



FORSVARET
Forsvarets høgskole

**Er den sivil-militære helseberedskapen
forberedt til en NATO-artikkel 5 operasjon?**

En studie av

Frank Andrè Stormark

Masteroppgave
Forsvarets høgskole
vår 2024



Forord

Denne oppgaven er avslutningen på stabsskolen ved Forsvarets høgskole. Temaet for oppgaven er meget alvorlig fordi det handler om liv og død. Jeg er derfor takknemlig for denne muligheten til å fordype meg i den sivil-militære helseberedskapen. Jeg håper at oppgaven kan bidra til å belyse viktigheten av en helhetlig tilnærming til håndtering av masseskader. At oppgaven kan motivere andre til å fordype seg i temaet slik at den sivil-militære helseberedskapen blir rustet til å håndtere masseskader.

Å få være elev ved stabsskolen i en tid med krig i Europa har vært meget interessant, og sitter utdanningen i et perspektiv. Selv metode og kildebruk har vært i nyhetsbilde. Det å få være student ved stabsskolen har også vært et kjærkommet avbrekk i en ellers hektisk hverdag. Jeg føler meg heldig som har fått lov til å studere på fulltid. Dyktige forelesere, og et elevkull med mye erfaring har gjort dette til en meget god studietid.

Jeg vil takke Professor Kjell Inge Bjerga for en meget god veiledning igjennom hele prosessen. Veiledningen har gitt meg tryggheten til å utforske et tema som er lite forsket på. Jeg har fått grundige og detaljerte tilbakemeldinger, men også en stor grad av handlefrihet i utforskningen av problemstillingen. Veiledningen på uferdige utkast har vært viktig for å komme forbi skrivesperrer, og når jeg har sett meg blind på mitt eget arbeid. Mye på grunn av god veiledning har jeg hatt en positiv opplevelse av arbeidet med oppgaven.

Jeg vil også takke gode kollegaer i Sanitetsbataljonen som har tilrettelagt for at jeg har fått muligheten til å jobbe med oppgaven på heltid. Spesielt nevnes Ronny for å muligheten, og Rikke for å lese korrektur.

Mine to kjære: Emma og Eldar.

Bardu, mai, 2023

Sammendrag

Denne oppgaven har undersøkt hvordan den sivil-militære helseberedskapen er forberedt til å håndtere masseskader i en krig i Norge, eller i våre nærområder. Ved bruk av en kvalitativ metode har oppgaven studert dokumenter for å beskrive et avhengighetsforhold mellom saniteten i Forsvaret og helse og -omsorgssektor i rammen av totalforsvaret.

Oppgaven har beskrevet totalforsvaret som et konsept bestående av regelverk, prosedyre og forhåndsplanlegging som muliggjorde mobilisering av samfunnets totale ressurser til forsvaret av Norge, og beskyttelsen av befolkningen. Å hvordan totalforsvaret var en forutsetning for den sivil-militære helseberedskapen under den kalde krigen. Dette fordi totalforsvaret fremskaffet både kapasitet og kapabiliteter som de to sektorene ikke hadde selv. Et godt eksempel på dette er hospitalskip. Selv i rammen av totalforsvaret ville den sivil-militære helseberedskapen utfordres med å håndtere masseskader i en artikkel 5-operasjon. Spesielt i Nord-Norge ville dette være en ekstremt krevende oppgave.

Etter Sovjetunionens oppløsning endret ikke totalforsvaret kjerneoppgaver. Men oppgaven skiftet fra å skulle mobilisere til å understøtte Forsvaret i krig til å også kunne støtte samfunnet i den daglige beredskapen. Nå også regulert i strategiske avtaler med kommersielle aktører for daglig understøttelse og bistandsinstruksjoner for fredstidshendelser. Saniteten i Forsvaret hadde i denne perioden lite å bidra med, og fokuserte primært på sine oppgaver uten noe tett samarbeid med helse- og omsorgssektoren. Traumekonseptet med et helsevesen bestod, og hadde sin relevans opp mot spesielt Forsvarets operasjoner i utlandet. Øving var i liten grad rettet mot oppgavene i krig, men handlet om krisehåndtering ved ulykker og katastrofer. Selv om tanken om ett helsevesen bestod, var dette ikke et helsevesen for krig.

Oppgaven har videre beskrevet hvordan et sterkt sektorprinsipp plasserer ansvaret for beredskapen og krisehåndtering på den sektoren som har ansvaret for oppgaven i det daglige. Det betyr at det konstitusjonelle ansvaret er delegert fra regjeringen til Helse -og omsorgsdepartementet, med en påfølgende planplikt ned til det enkelte helseforetakene. Forsvaret på sin side har et ansvar for å ha en sanitetsplan for sine avdelinger som er koordinert med helse -og omsorgssektoren.

Gjennom å undersøke tre fredstidskrises beskriver oppgaven fordeler og ulemper med sektorprinsippet sterke rolle i beredskapsarbeidet. Funn i analysen kan tyde på at det er en

manglende felles forståelse mellom sektorene, og mellom de ulike ledelsesnivåene. Dette medfører at sektorene har ulike prioriteringer. Dette gjør det utfordrende å ha en helhetlig tilnærming til beredskapsarbeidet.

Siste del av oppgaven beskriver hvordan en pilot for sivil-militært helseberedskapssamarbeid mellom Helse Nord regionale helseforetak og Hæren kan bidra til en bedre sivil-militær helseberedskap. Å hvordan dette kan ha en positiv effekt på den sivil-militære helseberedskapen, også utover det regionale og taktiske nivået.

Summary

This thesis has examined how civil-military health preparedness is prepared to handle mass casualties if a war breaks out in Norway or in our neighbouring areas. Using a qualitative method, the thesis has studied documents to describe the level of dependency between the relationship of the medical services in the Armed Forces and the health and care services within the framework of total defence.

The paper has described the Total Defence as a concept consisting of regulations, procedures and advanced planning that enabled the mobilization of society's total resources for the defence of Norway, and the protection of the population. And how total defence was a prerequisite for civilian-military health preparedness during the Cold War. This was because the total defence concept provided capabilities that the two sectors did not have themselves. An example of this is hospital ships. Even in the framework of total defence, civil-military health preparedness would be challenged by dealing with mass casualties in an article 5 operation. Especially in north of Norway, this would be an extremely demanding task.

After the dissolution of the Soviet Union, the total defence did not change its core tasks. But the essential task shifted towards supporting society in a day-to-day preparedness from the previous mobilization of the Armed Forces in war. Also regulations in strategic agreements with commercial players for daily support and assistance instructions for peacetime incidents. The Armed Forces medical services contributed less during this period and focused primarily on its tasks without any close cooperation with the Health and Care services. The trauma concept with a healthcare system persisted and had its relevance especially in support of the armed forces' operations abroad. Training was to a small extent directed at tasks in war but dealt with crisis management in the event of accidents and disasters. Although the idea of a single healthcare system persisted, this was not a healthcare system for war.

The paper has further described how a strong sectoral principal places responsibility for preparedness and crisis management on the sector that is responsible for the task on a day-to-day basis. This means that the constitutional responsibility has been delegated from the government to the Ministry of Health and services, with a subsequent obligation to plan down to the individual health undertakings. The armed forces, for their part, have a responsibility to have a medical plan that is coordinated with the health and care services.

The thesis will describe the advantages and disadvantages of the sector principle's strong role in emergency response work through three peacetime crises. Findings in the analysis may indicate a lack of common understanding between the sectors, but also between the different levels of management. This indicates that the sectors have different priorities. Which makes it challenging to have a comprehensive approach to emergency preparedness. The last part of the thesis describes how a pilot for civil-military health preparedness cooperation between Northern Norway Regional Health Authority and the Army can contribute to better civil-military health preparedness. And how this can have a positive effect on civil-military health preparedness, also beyond the regional and tactical level.

Innholdsfortegnelse

Forord	III
Sammendrag	IV
Summary	VI
INNHALDSFORTEGNELSE	VIII
1 INNLEDNING	1
1.1 Problemstilling	2
1.2 Avgrensing.....	2
1.3 Disposisjon	4
1.4 Begrepsavklaringer og definisjoner	5
2 KILDER OG METODE	6
2.1 Presentasjon av tidligere forskning	6
2.2 Kvalitativ metode - Dokumentstudier.....	8
2.3 Oppsummering	12
3 ANALYTISK RAMMEVERK	13
3.1 Et totalforsvar for totalkrig	13
3.2 Fra totalforsvar til samfunnssikkerhet etter 1990	17
3.3 En ny kald krig	26
4 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	41
4.1 Oppsummering	41
4.2 Konklusjon	44
4.3 Videre forskning.....	45
Litteraturliste	47

1 Innledning

Artikkel 3 i NATO pakten beskriver tre essensielle kjernefunksjoner for å kunne bygge et motstandsdyktig samfunn og kollektivt forsvar. De tre er opprettholdelse av styresett og essensielle samfunnstjenester, samt sivilstøtte til det militære (NATO, 2023)

Den sikkerhetspolitiske situasjonen var spent etter andre verdenskrig, på den ene siden NATO med USA i spissen og på den andre siden Sovjetunionen. To supermakter med store arsenal av atomvåpen. Konsekvensen av en krig mellom NATO og Sovjetunionen ville være eksistensiell for Norge, og bety svært høye tap av menneskeliv. Det ville være svært krevende å skulle sikre nødvendig, og tidsriktig behandling av et slikt volum av sårede. Derfor eksisterte det et system av forhåndsrekvirerte ressurser til evakuering, beredskapslagre av medisinskforbruksmateriell og planer for mobilisering av personell. Regulering av forhåndsplanlegging, lover og direktiver resulterte i en helhetlig tilnærming. Den enkelte minister var delegert et ansvar fra regjeringen for sin sektor. En slik forsvarsordning med en total mobilisering av alle samfunnets ressurser til forsvaret av Norge, og beskyttelse av befolkningen, blir kalt for totalforsvaret (Norheim-Martinsen, 2019, s. 154).

Totalforsvarets kjerneoppgaver sammenfaller i stor grad med NATOs artikkel 3.

Russlands reetablering som en regional stormakt har medført en stor sikkerhetspolitisk endring i NATO hvor alliansen igjen har vektlagt kjernefunksjonen om avskrekking gjennom kollektivt forsvar (Forsvarsdepartementet, 2023, s. 39). Invasjonen av Ukraina i 2022, og en verdensomfattende koronapandemi har begge bidratt til å aktualisere viktigheten av et motstandsdyktig samfunn. Russisk vilje til å bruke militærmakt for å oppnå sine sikkerhetspolitiske mål forsterker dette. Signalisering om vilje til bruk av taktiskeatomvåpen for å respondere på vestens støtte til Ukraina aktualiserer spørsmålet om det norske samfunnet er godt nok forberedt denne gang?

