turniquet	P1/Immediate
9-12	76-89 Palpable femoral pulse	>29; 6-9	Traumatic brain injurie; distal Turniquet	P2/Moderate
13-15	>89 Palpable femoral and radial pulse	10-29		P3/Delayed
3	~0	~0	Injuries that are incompatible with life	P4
Deceased				

**Comment to MRTS: In case of difficult assesment of SBP:**

**P1/T1: Abscent pulse (Radial&femoral) / Prox. Tourniquet / Massive bleeding**

**P2/T2: Palpable femoral pulse (Not radial)**

**P3/T3: Palpable radial and femoral pulse**

ANNEX E SOP 9

DNT2 (Designated nurse T2) – Ward nurse

DNT3 (Designated nurse T3) – Ward nurse

WBB nurse (Designated nurse from ED in charge of WBB)

ANNEX F SOP 9

[Team composition MASCAL](#) (O:\ROLE 2 HKIA\07 - ED\Team composition)

# Vedlegg 10 SOP 12 Training Plan



Norwegian Armed Forces  
Joint Medical Services  
HKIA MN ROLE 2 MTF

Unit:	HKIA MN R2 MTF	
SOP Training Plan NORWEGIAN		
SOP number: 12	Last update: 15.09.20	Next update: 04/21
Approved by LTCOL Jonas Rydinge/LTCOL Terje S Wadahl		

1. PERSONNEL QUALIFICATIONS
2. PRE-DEPLOYMENT TRAINING
3. ANNEX
4.
5.
6.

REFERENCES:
STANAG 2544 REQUIREMENTS FOR MILITARY ACUTE TRAUMA CARE TRAINING – AMEDP-8.12
Hoencamp et al 2014
ANNEXES
A: SURGICAL SKILL SET
B: MEDICAL EQUIPMENT EDUCATION

---

## 1. Personnel Qualifications

### Medical personnel:

- **Physicians:**
  - o Relevant specialty (e.g. anesthesia, general surgery, orthopedic surgery)
  - o Advanced Trauma Life Support (ATLS)
  - o Damage Control Surgery Course (e.g. DSTC, Norwegian War Surgery Course)
  - o Relevant clinical experience at minimum Level 2 trauma center at least 20 weeks annually.
- **Nurses:**
  - o Relevant specialization
  - o Damage Control Surgery Course for anesthesia and OR nurses.
- **Radiographer:**
  - o Relevant education
- **Bioengineer:**
  - o Relevant education
- **Dentist:**
  - o Relevant specialty and education

### The Command Cell:

- **Commanding Officer (CO)**
  - o Relevant officer training equivalent to war academy
  - o Relevant experience from similar positions
- **Executing Officer (XO)**
  - o Relevant officer training equivalent to war academy
  - o Relevant experience from similar positions
- **Senior Medical Officer (SMO)**
  - o Medical doctor with relevant clinical and military experience
  - o Relevant clinical specialty
  - o Officer Course
- **Senior Nursing Officer (SNO)**
  - o Registered nurse
  - o Military experience
  - o Relevant leadership experience
- **1<sup>st</sup> Sergeant**
  - o Relevant military education and experience
  - o Relevant experience from similar positions

---

### Auxiliary personnel

- **Logistics officer**
  - o Relevant officers training
  - o Relevant logistics experience
  
- **Logistics sergeant**
  - o Relevant military education
  - o Relevant logistics experience

## 2. Pre-deployment training:

All personnel must pass the Crises Establishment (CE) Course or similar training. This includes weapons training, CBRNE training, IED awareness etc.

All personnel must take part in the predeployment hospital field exercise. This exercise includes patient management during normal operations and MASCAL situations. CBRNE training includes decontamination of patients exposed to CBRNE agents (e.g. nerve agents, nuclear weapons).

All medical personnel must complete procedure training that consist of practical application of ATLS skills (in a team setting), Retrograde Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta (REBOA), review of current US Clinical Practice Guidelines (CPGs) and live tissue training (Annex A). Personnel responsible for managing the Walking Blood Bank must also pass the military transfusion course.

All medical personnel attend medical equipment lectures. They must demonstrate adequate knowledge to operate the equipment individually (Annex B).

## 3. Deployment training of the resuscitation teams:

At HKIA Role 2 resuscitation teams responsible for primary survey and treatment of casualties. The principles provide a systematic approach according to "Advanced trauma life support" (ATLS). The trauma team leader is in charge of and responsible for weekly tuition of the teams.

Twice a month a Mascal-exercise will be arranged, in accordance with SOP G05. CO Role 2 is responsible while SMO has the overall medical responsibility. The most senior physicians will facilitate, plan cases and assist SMO in the accomplishment of the exercise.