1.1 Problemstilling

Er den sivil-militære helseberedskapen forberedt på å håndtere masseskader i en artikkel 5-operasjon, og hvordan er den i så fall forberedt for en slik oppgave?

Dette er store spørsmål, men svært viktige spørsmål. Denne masteroppgaven har som målsetting å finne svar. I dagens sikkerhetspolitiske situasjon, og med de planer som Norge og alliansen legger for å håndtere en eventuell storkrig i våre områder og nærområder, må dette spørsmålet tas på like stort alvor som under den kalde krigen. Det handler om liv og død.

1.2 Avgrensning

For å svare på oppgavens problemstilling avgrenses oppgaven til å se på hvordan totalforsvaret har utviklet seg i takt med den sikkerhetspolitiske situasjonen i tre vendinger. Den første var tidlig på 1990 tallet, den andre fra 2004, og den tredje og foreløpig siste vendingen fra 2014. Herunder blir det viktig hvilken betydning dette har i forholdet mellom saniteten i Forsvaret og helse -og omsorgssektoren. Avgrensingen er viktig for å forstå hvilke forberedelser totalforsvaret gjør i rammen av den sivil-militære helseberedskapen.

Siden totalforsvaret i sin sanne form er sektorovergripende og altomfattende, må oppgaven ytterligere avgrenses til å se generelt på totalforsvaret i en mest mulig konkret forstand. Oppgaven skal derfor se på hvordan arbeidet i totalforsvaret gjøres i henhold til sektorprinsippet. Sektorprinsippet er viktig for å kunne beskrive det tverrsektorielle forberedelsene til den sivil-militære helseberedskapen.

For å kunne konkretisere arbeidet med den sivil-militære helseberedskapen avgrenses oppgaven ytterligere til å se på et helseberedskapssamarbeid mellom Hæren og Helse Nord regionale helseforetak, og hvordan dette henger sammen med sektorprinsippet. Denne avgrensingen er spesielt interessant av to grunner. For det første er Hæren, og dens sanitetsavdelinger et godt utgangspunkt for å konkretisere et eksempel på hvilke oppgaver den sivil-militære helseberedskapen må ta høyde for i et artikkel 5-scenario med masseskader. For det andre er det gjennomført en pilot for sivil-militær helseberedskapsplanlegging på det taktiskenivået mellom Hæren, og to av Helse Nord sine underliggende helseforetak for nettopp å sikre nødvendige sivil-militære helseberedskapsforberedelser. Dette er avdelinger som i henhold til sektorprinsippet og planplikt vil ha en nøkkelrolle i planleggingen, og utførelsen i den sivil-militære helseberedskapen.

For å kunne svare på problemstillingen tar oppgaven utgangspunkt i følgende fire forskingsspørsmål i arbeidet med analysen.

1. Hva er totalforsvaret, og hvilken rolle har det i forholdet mellom saniteten i Forsvaret og helse- og omsorgssektoren?
2. Hvordan har det sikkerhetspolitiske bildet påvirket utviklingen av totalforsvaret, og hvilken betydning har dette hatt for den sivil-militære helseberedskapen?
3. På hvilken måte er prinsippene i samfunnssikkerhetsinstruksen en del av den sivil-militære helseberedskapen?
4. Hva er pilot for sivil-militær helseberedskapsplanlegging?

Oppgaven er gjennomført som en dokumentstudie av kilder som er åpent tilgjengelige på internett og offentlige biblioteker. Dette var en forutsetning for å holde oppgaven ugradert. Analysen er oppbygd rundt den kronologiske utviklingen av totalforsvaret. Dermed har det vært naturlig å velge ut dokumenter som langtidsplaner og offentlige utredninger som har påvirket denne utviklingen. Eksempelvis de offentlige utredningene etter de tre fredstidskrisene som oppgaven skal se på i analyse-kapittelet. Eksisterende forskning, konsepter, planer og ressurspersoner har blitt brukt for å gå i dybden på funnene.

Oppgavens relevans ligger i at det er lite forskningsbasert kunnskap om sanitetens oppbygning, organisering og virkeområder. Sett i en bred totalforsvarssammenheng finnes det knapt forskningsbasert kunnskap. Antakelig skyldes dette de store endringene i totalforsvarskonseptet etter den kalde krigen, og at sanitetens integrasjon i totalforsvaret kom fullstendig i bakgrunnen. Saniteten har også fått lite omtale i foregående langtidsplaner og sektorvis dokumenter. Det er derfor viktig og relevant å anlegge et historisk-analytisk perspektiv, med sikte på å samle kunnskap om den sivil-militære helseberedskapen over tid, og hvordan den har utviklet seg i takt med og dels som en integrert del av totalforsvaret under den kalde krigen.

Oppgaven kan gi dypere forståelse av praktiseringen av sektorprinsippet, og hvilke rammer dette prinsippet gir for arbeidet med helseberedskapen. Videre kan oppgaven bidra til å belyse utfordringer slik at norske myndigheter kan gjøre nødvendige tiltak i forkant av en krise eller krig for sikre en god sivil-militær helseberedskap. Oppgaven er videre relevant fordi den belyser betydningen av en

helhetlig tilnærming på tvers av sektorer, men også internt i sektor for å sikre en god helseberedskap.

1.3 Disposisjon

Oppgaven har fire kapitler. Den kombinerer teori og analyse i kapittel 3.

Kapittel 1 starter med å aktualisere problemstillingen. Deretter kommer avgrensning av oppgavens omfang og disposisjon. I kapittel 2 skal oppgaven redegjøre for metode og analytisk rammeverk. Samt kildekritikk, valg og forskningsetikk.

Kapittel 3 skal i en kronologisk rekkefølge beskrive utviklingen av totalforsvaret i tre tidsepoker, og analysere funn i hver av epokene. Kapitlet har dermed tre deler og hvert delkapittel vil starte med en introduksjon med et eller flere av forskningsspørsmålene som skal besvares i løpet kapittelet. Del 1 av kapittel 3 tar for seg utviklingen av et totalforsvar under den kalde krigen: Hva er totalforsvaret, og hvilken rolle har det i forholdet mellom saniteten i Forsvaret og helse- og omsorgssektoren? -Dette er viktig for å kunne forstå oppgavene den sivil-militært helseberedskapen skulle ta høyde for.

Del 2 redegjør for perioden etter den kalde krigens slutt: Hvordan har det sikkerhetspolitiske bildet påvirket utviklingen av totalforsvaret, og hvilken betydning hadde dette for den sivil-militære helseberedskapen? -Det vil beskrive hvordan den sikkerhetspolitiske situasjonen ble endret utover 1990 tallet og hva dette betydde for totalforsvarets rolle. -Deretter skal kapittelet ta for seg tre ulike tversektorielle fredstidskriser som alle involverte helse- og omsorgssektoren. Dette skal hjelpe til med å belyse sektorprinsippets rolle i arbeidet med beredskap.

Del 3 beskriver hvordan endringen av sikkerhetssituasjonen etter 2014 igjen har aktualisert totalforsvarets rolle i samfunnet: Hvordan har det sikkerhetspolitiske bildet påvirket utviklingen av totalforsvaret, og hvilken betydning hadde dette for den sivil-militære helseberedskapen? -Dette er et viktig spørsmål for å besvare oppgavens problemstilling, fordi spørsmålet bidrar til å belyse hvilket totalforsvar den sivil-militære helseberedskapen skal virke i rammen av. På hvilken måte er prinsippene i fra samfunnssikkerhetsinstruksen en del av den sivil-militære helseberedskapen? – Dette er viktig for å kunne forstå oppbygningen av helseberedskapen, og for å forstå rammene for siste forskningsspørsmål: Hva er pilot for sivil-militær helseberedskapsplanlegging?

Kapittel 4 skal oppsummere funnene i oppgaven, for deretter å svare på problemstillingen.

1.4 Begrepsavklaringer og definisjoner

Oppgaven vil bruke flere begreper som beskriver ulike roller, ansvar og myndighet. Dette vil primært adresseres fortløpende i oppgaven. Påfølgende begrepsavklaringer er valgt fordi det finnes ulike fortolkninger, og de normalt tillegges ulike betydning i hverdagstalen. Det er også min personlige erfaring at begrepet sanitet skaper misforståelser.

- Forsvarets sanitet (FSAN) er en avdeling i Forsvaret. Sjef FSAN er forsvarsjefens sanitetsrådgiver, og sjefen for saniteten i Forsvaret. FSAN har derfor fagmyndighet, og et spesielt ansvar for koordinering med den sivile helsetjenesten. Sanitetsregimentet i FSAN er en styrkeprodusent. FSAN har i tillegg ansvaret for kliniske tjenester som tannlege, psykologer og flymedisinske tjenester (Forsvaret, 2024).
- Saniteten i Forsvaret er en felles betegnelse på grensanitet. Det vil si sanitetsavdelinger som tilhører forsvarsgrenene, et eksempel på dette er hærens sanitet. Sjef FSAN er fagmyndighet, men fører ikke kommando over avdelingene som utgjør grensaniteten (Pedersen et al., 2022, s. 10).
- Helseberedskapsrådet skal i forbindelse med den nye helseberedskapsmodellen endre funksjon. Dette betyr at begrepet har noe ulik betydning i kildene. Oppgaven videreføres i utvalg for sivil-militært helseberedskapssamarbeid. Denne oppgaven har forutsatt at funksjonene og en tilnærmet lik sammensetning videreføres til utvalget (Meld. St. 5 (2023 – 2024), s. 14).
- Regionale helseforetak er eieren av spesialisthelsetjenesten. De er derfor ansvarlig for blant annet akuttmedisinskberedskap og sykehus. De har et ansvar for å utarbeide beredskapspaler for underliggende tjenester. Helse Nord er ett av fire regionale helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 17).
- Pilot sivil-militær helseberedskap var ett pilot prosjekt som i 2021 var tildelt Helse Nord regionale helseforetak. Piloten skulle etablere en mal for arbeidet med sivil-militær helseberedskapsplanegging i øvrige helseforetak. Begrepet blir brukt for å beskrive det sivil-militære samarbeidet mellom Hæren og Helse Nord på det taktiske nivået (Meld. St. 5 (2023 –2024), s. 44).
- Taktisk nivå brukes i Forsvaret om nivåene under Forsvarets operative hovedkvarter som er operasjonelt nivå (Forsvaret, 2019, s. 251). FOH er plassert på nasjonalt direktoratsnivå og regionalt nivå i regional helseberedskapsplan (Helse Nord, 2023, s. 14). Det taktiske nivået i denne oppgaven vil derfor være det som skjer mellom Hæren og dens underavdelinger, og Helse Nord regionale helseforetak med underliggende helseforetak.

-
- Situasjonsforståelse brukes i denne oppgaven uten en klar definisjon. Risikoforståelse, situasjonsforståelse og trusselbilde vil være en del av situasjonsforståelsen.
 - Begrepet samvirke og samordning brukes for å beskrive en koordinert innsats for å oppnå et felles mål. Dette kan både være praktisk utførelse i felt, men også koordinering av planer, og etablering av et felles situasjonsbilde (Borch & Andreassen, 2020, s. 129).

2 Kilder og Metode

Dette kapitlet skal beskrive kildegrunnlaget, og de metodiske valgene som er gjort for å undersøke problemstillingen: Er den sivil-militære helseberedskapen forberedt på å håndtere masseskader i en artikkel 5-operasjon, og hvordan er den i så fall forberedt for en slik oppgave?

2.1 Presentasjon av tidligere forskning

Totalforsvaret har hatt en sentral rolle i forsvaret av Norge og beskyttelse av befolkningen. Det finnes derfor en del forskning på ulike temaer knyttet til totalforsvaret. Forsvarets tapsestimater i ulike krise- og krigsscenarioer har vært, og er fortsatt vanskelig å oppdrive på grunn av gradering. Det er derfor ikke unaturlig at det er lite forskning som tar for seg evnen til å håndtere masseskader i en artikkel 5-operasjon. Det er også lite forskning på saniteten som våpengren. Selv i forsvarsektorens egne dokumenter er våpengrenen lite omtalt (Pedersen et al., 2022, s. 159).

Sivil-militært samarbeid, og helseberedskap er nylig beskrevet i Totalberedskapskommisjonen og Forsvarskommisjonens utredninger. Det er et pågående treårig forskningsprosjekt ved Forsvarets forskningsinstitutt som skal beskrive fremtidens sanitet.

2.1.1 Større verker og vitenskapelige artikler

I arbeidet med denne oppgaven har det vært viktig å kartlegge og forstå den historiske konteksten som totalforsvaret har vært utviklet innenfor, og hvordan det har utviklet seg i takt med en skiftende sikkerhetspolitisk situasjon. Dette er viktig for å forstå rammen for den sivil-militære helseberedskap og få frem endringer over tid.

Det finnes en rekke større forskningsbaserte verker som berører etterkrigstidens totalforsvar og helseberedskap på ulike måter. Tre slike har vært særlig relevante for fremstillingen i denne

oppgaven. For det første er «Norsk Forsvarshistorie bind 5 Alliansen i endring 1970 – 2000» (Børresen et al., 2004) et standardverk, også når det gjelder å forstå hva totalforsvaret opprinnelig var til for og den konseptuelle tenkningen rundt det. Denne forståelsen har videre lagt et godt grunnlag for å analysere omfanget av endringene fra 1990 tallet og fremover, og hvilke utfordringer dagens sivil-militære helseberedskapen står ovenfor i rammen av totalforsvaret. For det andre har et mer spisset verk vært til stor nytte. «Det nye totalforsvaret» (Norheim-Martinsen, 2019) er en bok med flere forfattere som tar opp ulike temaer knyttet til totalforsvaret. Den beskriver blant annet totalforsvarets utvikling i forhold til den sikkerhetspolitiske konteksten, med tilbakeblikk til totalforsvaret under den kalde krigen. Boken diskuterer kommende utfordringer i det nye sikkerhetspolitiske bildet. Det tredje verket som har gitt mye informasjon, er læreboken «Beredskapsorganisasjon og kriseledelse» (Borch & Andreassen, 2020). Dette er en av mange lærebøker om beredskapsarbeid, og som dermed beskriver typiske temaer som samvirke og ledelse. Boken beskriver viktigheten av samvirke, og utfordringer med å jobbe på tvers av sektorer. Boken har hatt en liten rolle som kilde, men beskrivelsen av samvirke har hatt en betydning i min egen forståelse av begrepet samhandling og samvirke i arbeidet med dokumentanalysen.

Sist, men ikke minst er det den vitenskapelige artikkelen «Casualty care implications for large-scale combat operations» (Remondelli et al., 2023). Den er skrevet av flere leger med tilknytning til det amerikanske forsvaret. Artikkelen er publisert på en offentlig amerikansk nettside som utgir vitenskapelige artikler. Artikkelen har sammen med Norsk forsvarshistorie vært viktig få å kunne danne et bilde av omfanget av en artikkel 5-operasjon, og betydningen for den sivil-militære behandlingsskjeden.

2.1.2 Offentlige dokumenter

Offentlige utredninger gjøres av ekspertutvalg, eller kommisjoner som er nedsatt av regjeringen. De danner ofte grunnlaget for stortingsproposisjoner og stortingsmeldinger. Slike utredninger er basert på grundige analyser, eksempelvis FFIs forsvarsanalyser som blir utarbeidet i forbindelse med langtidsplanleggingen i forsvarssektoren, og har et rikt kildegrunnlag. Denne oppgaven har blant annet brukt utredningene og rapporter om håndteringen av tsunamien katastrofen i 2004, 22. juli terroren og koronapandemien. Dette er med på å danne et teoretisk grunnlag for videre diskusjon knyttet til sektorprinsippet, og beredskapsprinsippene i konteksten av totalforsvaret og den sivil-militære helseberedskapen.

Totalberedskapskommisjonen og Forsvarskommisjonens utredninger sammen med Melding til Stortinget 5 "Fra pandemi til krig i Europa" beskriver alle helseberedskapen og belyser dermed oppgavens problemstilling. Oppgaven har også brukt rapporter fra departementene og proposisjoner fra regjeringen, for å kunne gå i dybden på enkelte temaer knyttet til eksempelvis omstilling av Forsvaret og beredskapsmeldinger. Lover, konsepter, skriftlige veiledere og helse- og omsorgsektorens offentlige ugraderte beredskapsplaner har bidratt til å beskrive rammene for det den sivil-militær helseberedskapen.

2.1.3 Saniteten mot 2040

"Saniteten mot 2040" Er et treårig forskningsprosjekt hvor Forsvarets forskningsinstitutt på oppdrag fra Forsvarets sanitet forsker på hvordan saniteten skal tilpasses fremtidens oppgaver. Forskingen skal gi et beslutningsgrunnlag for kommende langtidsplanprosesser. Forskningsprosjektet gir fortløpende ut rapporter. Delrapport «Fremtidens sanitet- effektiv ressurs i Forsvaret og totalforsvaret», har vært en viktig del av kildekildegrunnlaget for denne oppgaven. Den har spesielt belyst utfordringer knyttet til tilgjengelige mengde ressurser, og felles situasjonsbilde mellom Forsvaret og helse- og omsorgsektoren.

2.1.4 Ressurspersoner

I det innledende arbeidet med denne oppgaven fikk jeg hjelp i fra Cecilie Daae, som var medlem av totalberedskapskommisjonen til å aktualisere "Pilot Sivil-militær helseberedskapsplanlegging". Hun er også tidligere direktør for Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Helse Nord regionale helseforetak. Hun henviste meg videre til Johnny Brodersen som er direktør for Sikkerhet og beredskapsavdelingen i Helse Nord. Hans bidrag sammen med spesialrådgiver Bent-Ove Jamtli ved samme avdeling var til stor hjelp til å aktualisere og forstå piloten. Jeg som forsker bærer det fulle ansvaret for mine funn og konklusjoner.

2.2 Kvalitativ metode - Dokumentstudier

Fordi en av driverne for oppgaven var min egen nysgjerrighet på temaet, valgte jeg en eksplorerende problemstilling. Studien startet med dokumentstudier om totalforsvaret, og prosjektet «Saniteten mot 2040» Igjennom en kvalitativ tilnærming fikk jeg den fleksibiliteten jeg trengte for å utvikle en problemstilling underveis i forskingen (Jacobsen, 2015, s. 130). Oppgaven utvikle seg etter hvert til å bli dokumentstudier, altså en kvalitativ metode som baserer seg på å samle inn data fra sekundærkilder, og analysere dette for å besvare oppgavens eksplorerende problemstilling.

Kvalitativundersøkelse betyr at en samler inn data fra kilder som representerer et øyeblikksbilde eller kildens perspektiv på det som undersøkes. Det skilles mellom primære kilder, eksempelvis intervjuer og sekundære kilder, eksempelvis dokumentstudier. I begge tilfeller må jeg tolke dataen som samles inn. Dette betyr at det er vanskelig å generalisere funnene i denne oppgaven, og sålede utfordrer valgt metode den eksterne gyldigheten (Jacobsen, 2015, s. 131).

2.2.1 Kilder

Totalforsvaret kan best beskrives som et konsept. helse- og omsorgssektoren og saniteten i Forsvaret kan beskrives som to organisasjoner. Dette betydde at jeg skulle forske på to organisasjoner ifra to ulike sektorer, som skulle løse en felles oppgave i rammen av et konsept. Det finnes en del forskning på temaer som kan relateres til oppgavens problemstilling, men lite som går direkte på problemstillingen. Det var derfor behov for et omfattende kildegrunnlag for å selv kunne lage oppgavens analytiske rammeverk. Jeg valgte et historisk-analytisk rammeverk der det å se utviklingstrekk i sammenheng over tid blir det sentrale. Enkelt sagt forsøker jeg å få frem historiske utviklingstrekk og ulike løsninger som har vært prøvd for å kunne danne et bilde av hva den sivil-militære helseberedskapen måtte være forberedt på i fremtiden. Til dette var dokumentanalyser en hensiktsmessig metode.

Det ble lenge vurdert å bruke intervju for å skaffe grunnlag for å besvare et av forskningsspørsmålene. Etter hvert som problemstillingen utviklet seg fikk det aktuelle forskningsspørsmålet mindre betydning for besvarelsen, og kunne besvares gjennom bruk av ressurspersoner og funn i dokumentene. Ressursbruken kunne derfor ikke lenger forsvares opp imot utbyttet. En annen metodisk utfordring med intervju som kildegrunnlag for denne oppgaven er størrelsen på sanitetsmiljøet i Forsvaret (Pedersen et al., 2022, s. 17). Dette betyr at miljøet som driver med sivil-militær helseberedskap i Hæren er svært begrenset. Det ville derfor vært svært vanskelig å opprettholde anonymitet (Jacobsen, 2015, s. 50). Kombinert med min egen bakgrunn kunne dette utfordret oppgavens troverdighet, og reist større forskningsetiske spørsmål.