---

## **ANNEX A: Surgical skill list**

The following skill set is based on the 2014 article by Hoencamp et al. and adapted to fit the Norwegian R2B. Skill set is practiced during live tissue training.

### **Abdominal and vascular procedures**

Aortic cross-clamping during resuscitative laparotomy (thoracic or abdominal)  
Simple ligation of any major vessel tear  
Arterial injuries shunted/ligated + fasciotomy/coiling  
Venous injury ligation, shunt or repair  
Liver laceration packing  
Colonic perforation control  
Removal of solid organs (e.g., spleen and kidney)  
Bladder ruptures are catheterized and drained  
Pancreatic bed leaks are multiply drained  
Peritoneal soilage is copiously irrigated and contained  
Abdominal temporary closure techniques  
Visceral compartment syndrome treated with temporary vacuum packing  
Abdominal infection control using early appropriate antibiotics

### **Thoracic procedures**

Thoracic access methods including rapid emergency thoracotomy  
Closure of penetrating cardiac wounds  
Lung hemorrhage control  
En-masse lobectomy  
Pulmonary tractotomy  
Non-anatomically stapled lung resection  
En-masse closure of chest wall muscles  
Repair or drainage of intrathoracic esophageal injuries  
Temporary (patch) closure of thoracic wounds  
Thoracic infection control using early appropriate antibiotics

---

### **Orthopedic procedures**

Unstable pelvic ring fracture—pelvic binding or external fixation/pelvic packing

Junctional zone bleeding control

Articular fracture temporization with bridging external fixator

Rapid amputation decision-making and performance

Fracture reduction with approximate alignment

Soft-tissue damage—rapid primary debridement with physiological control

Contamination minimized by high volume fluid lavage

Compartment syndrome prevention—wide area fasciotomy of any compartment

Soft-tissue coverage temporary dressings

Management of burn patients, escharotomy and coverage techniques

Primary wound management with vacuum drainage packs

Femoral fracture control with rapid unilateral frame external fixation

Musculoskeletal infection control using early appropriate antibiotics

### **Head/neck and neurosurgery**

Surgical control of major head and neck vessels

Drainage of cervical esophageal injuries

Surgical airway management including tracheostomy

(Emergency intracranial decompression)\*

CNS superficial bone/metal fragment removal

CNS infection control using early appropriate antibiotic therapy

\*Based on team composition, available equipment and evacuation options



**ANNEX B: Medical equipment education**

Item	S 1	S 2	S 3	A 1	A 2	A 3	OR 1	OR 2	IC U
Zoll									
Zoll defibrillator/ overvåkingsenhet									
ANALYSATOR, I-STAT									
TEMPUS PRO MONITOR									
LP 15 Life pack									
DEFIBRILLATORSETT, LP15									
Belmont FMS									
LTV 1200 Ventilator									
Braun sprøytepumpe									
Perfusor Compac									
Infusomat Space									
Oxygen Concentrator									
Sequal Integra									
Lupin Operasjons lamper									
SUGEAPPARATSETT, KIRURGISK, MEDELA									
DIATERMI									
LSU Bærbare suction									
ULTRALYDAPPARAT Sonosite iWiz									
Warmtouch Pasientvarmer									
RØNTGENUTSTYR, MEDISINSK, FELT, DIGITALT									

*S1: Surgeon 1*  
*S2: Surgeon 2*  
*S3: Surgeon 2*  
*A1: Anesthesia 1*  
*A2: Anesthesia 2*  
*A3: Anesthesia 3*  
*O1: OR Nurse 1*  
*O2: OR Nurse 2*  
*ICU: ICU Nurse*

---

# Vedlegg 11 SOP 16 Alarm

NATO/RESOLUTE SUPPORT UNCLASSIFIED

<b>Unit:</b>	HKIA MN R2 MTF			
<b>Module:</b>	ALARM (Indirect Fire Attack and Ground Attack)			
<b>SOP number:</b>	16	<b>Last update:</b>	08.10.20	<b>Next update:</b> TBD
<b>Approved by: MAJOR THOMAS BRUVOLD</b>				

## CONTENT:

1. **PURPOSE**
2. **APPLICABILITY**
3. **PROCEDURE**

### 1. PURPOSE:

To provide guidelines for MN ROLE 2 MTF personnel in the event of *Indirect Fire Attack (IDF)* and *Ground Attack*.

### 2. APPLICABILITY:

This guideline is applicable to all MN ROLE 2 MTF personnel, the COS will assure that all personnel at the MN ROLE 2 MTF is briefed and informed.