Det å bruke sekundærkilder som grunnlag for studien har betydd at jeg har analysert dokumenter som blant annet er basert på andres fortolkninger av data, for å svare på sine egne problemstillinger. Det vil derfor alltid være et spørsmål om kildene jeg har samlet inn er relevante og troverdige når det gjelder å svare på denne oppgavens problemstilling, og om min fortolkning av funn er riktig (Jacobsen, 2015, s. 140).

Et bevisst forhold til utvelgelse av kilder er derfor viktig for å sikre oppgavens validitet. Feil som gjøres i denne delen av prosessen kan medføre følgefeil inn i analysen, og true forskningens troverdighet. Kildene som er valgt ut til denne oppgaven er primært kilder som er offentlig tilgjengelige, og representerer i de fleste tilfelle et institusjonelt syn. Dette betyr at lett tilgjengelige og er etterprøvbare. Dette bidrar til å øke troverdigheten (Jacobsen, 2015, s. 230). Bøkene som er brukt som kilder har flere forfattere, og brukes som pensum, blant annet Forsvarets høyskole. Dette er bøker som presenterer analyser av ulike tema som har vært relevant for oppgaven (Jacobsen, 2015, s. 190–191).

At jeg har en nærhet til temaet for oppgaven, har hjulpet i innhenting av data. Blant annet gjennom en kjennskap saniteten i Forsvaret, og noe kjennskap til det sivil-militære helseberedskaps samarbeidet mellom Hæren og Helse Nord regionale helseforetak. Dette har hjulpet meg å lete etter institusjonelle kilder som beskriver temaer som er relevant for problemstillingen. Samtidig har det vært viktig å være bevisst på eventuelle egne oppfatninger og forforståelser som har kunnet farge fremstillingen på bestemte måter.

I løpet av studieåret ble det publisert en rekke offentlige utredninger og rapporter som beskriver temaer som kan knyttes til den sivil-militære helseberedskapen. Det falt seg derfor naturlig å starte med dem som utgangspunkt. Siden oppgavens analyse baseres på empiri fra av sekundærkilder, har det vært viktig i utvelgelsen at tekstene har et grundig kildegrunnlag. Det at en kilde sier noe annet har ikke vært ekskluderende da det får frem nyanser, og at divergens er naturlig når en bruker sekundærkilder som har til hensikt å besvare andre problemstillinger.

Funn i arbeidet med oppgaven skulle henvise til en rekke fredstidskriser. Tsunamien 2004, 22. juli terroren og koronapandemien ble valgt ut på bakgrunn av at de alle var livstruende hendelser, rammet tverrsektorielt, og det eksisterte et omfattende kildegrunnlag. Krisene kan derfor bidra til å danne et troverdig bilde på tverrsektoriell krisehåndtering i fredstid for den enkelte krise. Det har også vært mulig å identifisere felles trekk i krisehåndteringen.

En del av beredskapsplanverk, og konsepter i helse- og omsorgsektoren er ugradert, og ligger åpent tilgjengelig på internett. Slike dokumenter bidro til å gi en dypere forståelse, da de ofte beskriver hvorledes en oppgave løses, eller er organisert. Veiledende dokumenter i fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, og evalueringen av Nasjonal Helseberedskapsøvelse -18 er andre eksempler på dokumenter som har bidratt til forståelse av funn, og har hatt betydning for å skape en bedre helhetsforståelse.

2.2.2 Gjennomføring av analysen

Dokumentanalysen startet med å lese dokumenter som aktualiserte tema for oppgaven. Det ble skrevet korte referat av tekstene. Interessante funn som kunne danne grunnlag for å utforme en problemstilling, eller vakte nysgjerrighet, ble markert i dokumentet, og lagret i referatet. Funn som kunne være spesielt interessante å gå mer i dybden av, eller som viste seg å være gjentakende i flere dokumenter, ble etter hvert utforsket i detalj. Som en del av dypdykkene ble det også skrevet korte avsnitt for å beskrive, eller forklarer funnene ved bruk av flere kilder. Dette var med på å starte selve skriveprosessen. Funnene fra dokumentanalysen ble sortert i kategorier, og etter hvert skrevet om slik at det begynte å ligne på redegjørelser. Dette skulle bli utgangspunktet for oppgavens teoretiske grunnlag (Jacobsen, 2015, s. 211). Gjennom arbeidet med kategoriseringen, og videre lesning skulle det vise seg å være sammenhenger mellom funn, og kategorier. Sammenheng mellom den sikkerhetspolitiske situasjonen og totalforsvarets rolle i samfunnet ble tidlig identifisert. Oppgaven ble derfor satt opp i en kronologisk rekkefølge. Dette bidrog til å kategorisere funn, se sammenhenger, og forklare mulige sammenhenger (Jacobsen, 2015, s. 213). Det å skulle forklare, eller diskutere mulige sammenhenger skulle bli oppgavens analyse. Prosessen med å gå i dybden av et funn, kategorisere det, og se de i sammenheng med andre funn var gjentakende igjennom hele oppgaven. Dette passet bra for en oppgave med en eksplorerende problemstilling. Troverdigheten i analysen er at den er forankret i en grundig teoretisk redegjørelse som er hjemlet i dokumenter fra troverdige institusjonelle kilder. Det har vært viktig at konklusjonene så langt som mulig er basert på funn i flere kilder. Allikevel vil det alltid være en risiko i analysen av sekundærdata for at funn kategoriseres og tolkes feil, og at en derfor trekker feil konklusjoner. (Jacobsen, 2015, s. 230).

2.2.3 Eget forhold til forskningen og etikk

Jeg tjenestegjør som offiser i Hæren med fagfelt sanitet. Dette har jeg gjort i nesten 20 år, og skriver denne oppgaven mens jeg er ansatt i Sanitetsbataljonen i Brigade Nord. Sanitetsmiljøet i Forsvaret er lite, og jeg kjenner mange av de som arbeider med planverket. Dette betyr at jeg har vært med på øvingsplanlegging, og deltatt på øvelser hvor vi har øvd på evakuering av pasienter fra Hæren sammen med Helse Nord regionale helseforetak. Vi har også samarbeidet om biologisk grensekontroll i forbindelse med alliert mottak til øvelse Cold Respons -22, og den skarpe sanitetsstøtten i forbindelse med øvelse Swift Jump -22. Jeg var også kompanisjef for enkelte av tropene som deltok i masseskadeøvelsen under Nasjonal Helseberedskapsøvelse på øvelse Trident Juncture -18. Selv om miljøet er lite og jeg har en viss grad av kjennskap til problemstillingen, jobber jeg primært på et lavere taktisk nivå enn det som skjer mellom Hæren og helseforetakene.

I denne oppgaven har jeg ikke studert egen avdeling, men har allikevel en nærhet til problemstillingen. Det er primært Sanitetsbataljonen som jeg er operasjonsoffiser i som står for evakuering og behandling av pasienter i stridsonen. Det å være bevisst på dette har vært viktig i alle fasene av oppgaven for å sikre at valg av kilder, og analyse er så objektiv som mulig. Slik at presentasjonen av funnene er så ærlig, og troverdig som kvalitativ metode kan være (Jacobsen, 2015, s. 52). Igjennom hele prosessen med oppgaven har jeg måtte ha et bevisst forhold til at Forsvarets planverk er graderte, og spesielt det at Forsvaret ikke er villig til å dele estimerte tapstall (Jacobsen, 2015, s. 45). Dette betyr at oppgavens forskingsspørsmål, og problemstilling er avgrenset slik at det ikke har vært nødvendig å justere analysen for å unngå gradering. Dette er viktig for å ikke svekke oppgavens troverdighet, og gir et ærlig og etterprøvbart svar på problemstillingen (Jacobsen, 2015, s. 56–57).

2.3 Oppsummering

Denne oppgaven har en eksplorerende problemstilling. Forskingen som skal svare på oppgavens problemstilling er utført som en kvalitativ studie av sekundærkilder. Valg av metode og utvalget av tekster er sammen med analysen gjort med et bevisst forhold til forskerens nærhet til problemstillingen. Det å være bevisst dette igjennom hele prosessen har vært viktig for å sikre oppgavens troverdighet.

Selv om det finnes lite forsknings om kan knyttes direkte til problemstillingen har oppgaven hatt et rikt kildegrunnlag primært bestående av institusjonelle kilder. Funn i de ulike kategoriene kan også finnes igjen i forskning på tema som er overførbart til denne oppgaven. Det skulle derfor være god dekning for konklusjonene i oppgaven. Dette gir oppgaven internvaliditet.

Dette er en kvalitativ analyse av forskerens tolkning av funn i sekundærkilder. Det er derfor usikkert om funnene som beskriver samarbeidet med Hæren, og Helse Nord regionale helseforetak vil være lik om en gjør en tilsvarende studie på Sjøforsvaret og Helse Vest regionale helseforetak. Kvalitative studier representerer et øyeblikksbilde. Det er derfor vanskelig å generalisere funnene i denne oppgaven. Dette utfordrer oppgavens eksterne validitet.

3 Analytisk rammeverk

3.1 Et totalforsvar for totalkrig

Denne oppgaven er ikke en teoritestende oppgave. Det analytiske rammeverket tar i stedet utgangspunkt i etablert kunnskap om, og etablerte perspektiver på totalforsvaret som sivil-militært konsept og analyserer historiske sammenhenger og nyere kunnskap innenfor dette helhetlige rammeverket. For å svare på oppgavens problemstilling skal oppgaven i første del av analysen se på hvordan den sikkerhetspolitiske situasjonen har påvirket totalforsvarets oppgaver og utvikling. Del en av kapitlet skal besvare forskningsspørsmål en og delvis spørsmål nummer to. Spørsmål to skal også besvares i del to som beskriver totalforsvaret etter den kalde krigen og i delvis i del tre som beskriver totalforsvaret i nyere tid.

1. *Hva er totalforsvaret, og hvilken rolle hadde de i forholdet mellom saniteten i Forsvaret og helse – og omsorgsektoren.*
2. *Hvordan har det sikkerhetspolitiske bildet påvirket utviklingen av totalforsvaret, og hvilken betydning hadde dette for den sivil militære helseberedskapen.*

Kapitlet skal innledningsvis beskrive rollen totalforsvaret hadde i samfunnet, og hvorfor totalforsvaret under den kalde krigen kan beskrives som et konsept. Denne beskrivelsen skal skape en ramme for å forstå hvordan mobiliseringen av store deler av samfunnets ressurser skulle ruste Norge for total krig, herunder ikke minst samfunnets helseressurser (NOU 2006: 6, s. 37). Forståelsen for totalforsvarskonseptet er viktig for å skape et bilde av den gjensidige avhengigheten mellom saniteten i Forsvaret og helse -og omsorgsektoren.

3.1.1 Mobilisering av samfunnet

De tre kjerne oppgavene til totalforsvaret i etterkrigstiden var å understøtte Forsvaret, beskytte sivil befolkningen og opprettholde kritiske samfunnsfunksjoner (Håkenstad, 2019, s. 26). Dette sammenfaller med Artikkel 3 i NATO traktaten (NATO, 2023) I etterkrigstiden hadde totalforsvarskonseptet en sentral rolle i samfunnsutviklingen. Gjennom å bygge et forsvar som bestod av vernepliktige fra alle samfunnslag skulle hele nasjonens ressursers mobiliseres gitt et angrep på Norge (Norheim-Martinsen, 2019, s. 10). Totalforsvaret med Forsvaret i spissen skulle være en teknologisk pådriver for samfunnsutviklingen igjennom forsvar, industri og forskning (Håkenstad, 2019, s. 30). Denne dugnadsånden bestående av mobilisering av alle samfunnslag til

felles innsats bar preg av en sentralisert, og byråkratisk toppstyring med tydelige styringslinjer, og forhåndsplanlegging (Håkenstad, 2019, s. 29–30). Hovedprinsippet var at den enkelt offentlige administrasjon hadde ansvar for beredskapsplanlegging i fred, og utførelse i krig. Dette ville bety at helse- og omsorgssektoren i sine beredskapsforberedelser også måtte ta høyde for et høyt antall sårede soldater. Samordning av innsatsen var lagt til et eget departement for sivilberedskap. Det eksisterte også nemder og råd som ga føringer for arbeidet i sektorene. En serie med øvelser mellom sivile sektorer, og forsvarsektoren bidro til en god samordning av totalforsvaret (Børresen et al., 2004, s. 71).

Det er viktig å poengtere at totalforsvaret også er et resultat av tiden det oppstod i. Det var den totale krigens tidsalder. Med bakgrunn i erfaringene ifra andre verdenskrig var det lite tro på at Norge kunne stå utenfor en konflikt mellom øst og vest. Det av Sovjetunionen under Koreakrigen viste en vilje til å ekspandere sin ideologi med bruk av makt, viste alvoret i situasjonen. En slik konflikt kunne bli av en eksistensiell art for nasjonens overlevelse i form av en total krig (Håkenstad, 2019, s. 27). Totalforsvaret var dermed en grunnleggende og avgjørende forutsetning for at Norge, med sitt lave folketall, store areal og beskjedne økonomiske ressurser, skulle makte å opprettholde et nasjonalt militært forsvar sterkt nok til at de skulle virke krigsavvergende (Børresen et al., 2004, s. 71).

3.1.2 NATO og Norge

I NATO alliansens første år var Norge å regne som et strategisk bakre område for alliansens bombefly. Et konvensjonelt underlegent NATO skulle forsvares mot et aggressivt ekspanderende Sovjetunionen gjennom strategiskbombing av Sovjetunionens dyp. Dette ville først og fremst innebære bruk av atomvåpen (Børresen et al., 2004, s. 72). En slik krig mellom NATO og Sovjetunionen ville vært eksistensielt for Norge, og bety en full mobilisering av samfunnet. De første tiårene etter opprettelsen av alliansen vektla NATO forsvaret av sentral Europa, og viste liten interesse for Norge. I alliansens første år var det først og fremst norske styrker som hadde oppgaven med å forsvare Nord-Norge. En Sovjetisk satsing på Kola-halvøya med oppbygning av Nord-flåten, og en strategisk annenslagsevne mot slutten av 1960 tallet økte også NATO sin interesse for nordområdene. I første omgang handlet dette om å forberede norske flyplasser for mottak av allierte jagerfly. I takt med utviklingen av taktiske atomvåpen kan det tenkes at sannsynligheten for å bruke slike våpen mot norske flyplasser også økte. Dette ville medført svært høye sivile og militære tapstall, og legge et kraftig press på helse- og omsorgssektoren sine ressurser. Totalforsvaret hadde derfor en

viktig oppgave med å evakuere befolkningen i utsatt områder. Men også å støtte helse- og omsorgssektoren direkte igjennom rens og behandling av sårede (Børresen et al., 2004, s. 72).

Mot slutten av 1970 tallet og starten på åttitallet går den kalde krigen inn i en ny fase, denne blir beskrevet som den andre kalde krigen. Dette betydde at Norge som NATO medlem med grense til Sovjetunionen ikke langt unna Kola-halvøya fikk en kraftig styrkeoppbygning (Børresen et al., 2004, s. 58). En viktig forutsetning for alliert mottak var, og er fortsatt, at Norge hadde gjort nødvendige forberedelser. En rekke avtaler ble inngått i form av utbygging av infrastruktur og forhåndslagring av materiell (Børresen et al., 2004, s. 66). Dette kan samles under begrepet vertslandstøtte og løses i rammen av totalforsvaret (NOU 2023: 17, s. 158).

En mobilisering av det norske Forsvaret og mottak av allierte forsterkninger til Nord-Norge, ville gi et økt press på de lokale helseforetakene som var tilpasset en relativt liten befolkning. I tillegg er Nord-Norge en landsdel med relativt store avstander. De aktuelle helseforetakene var først og fremst lokalisert langs kysten i Troms fylke og sørover i landet. To store amerikanske feltsykehus ble derfor forhåndslagret i Norge, hvorav et på Evenes og et i Stjørdal. Feltsykehuset på Evenes ble i 2021 erstattet med et nytt, og har en kapasitet til 150 pasienter. Dette er mindre enn sykehuset det erstattet, men har allikevel en god kapasitet i både sivil og militær målestokk (Nixon, 2021).

Saniteten i Forsvaret og helse- og omsorgssektoren var sterkt avhengig av totalforsvarets mobilisering. Slik at samfunnets totale ressurser kunne nyttes til å gi en troverdig vertslandstøtte til et alliert mottak. Men også for å kunne gi en helhetlig behandlingsskjede fra de stridende avdelingene, og hele veien tilbake til endelig behandling. Samtidig måtte også egen befolkningen sikres et nødvendig helsetilbud. Loven om helsemessig beredskap fra 1955 innebar blant annet tjenesteplikt for helsepersonell. Dette skulle sikre helseberedskapen på sykehusene, men også den kommunale beredskapen. I dag står dette i helseberedskapsloven (Pedersen et al., 2022, s. 154). Et annet eksempel på en slik bruk av sivilsamfunnets ressurser var at bilferjen Peter Wessel kunne utrustes som feltsykehus med 1000 senger, denne var tiltenkt å operere i Nord-Norge (Børresen et al., 2004, s. 72).

3.1.3 Totalforsvarets to komponenter

Den militære delen av totalforsvaret baserte seg i stor grad på et vernepliktig forsvar med få stående avdelinger, og en høy andel reservister som skulle mobiliseres. Den andre delen var mobilisering av sivilsamfunnets ressurser. Dette betydde at mennesker, materiell og infrastruktur ble stilt til

disposisjon for Forsvaret. På det meste kunne opptil 30 prosent av den norske befolkningen bli involvert i forsvaret av Norge. Helse- og omsorgssektoren bidro med over 100 000 mennesker, og utgjorde en betydelig del av totalforsvaret (Børresen et al., 2004, s. 66). Den sivile beredskapen kunne omfatte alt fra lagring av medisinskforbruksutstyr, til omlegging av produksjonen i industrien for forsvaret av Norge. Både transportnæringen og entreprenører måtte være forberedt på å stille i sin helhet. Da som nå var mye av forsyningsberedskapen basert på sivil sektor. Ambisjonen var å til enhver tid ha forsyninger for inntil 90 dager, fordelt på ulike og relevante geografiske lokalisasjoner. Forsvarets besparelser på å benytte sivile sektors ressurser var i 1988 anslått til fem forsvarsbudsjetter (Børresen et al., 2004, s. 71). Totalforsvaret baserte seg også på å mobilisere en stor andel kvinner for å etterfylle huller i samfunnets øvrige funksjoner ved en mobilisering. Kvinnene kunne derfor tenkes som en ubunden reserve som kunne settes inn til erstatning for mennene som ble kalt inn til tjeneste i Forsvaret (Håkenstad, 2019, s. 35).

Etter hvert skulle «Just in time» prinsippet gjøre seg gjeldende for helse- og omsorgssektoren (Pedersen et al., 2022, s. 148). Prinsippet utfordret totalforsvarskonseptet på flere måter. Ny teknologi, og mer effektiv distribusjon medføre at leveransetiden fra produsent til forbruker skulle gå ned. Dette skulle bety at lagerbeholdning ble mindre lønnsomt. Nedbygging av medisinskforbrukslagre skulle vise seg å være en stor utfordring da den globale korona pandemien rammet Norge i fra 2020 (NOU 2022: 5, s. 154) Den medisinske utviklingen betydde en høy grad av spesialisering, som igjen gir mindre fleksibilitet i kompetanse og volum (Pedersen et al., 2022, s. 146). I tillegg skulle en betydelig andel kvinner innta arbeidslivet. I dag har helse- og omsorgssektoren en høy andel kvinner. En kan videre tenke at denne utfordringen i økende grad vil omfatte Forsvaret i takt med innføringen av allmennverneplikt for begge kjønn. Dette fordi helsepersonell kan være disponert i Forsvaret og i helse og omsorgssektoren.

3.1.4 Oppsummering

Totalforsvaret var et verktøy for total krig. En krig som kunne bety bruk av atomvåpen, og et stort skadeomfang av soldater og sivilbefolkningen. Håndtering av en slik masseskade og massetilstrømninger av sårede vil bety et behov for å mobilisere alle samfunnets ressurser. En mobilisering av totalforsvaret ville ha stor konsekvens for det norske samfunnet og ble aldri mobilisert. En mobilisering ville i praksis bety en total militarisering av det norske samfunnet inkludert helse- og omsorgssektoren. Selv om hele totalforsvaret aldri ble mobilisert, ble deler av det jevnlig øvd. En kan derfor best beskrive totalforsvaret som et konsept, som var nøye regulert gjennom lover og planer med en tydelig ansvarsfordeling mellom sektorene. Totalforsvaret hadde en

viktig rolle for å sikre den sivil-militære helseberedskapen sin evne til å håndtere masseskader. Totalforsvaret gav en ramme for å fremskaffe ressurser som hverken Forsvaret eller helse- og omsorgssektoren selv hadde. Selv med samfunnets totale ressurser ville volumet en kunne forvente ved en total krig eller en invasjon av Nord-Norge være meget utfordrende å håndtere.