### 3. PROCEDURE EVERYONE:

#### 1. Actions IDF and Drone attacks:

1. Take cover IMMEDIATELY
  1. Personnel outside: Lie flat on the ground for TWO minutes, and then go ASAP to the nearest SHELTER and await further instructions from the Role 2 Command Team, your section head or for the "ALL CLEAR"
  2. Personnel inside: Stay in corridor and await further instructions from the Role 2 Command Team, your section head or for the "ALL CLEAR"
2. If available, it is mandatory for everyone to wear their body armor and helmet. Do NOT expose yourself unnecessarily in order to retrieve your protective gear.
3. If you personally are witnessing the event, call the KANOC immediately to report details.
4. Report your whereabouts to your SECTION HEAD ASAP

- 
1. Use approved/adequate information system
  5. In case of casualties, provide first aid and inform the KANOC in order to get medical assistance.

**2. Actions Ground Attack (Insider Threat, random shooter, Complex attack):**

1. Take IMMEDIATE cover/concealment and remain there until the "ALL CLEAR" order has been given, this is in order to prevent fratricide.
2. If available, it is mandatory for everyone to wear their body armor and helmet. Do NOT expose yourself unnecessarily in order to retrieve your protective gear.
3. If you personally are witnessing the event, call the KANOC immediately to report details.
4. Report your whereabouts to your SECTION HEAD ASAP
  1. Use approved/adequate information system
5. If possible lock your doors and windows and close blinds if applicable. DO NOT go outside for ANY reason.
6. In case of casualties, provide first aid and inform the KANOC in order to get medical assistance.
7. Be prepared to use force, including deadly force, in accordance with self/defense rules, Rules of Engagement and national caveats.
8. Section Heads will designate personnel in order to secure each entrance. Personnel assigned to secure exits must carry their weapon according to ROMEO (magazine inserted, round in chamber).  
Check ID-cards of all personnel desiring entry.
9. If you don't have a badge, lift up your upper clothes in order to indicate that you are not wearing any suicide belt; NO aggressive attitude must be shown.

**2. SECTION HEADS/NCOIC**

- SITREP to the XO on OFFICIAL group within 15 minutes with the following status
  1. The whereabouts of your section
  2. Who is **not** accounted for

**3. XO**

- SITREP to COMMANDER Role 2 and KNOC
  1. The whereabouts of his unit
  2. Who is **not** accounted for

---

# Vedlegg 12 Kabul Stats

## Vedlegg 12 – KABUL STATS

Role 2 MTF HKIA Static's 15 August 2021 - 26 August 2021

The Role 2 MTF consisted of four nations - NOR, USA, UK, AUS

On the 15 Aug 2021 to 26 Aug 2021 - multiple small arms fire occurred injuring mostly Afghan nationals, with two USA military personnel receiving gun shot wounds as a result. Occurring majority at the north and east gate. In this time one Mascal was activated. Total of 187 patients seen and 45 of those was traumas.

On 26 Aug 2021 - at 1740hrs a suicide bomber detonated which followed by a small arms fire after. Killed 13 USA military personnel. The Role 2 MTF saw 62 traumas. With of those 2 were non battle injuries. Of those 62 casualties, 31 was Afghan nationals and 31 were USA military personnel. 8 deceased USA military personnel died on arrival. With a total of 70 patients.

With the lost life new life was born during the Mascal event a child was birthed.

With a total of 258 patient seen in 12days.

Walking blood bank was activated twice. With 93 bags of blood products issued.

All military person injured were air-evac within 15hrs.

Role 2 MTF humanitarian response in conjunction with UNIFSEF, Norway and State Department evacuated 147 orphans and of those 10 was reunited with their families. The Norwegian refugee camp hosted 1250 persons with the Role 2 MTF personnel assisting with the care of these people.

Intel threat report suggests 34 vbied, 72 Suicide bombers, 4 Motors/rockets and 22 threats to aircraft's. During this time there were 19 Breaches to the hkia base.

NATO UNCLASSIFIED

---

## Vedlegg 13 Utlysning sykepleier

Forsvaret sanitet lyser ut stillinger som sykepleier ved Role 2 sykehuset i Kabul i perioden 21 september- 29 mars 2021, med oppsetting 10 august.

Forsvarets sanitet er gitt i oppdrag å være Lead Nation for sykehuset på Hamid Karzai international Airport. Styrkebidraget består av ledelse og sykehus personell som drifter sykehuset sammen med andre nasjoner inkludert kirurgisk team. Sykehuset ivaretar medisinsk styrkebeskyttelse til de militære styrkene som er i operasjonsområdet.

Personellet må ha sikkerhetsklarering til Hemmelig, gjennomført fysisk test, bachelor i sykepleie med 2 års klinisk erfaring.

Ved spørsmål ring Hilde Hartmann 95240886 eller Terje Wadahl på tlf 480 10 729

Søkerfrist 1 juli

Svar på søknad i uke 28

Søknad med påtegning fra avdeling sendes til ugradert e-post: [hihartmann@mil.no](mailto:hihartmann@mil.no)