I det neste kapittelet skal oppgaven se på hvordan den sikkerhetspolitiske endringen i Europa er en faktor som påvirket utviklingen av totalforsvaret (Håkenstad, 2019, s. 35). Borgerkrigen på Balkan banet vei for en omstilling av Forsvaret til et innsats- og terskelforsvar med økende vervingsgrad som skulle delta i operasjoner utenfor Norge. (Forsvarsdepartementet, 2023, s. 37) Dette betydde et behov for et mindre totalforsvar, men som samtidig var mer tilgjengelig i det daglige. I det neste kapittelet skal oppgaven se nærmere på omstillingen av totalforsvaret i forhold til det nye risikobilde, og hva det betydde for den sivil-militære helseberedskapen.

3.2 Fra totalforsvar til samfunnssikkerhet etter 1990

I del to av kapittelet skal oppgaven besvare forskningsspørsmål nummer to.

Hvordan har det sikkerhetspolitiske bildet påvirket utviklingen av totalforsvaret, og hvilken betydning hadde dette for den sivil militære helseberedskapen.

Kapittelet skal innledningsvis beskrive det endrede risikobildet etter oppløsningen av Sovjetunionen, og hvordan det påvirket rollen og utviklingen av totalforsvaret. Deretter skal kapittelet beskrive hvordan risikoscenarioer og årlige risikoanalyser skulle danne grunnlaget for sektorenes beredskapsforberedelser. Avslutningsvis skal kapittelet se på hvordan tre tverrsektorielle fredstidskriser ble håndtert. En forståelse av krisehåndtering etter sektorprinsippet er viktig for å danne et bilde av utfordringer som må hensyntas i arbeidet med sivil-militært helseberedskap.

3.2.1 Beskyttelse av samfunnet

Med dagens sikkerhetspolitiske utfordringer for fastlands-Norge og tiliggende sjøområder, ligger vekten mer på hva Forsvaret kan gjøre for det sivile samfunnet, enn på hva det sivile samfunnet kan gjøre for å støtte Forsvaret. Samarbeidet mellom sivile og militære myndigheter for å støtte opp under samfunnssikkerhet omtales ofte som «sivilt militært samarbeid» (NOU 2006: 6, s. 38).

I en sikkerhetspolitisk situasjon hvor nasjonens eksistens forventes å måtte beskyttes mot en ytre fiende, markerte oppløsningen av Sovjetunionen et vendepunkt for det norske totalforsvaret. En konsekvens av at fokuset skiftet fra total krig over til kriser i fredstid var at planverket ikke ble vedlikeholdt. Blant annet forsvant øvelsene og systemene som skulle regulere totalforsvaret. Over tid medførte dette en forvitring av totalforsvaret (Forsvarsdepartementet, 2023, s. 41). Spesielt for den sivile beredskapen betydde dette en gradvis omlegging fra å understøtte Forsvaret og beskytte sivilbefolkningen i krig, til å sette søkelys på forebygging og krisehåndtering i fredstid (Endregard, 2019, s. 64).

Begrepet totalforsvar skulle erstattes med sivil-militært samarbeid, det betydde at en nå vektla hva Forsvaret kunne gjøre for sivilsamfunnet (NOU 2006: 6, s. 222). Sivilberedskap for krise og krig, og beredskap i fredstid ble på tidlig 2000 tallet samlet under begrepet samfunnssikkerhet (NOU 2006: 6, s. 36). Samfunnssikkerhet er samfunnets totale evne til å beskytte befolkningen gjennom å opprettholde samfunnskritiske funksjoner i fred, krise og konflikt i fred, og i krig (Endregard, 2019, s. 65). Dette fraviker ikke mye ifra kjernefunksjonene til totalforsvaret under den kalde krigen, nemlig å understøtte forsvaret, beskytte sivil befolkningen og opprettholde kritiske samfunnsfunksjoner (Håkenstad, 2019, s. 26).

Selv om totalforsvarets kjerneoppgaver ikke endret seg mye i fra den kalde krigen hadde verdensbildet endret seg markant. Det er viktig å se endringen som skjer i totalforsvaret etter murens fall i lys av den sikkerhetspolitiske situasjonen (NOU 2006: 6, s. 190). Prosjektene Beskyttelse av samfunnet (BAS) ved Forsvarets forskningsinstitutt på 1990 tallet utarbeidet et nytt dimensjonerende trusselbilde for totalforsvaret (Dette er FFIs forskning på beskyttelse av samfunnet, u.å.). Prosjektet skulle støtte Direktoratet for sivilberedskap, med å omstille totalforsvaret, slik at de ble mer relevant imot fremtidens utfordringer. Omstillingen skulle bety at beredskapen skulle vektlegge krisehåndtering og katastrofer i fredstid, og skulle se 10-15 år frem i tid (Hæsken et al., 1997, s. 6). Persepsjonen av Russland som trussel aktør endret seg gradvis utover 90-tallet til å være ikke eksisterende, og begrepet invasjon ble erstattet med sikkerhetspolitisk krise (NOU 2006: 6, s. 190).

Krigsscenarioene baserte seg på to hovedformer for angrep mot Norge. Et invasjons angrep og et begrenset angrep (Hæsken et al., 1997, s. 29). Det første betydde en langvarig krig hvor russiske bakkestyrker tok kontroll over viktig terreng i Finnmark. Dette scenarioet kunne utvides til å også gjelde Troms fylke, som ville innebære en mye større styrke enn om invasjonen var begrenset til

Finmark. Det impliserte også en varig okkupasjon av deler av Nord-Norge (Hæsken et al., 1997, s. 31–32).

Det andre krigsscenarioet var en kort krig. Dermed et begrenset angrep med kort varslings- og oppsetningstid. Varslingstiden var estimert kortere fordi angrepet ville gjøres med mindre stående styrker med kortere oppsetningstid. Eksempelvis luftlandestyrker, spesialstyrker og langtrekkende ild. Dette kan kalles for et raid, og går under kategorien strategisk overfall (Hæsken et al., 1997, s. 33). Et strategisk overfall vil vektlegge og ramme funksjoner, ikke på å ta terreng. Eksempelvis kan et raid rettes mot en viktig havn for fremføring av styrker, mens et strategisk overfall vil være å ta ut evne til å kommunisere (Hæsken et al., 1997, s. 35). Direkte angrep på sivilbefolkningen gjennom eksempelvis bombing var ikke en del av scenarioene (Hæsken et al., 1997, s. 29). Det var forventet at typiske mål var kritisk infrastruktur til fremføring av NATO styrker. Det samme var olje og gassindustrien, og sentral ledelse. Angrep langt sør i Norge ville være av begrenset omfang grunnet russisk kapasitet, og primært med langtrekkende ild eller spesialstyrker. Beskyttelsen av samfunnskritiske funksjoner skulle derfor bli en viktig oppgave for totalforsvarets forberedelser i fredstid (Hæsken et al., 1997, s. 36).

Begge formene for krig ville ha et betraktelig mindre omfang enn det scenarioet totalforsvaret hadde vært forberedt til. Det ville være naturlig at både militær- og sivil helseberedskap tilpasset seg. Utfordringene med lange evakueringsakser, og en spesialisthelsetjeneste som er tilpasset behovet til en liten befolkning er like relevante i de to nye krigsscenarioene som under den kalde krigen.

Parallelt med at trusselen fra Russland ble redusert, ble også behovet for medisinske beredskapslagre og bulk evakuering tilsvarende mindre (Pedersen et al., 2022, s. 156). I dag har ikke lenger Norge et forberedt alternativ til bulkevakuering som tilsvarer kapasiteten til Peter Wessel. I liket med resten av Forsvaret, skulle saniteten i Forsvaret tilpasses internasjonal innsats og bruke de neste tre tiårene på operasjoner i utlandet. Dermed ble den gjensidige avhengigheten mellom helse- og omsorgsektoren og saniteten videreført, men situasjonstilpasset, og i mye mindre omfang enn under den kalde krigen (Pedersen et al., 2022, s. 159). En beskrivelse av forholdet mellom saniteten og sivil helse i behandlingskjeden, skal oppgaven komme tilbake til i analysens siste delkapittel.

Forsvarets Forskningsinstitutt laget som del av BAS prosjektet en oversikt over kritiske samfunnsfunksjoner som var viktig å opprettholde for å beskytte befolkningen. Dette var knyttet til overnevnte funksjoner som ledelse, men også infrastruktur som telekommunikasjon (Endregard, 2019, s. 65). Spesielt fra 2000-tallet ble det rettet et søkelys på samfunnets sårbarhet mot uforutsette kritiske hendelser, eksempelvis naturkatastrofer, store ulykker og terrorisme. Dette

skulle bli et viktig fokusområde for utviklingen av et moderne totalforsvar (St.meld. nr. 39 (2003-2004), s. 15). Disse endringene medførte at fokuset til øving, planer og forberedelser i totalforsvaret skiftet fra statsikkerhet til samfunnssikkerhet. Etter hvert skulle også selve begrepet totalforsvaret bli erstattet med av sivil-militært samarbeid (NOU 2006: 6, s. 38).

Det sivil-militære samarbeidet baserte seg på en gjensidig støtte og samarbeid mellom sivilsamfunnet og Forsvaret. Dette skulle sikre en fortsatt effektiv bruk av samfunnets ressurser, men nå også i det daglige. Dette medførte at Forsvaret fikk flere ikke dimensjonerende oppgaver som del av samfunnsikkerhetsarbeidet. Det vil si oppgaver som ikke medførte endringer i forsvarets hovedoppgaver, men oppgaver som skal løses med ressurser Forsvaret har tilgjengelig. Et eksempel på dette kan være en trusselsituasjon som over tid medfører at politiet anmoder om bistand fra Heimevernet til å overta sikring av samfunnskritiske objekter (St.meld. nr. 39 (2003-2004), s. 15). Andre eksempler på ikke dimensjonerende oppgaver er når forsvarets helikopter bistår slukking av skogbranner, eller bruke forvarets personell i leteaksjoner. Det kanskje mest profilerte sivil-militære samarbeidet mellom Forsvaret og helse- og omsorgsektoren er strategisk luftevakuering. Blant annet støttet Forsvaret med strategisk luftevakuering i forbindelse med Tsunamien i 2004, evakuering av norske ebolapasienter, og den pågående evakueringen av pasienter i fra Ukraina (Sommerfelt-Pettersen, 2017, s. 33). I de kommende årene skulle øvelsene og planlegging i totalforsvarsrammen handle mye om hva Forsvaret kunne bidra med i forbindelse med redningsoperasjoner, terrorisme eller miljøkatastrofer (St.meld. nr. 39 (2003-2004), s. 18). Slike forberedelser skulle svare godt til de nasjonale risikobildet som ble presentert fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap i 2011 (NOU 2012: 14, s. 69).

3.2.2 Kriser og katastrofer

«I henhold til kongelig resolusjon av 3. november 2000 skal alle departementer, inklusiv UD, utarbeide beredskapsplaner og rapportere om dette arbeidet en gang i året til JD» (St.meld. nr. 37 (2004-2005), s. 11).

Utover 2000 tallet opplevde det norske samfunnet en rekke kriser som truet deler av det som kan kategoriseres under samfunnssikkerhet. Spesielt mange ble rammet av Tsunami katastrofen i 2004, 22. juli terroren i 2011 og koronapandemien i 2020. Tsunamikatastrofen resulterte i en stortingsmelding om krisehåndtering og strategisk ledelse. Rapporten anbefaler at det bygges videre

på de nasjonale prinsippene for krisehåndtering, eller sektorprinsippet. Utvalget støtter seg på anbefalingen til Sårbarhetsutvalget, om at det bør etableres en overordnet krisehåndteringsenhet med sikkerhet og beredskap som hovedområde (NOU 2000: 24, s. 11–12). Et slikt departementet skulle lede krisehåndteringen på strategisk nivå, og leder på etatene i de ulike sektorene. Ansvarsprinsippet i sektorprinsippet vil fortsatt være gjeldene, men organisatoriske ulikheter skulle bli mindre med en felles ledelse.

Denne anbefalingen ble ikke fulgt. I stedet ble Justisdepartementet tillagt et ansvar for samordning av beredskapen (St.meld. nr. 37 (2004-2005), s. 29), (NOU 2006: 6, s. 250). Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap ble opprettet for å bistå Justisdepartementet med å overse og koordinere planleggingen av samfunnsikkerhetsarbeidet (St.meld. nr. 39 (2003-2004), s. 64). Utfra erfaringene fra tsunamikatastrofen ble de også besluttet at et lederdepartement skulle utpekes, som da fikk hovedansvaret for håndteringen for den aktuelle krisen på strategisk nivå. Lederdepartement ville typisk være det som har det konstitusjonelle ministeransvaret for fagområdet. Dersom de utløste en ekstraordinær innsats av politiet, ville krisehåndteringen tilfalle Justisdepartementet. Ved en sikkerhetspolitisk krise tilfaller ansvaret Forsvarsdepartementet (NOU 2012: 14, s. 210). En tydelig ansvarsfordeling på departement, og så lik organisatorisk håndtering som mulig i hele konfliktspekteret, er i tråd med datidens gjeldende prinsipper for sikkerhets- og beredskapsarbeid. Samvirke var på dette tidspunktet ikke en del av prinsippene (NOU 2000: 24, s. 24).

Oppsummert er det kommisjonens syn at en manglende erkjennelse av sårbarhet og risiko, et overdrevent hemmelighold samt en tiltakende ansvarspulverisering med overdreven respekt for det konstitusjonelle ansvar er bakenforliggende årsaker til at det 22/7 var mulig å parkere en bombebil utenfor høyblokka (NOU 2012: 14, s. 444).

I 22. juli kommisjonens utredning kommer det frem at tverrsektoriell samordning i beredskapsarbeidet var krevende. Eksempelvis var det en ulik oppfatning av risiko, og evne til å utbedre erfaringer fra øvelser. Blant annet blir det konkludert at enkelte leders evne og vilje til å konkretisere ansvar, mål, og å iverksette nødvendige tiltak ikke var god nok (NOU 2012: 14, s. 16). Et eksempel på dette er arbeidet med å stenge Grubbegata for trafikk. Risikoen var identifisert flere år tidligere, men arbeidsprosessen var langsom og hadde ikke resultert i stenging da bomben i regjeringskvartalet gikk av. Til kommisjonen blir det pekt på at ansvarsprinsippet utfordret Justisdepartementets mulighet til å lage konkrete mål og å følge opp gjennomføringen for det tverrsektorielle beredskapsarbeidet (NOU 2012: 14, s. 77). Etter 22. juli 2011 blir derfor samvirkeprinsippet tillagt prinsippene for sikkerhet og beredskap. Dette gir den enkelte sektor et

ansvar for å koordinere sine planer med relevante aktører (NOU 2012: 14, s. 258). Prinsippene om ansvar, likhet, nærhet og samvirke er i dag de gjeldende prinsippene for arbeidet med samfunnssikkerheten (Samfunnssikkerhetsinstruksen, 2017).

Manglende tverrsektoriell samordning kan skyldes en streng eller normativ fortolkning av sektorprinsippet. Det konstitusjonelle ansvaret for en sektors ansvarsområde hviler på ministeren på vegne av regjeringen. 22 juli kommisjonen poengterer viktigheten av at departementene våger å blande seg inn i annen sektor når de har konkrete bekymringer, og at det er et felles ansvar at tverrsektorielle problemstillinger blir løst (NOU 2012: 14, s. 444)

Den enkelte statsråd har bare slik beslutningsmyndighet som regjeringen ikke ønsker å utøve selv (gjennom kongelig resolusjon). I denne forstand utøver statsrådene myndighet som de har fått delegert fra en samlet regjering. Av dette følger at en regjering ikke kan unnskyldes svikt i nødvendig samordning innenfor regjeringsapparatet ved å vise til den enkelte statsrådens ansvar (Direktoratet for forvaltning og IKT, 2014, s. 28).

Sitatet belyser et viktig poeng i analysen. Ansvaret for sektoren er delegert fra regjering til minister. Dette betyr at selv om det tverrsektorielle samarbeidet primært skjer i form av koordinering og informasjonsutveksling mellom sektorene, og at forpliktelse skjer i egen sektor i henhold til sektorens prioritering, har regjeringen fortsatt det overordnede ansvaret. Regjeringen har derfor et ansvar for en felles risikoforståelse, og at oppgaver med beredskapen prioriteres i henhold til regjeringens politikk. En bevissthet rundt dette kan være viktig for den videre utviklingen av den sivil-militære helseberedskapen, da beredskap koster og noen må betale for den.

22. juli kommisjonen tillegger også ansvaret for nedprioriteringen av sikkerhet og beredskapsarbeidet på samfunnet. Kommisjonen beskriver at det ikke var en god nok kultur for sikkerhet og beredskapsspørsmål blant befolkningen (NOU 2012: 14, s. 452). Funnet forsterkes av Forsvarskommisjonens rapport i 2023 som også viser til en manglende forståelse for egen rolle i totalforsvarskonseptet i det sivile næringslivet og i befolkningen (Forsvarsdepartementet, 2023, s. 65).

I likhet med naturkatastrofer og terror var også pandemi et av de dimensjonerende krisescenarioene som er utviklet av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Sannsynligheten var vurdert til 75 prosent. Dette betyr at det var høy sannsynlighet for at det skulle bli en pandemi i Norge i løpet av de neste hundre årene. Pandemi var også vurdert til å være det alvorligste scenarioet for liv og helse. Anslaget var 8000 døde og 35 000 alvorlig syke, hvor av 8000 ville trenge intensivbehandling i tolv

dager (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2019, s. 69). Koronapandemien hadde alvorlige konsekvens for Norge, og påvirket hele samfunnet. Koronakommisjonens andre rapport beskriver Norge som er godt rustet samfunn med et godt helsevesen, høy grad av tillit til beslutninger og en god ledelse. Kommisjonen viser til at pandemien ble håndtert igjennom allerede kjente og etablerte prosesser i helse- og omsorgssektoren. Dette muliggjorde en effektiv koronastrategi og gjennomføring av tiltak. Den viser videre til et godt samarbeid mellom direktorater og departementer, blant annet var politiske standpunkt lagt bort (NOU 2022: 5, s. 448). Kommisjonen konkluderer allikevel med at sektorprinsippet i dette tilfellet har sviktet ettersom ingen har tatt ansvar for å vurdere risikoen for samfunnet som helhet.

Vi konkluderte også med at et beredskapssystem basert på sektorprinsippet, der hver sektor skal vurdere sin egen risiko og sårbarhet, svikter når ingen har tatt ansvar for å vurdere summen av konsekvensene for samfunnet som helhet. Vi fant dessuten at regjeringen hadde foretatt risikovurderinger i hver sektor uten å fange opp hvordan risikoene i hver av sektorene påvirket hverandre (NOU 2022: 5, s. 449).

På tross av at pandemien var en varslet krise, var samfunnet ikke godt nok forberedt til å håndtere omfanget av pandemien (NOU 2022: 5, s. 444). Norge hadde ikke en tilstrekkelig forsyningsberedskap. Spesielt, men ikke utelukkende gjaldt dette medisiner og smittevernsutstyr. Norge hadde heller ikke avtaler som skulle sikre at befolkningen fikk et adekvat tilbud om dette. Hjelpen kom etter hvert etter avtale med EU. Kommisjonen viser til at dette var avhengig av enkeltpersoners relasjoner (NOU, 2022: 5, s. 446). Det var ikke øvd på, eller planer for håndtering av langvarig pandemi med nedstengning av samfunnet. Sektorenes risikovurdering var ikke sett i sammenheng, og der var derfor ikke gjort en helhetlig tilnærming i forberedelsene på en pandemi. Hva ville det eksempelvis bety for samfunnet når barnehager og skoler stenger, og foreldre som er utdannet som intensivsykepleiere må være hjemme (NOU 2022: 5, s. 449). En kan se for seg et lignende eksempel med helsepersonell som er disponert til Forsvaret, og samtidig har en rolle i kriseberedskapen på et sykehus. Dette hjemler spørsmål om i hvilken grad de sektorvis beredskapsplanene har tatt høyde for problemstillinger utover eget fagområde. Er beredskapsmessige behov vurdert når en stiller krav til elektrifisering i transportnæringen? Visst ikke busser og båter kan brukes i bulkevakuering utenfor opprinnelig rutenett vil dette ha en alvorlig konsekvens for den sivil-militære helseberedskapen. Spørsmålet belyser viktigheten av en lik risikoforståelse på tvers av sektorer, og behovet for en helhetlig tilnærming av alle samfunnets ressurser for å sikre forsvarsevnen og beskytte befolkningen.

Alle tre krisescenarioer finnes i den første beskyttelse av samfunnet rapporten i fra Forsvarets forskningsinstitutt. Scenarioene er fortsatt relevante, og står også i gjeldende analyse av krisescenarioer ifra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Denne krise- analysen må sees i sammenheng med direktoratets årlige «Nasjonal sårbarhets og beredskapsrapport» (NOU 2012: 14, s. 69). Scenarioene skal være et utgangspunkt for beredskapsarbeidet på alle nivåer (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2019, s. 19). Krisescenarioene må også sees i kontekst av andre etaters risikovurderinger for å aktualisere dem, eksempelvis vil terrortrusselen adresseres i de ulike sikkerhetstjenestenes årlige sikkerhetsvurdering (Meld. St. 10 (2016–2017), s. 155).

22. juli kommisjonen påpeker viktigheten av en felles risikoforståelse i hele det norske samfunnet. Selv om risikoen er kjent, og sannsynligheten er til stede, viser også koronakommisjonen at risikoforståelsen utenfor egen sektor ikke nødvendigvis er lik. Dette kan ha en betydning for hvordan den enkelte sektor har valgt å vektlegge arbeidet med beredskapen, og hvilke ressurser som er lagt ned for å kunne imøtekomme et slikt scenario. Eksempelvis synliggjorde pandemien hvor sårbart «just in time» logistikk var. Norge har i liten grad en egenproduksjon av medikamenter og medisinskforbruksutstyr, dette gjør befolkningen sårbar når hvert enkelt land begynte å stanse eksport av varer for å sikre egen befolkningen (NOU 2022: 5, s. 154). Ved et krigsutbrudd er det derfor mulig at den internasjonale etterspørselen av medisinskforbruksutstyr og medisiner vil utfordre den norske forsyningsberedskapen. Det er også et poeng at skadeomfanget i en krig er annerledes enn hva helse- og omsorgssektoren tradisjonelt er forberedt på, dette gjelde både i volum og omfang av skaden. Dette betyr at en må forvente et økt forbruk av blodprodukter. Dette er produkter som har kort holdbarhet (Brattebø, 2017, s. 40). Dette eksempelet kan overføres til andre varer og tjenester som i dag ofte har internasjonalt og privat eierskap (Forsvarsdepartementet, 2023, s. 66).

Forsvarets forskningsinstitutt beskriver en sivil-militær helseberedskapen som dårlig forberedt på krig. Blant annet er det en manglende koordinering mellom helse- og omsorgssektoren og Forsvaret.

Konsept og planer for sivil-militær helseinnsats baseres i dag på «just in time»-prinsippet. Etter FFIs vurdering medfører dette en organisering uten planlagt og prioritert ressurstilgang. Prinsippet om «just in case» bør i større grad danne grunnlaget for beredskapsplanverket, slik at ressursene er øvet, prioriterte og samordnet før krisen inntreffer. FFI anbefaler at militær sanitet og sivile helseressurser blir bedre koordinert og får flere interoperable løsninger, for å kunne håndtere de helsemessige konsekvensene av fremtidige trusler hurtigere og med mer organisatorisk fleksibilitet (Pedersen et al., 2022, s. 148).

Videre kan en lese i rapporten at saniteten er i liten grad nevnt i offentlige dokumenter, dette gjelder også dokumenter som strekker seg bakover i tid. Dette gjelder både i helse- og omsorgssektoren og forsvarssektorens dokumenter.

Likevel viser dokumentanalysen at saniteten i stor grad er fraværende i sivile planverk og styrende dokumenter for helsesektoren. I langtidsplanene for forsvarssektoren nevnes saniteten i svært liten grad (Pedersen et al., 2022, s. 73).

Sitatene kan tyde på at risikobildet mellom Forsvaret og helse- og omsorgssektoren ikke er omforent. I Nasjonal helse og sykehusplan for 2020 til 2023 beskrives norsk helseberedskap som god. Stortingsmeldingen sier videre at evaluering av øvelser og hendelser tilsier at helseberedskapen er godt forberedt til å håndtere sine oppgaver i katastrofer, herunder også i krig (Meld. St. 7 (2019 – 2020), s. 12). Dette er i kontrast til forskningen til Forsvarets forskningsinstitutt som beskriver en sivil-militær helsetjeneste som er kraftig underdimensjonert for oppgaven (Skjelland et al., 2023, s. 32).

3.2.3 Oppsummering

Etter oppløsningen av Sovjetunionen skiftet fokus i totalforsvaret fra å vektlegge nasjonens overlevelse til i større grad å vektlegge samfunnssikkerhet. Samfunnssikkerhet er samfunnets totale evne til å beskytte befolkningen gjennom å opprettholde samfunnskritiske funksjoner i fred, krise og konflikt, og krig (Endregard, 2019, s. 65). Dette fraviker ikke vesentlig fra kjernefunksjonene til totalforsvaret i tiårene før, nemlig å understøtte Forsvaret, beskytte sivil befolkningen og opprettholde kritiske samfunnsfunksjoner (Håkenstad, 2019, s. 26).

Selv om begrepet totalforsvar etter hvert ble erstattet med sivil-militært samarbeid, skulle kjernefunksjonene videreføres. Innsatsen ble flyttet fra å understøtte Forsvaret i krig til også å understøtte den daglige beredskapen knyttet til samfunnssikkerhet. Planverkene og koordineringsmekanismene ble tilpasset de nye oppgavene, og i en del tilfeller falt de bort.

Saniteten i Forsvaret og helse -og omsorgssektoren opprettholdt delvis sin gjensidige avhengighet gjennom å videreføre den sivil-militære helseberedskapen for soldater i utenlandstjeneste. Dette samarbeidet var en naturlig videreføring av sektoransvaret fra den kalde krigen. Avhengigheten kan derfor bedre beskrives som en naturlig rollefordeling enn en gjensidig avhengighet mellom sektorene. Rollefordelingen i behandlingsskjeden imellom saniteten i Forsvaret og helse -og omsorgssektoren skal beskrives i neste kapittel.

De tre overnevnte krisene var primært kriser i fred som berører samfunnssikkerheten. Omfanget av krisene for Norge som nasjon var heller ikke i nærheten av en total krig. Det er likevel mulig å ta med seg mange av erfaringene over til en krise som treffer statsikkerheten. Sentral styring og sektorprinsippet har stått sentralt i beredskap og krisehåndtering siden etterkrigstiden. Sektorprinsippet vil fortsatt være gjeldende med de samme krisehåndteringsmekanismene på nasjonalt nivå. En forskjell vil være at lederdepartementet på et tidspunkt vil skifte fra Justisdepartementet til Forsvarsdepartementet. Alle tre krisene viste utførelser med tverrsektoriell samhandling og koordinering. En streng fortolkning av sektorprinsippet utfordrer koordineringen i både planlegging, oppfølging og utførelse.

22. juli kommisjonen påpekte at helsevesenet hadde tatt læring ifra tidligere terrorangrep i europeiske byer i årene før, herunder gjort nødvendige tiltak for å håndtere et terroranslag med flere skadesteder. Selv om akuttmottakene var fulle på tidspunktet for angrepet var de planer for å frigjøre kapasitet til å håndtere et større antall pasienter enn hva tilfellet var (NOU 2012: 14, s. 174). Selv om helsesektorens håndtering av alle tre krisene blir regnet som tilstrekkelig, var det likevel flere tverrsektorielle svakheter i forberedelsene. Kommisjonene fremhever en ulik forståelse av risikobilde mellom sektorene, men også i befolkningen. Dette kan betyr at innsatsen vektlegges og planlegges på ulikt grunnlag innenfor de ansvarlige sektorenes fagfelt.

I neste kapittel skal oppgaven beskrive hvordan Forsvaret og helse- og omsorgssektoren prøver å overkomme tverrsektorielle utfordringer igjennom en regional tilnærming til sivil-militær helseberedskapsplanlegging.

3.3 En ny kald krig

Del tre av dette kapitlet skal besvare forskingsspørsmål nummer tre - *På hvilken måte er prinsippene i fra samfunnssikkerhetsinstruksen en del av den sivile militære helseberedskapen?*

Og forskingsspørsmål fire - *Hva er pilot for sivil-militær helseberedskapsplanlegging?*

Dette for å for å svare på problemstillingen -*Hvordan den sivil-militære helseberedskapen er forberedte på å håndtere masseskader i en artikkel 5-operasjon.*

Innledningsvis skal del tre beskrive hvordan en ny sikkerhetspolitisk kontekst aktualiserer totalforsvarets primæroppgaver med å understøtte Forsvaret, beskytte sivil befolkningen og opprettholde kritiske samfunnsfunksjoner (Håkenstad, 2019, s. 26).

For å skape et bilde av hva den sivil-militære helseberedskapen må være forberedt på, tar oppgaven utgangspunkt i et avgradert tapsestimat for 6. divisjon i en konvensjonell krig mot Sovjetunionen. Dette vil suppleres med nyere tall fra en amerikansk artikkel, som er basert på simulerte operasjoner med korps og divisjoner, og historiske data tilbake til andre verdenskrig. Med dette som utgangspunkt skal oppgaven se på hvordan blant annet totalforsvarsprogrammet skulle tilrettelegge for et tettere sivil-militært beredskapsarbeid. Oppgaven tar for seg arbeidet med den sivil-militære helseberedskapen gjennom å se på hvordan den er organisert i forhold til beredskapsprinsippene. Avslutningsvis vil oppgaven beskrive hvordan en pilot for sivil-militær heleberedskapsplanlegging mellom Helse Nord regionale helseforetak og Hæren kan være en viktig arena for å sikre at den sivil-militære helseberedskapen er forberedt på masseskader i en artikkel 5-operasjon.

3.3.1 Et selvhevdende Russland

Da Vladimir Putin talte på den internasjonale sikkerhetskonferansen i München i 2007 viste han et mer selvhevdende Russland. Russland kom med krass kritikk mot vestlig utvidelse gjennom NATO og EU medlemskap i deres nære interessesfære. Spesielt gjaldt dette i de tidligere Sovjetunionen statene, og etableringen av et missilforsvar (Putin, 2007). I samme tidsrom hadde Russland gjenopptatt patruljering langs NATO yttergrense med strategiske bombefly og ubåter. Gjennom modernisering av forsvaret hadde de reetablert evne til å opprette bastionforsvaret i fra den kalde krigen (Forsvarsdepartementet, 2008, s. 40).

Russlands invasjon av Øst-Ukraina og Krym vinteren 2014 markerer et skifte i NATO. NATO skulle nå vektlegge alliansen primære formål om forsvar gjennom avskrekking og kollektivt forsvar (NATO, 2022, s. 6). Russlands krig mot Ukraina, utløst av angrepet mot Kiev 22. februar er et sikkerhetspolitisk vendepunkt mellom øst og vest. Russland er i konfrontasjon med vesten, og krigen i Ukraina er fra russisk synspunkt en stedfortreder krig mellom NATO og Russland (Fokus, 2024, s. 28). Russisk politikk er ventet å være mer uforutsigbar ovenfor vesten enn tidligere. Økt NATO tilstedeværelse i nordområdene kan medføre økt spenningsforholdet mellom øst og vest. Spesielt spent kan det bli i Arktis der den russiske andreslagsevnen er. Dette fordi russiske landstyrker, også de i Arktis er kraftig redusert på grunn av krigen med Ukraina (Fokus, 2024, s. 10).

Samfunnssikkerhet og beredskap må utvikles i takt med endringer i trusselbildet. Russlands krigføring i Ukraina viser med all tydelighet hvilket press vårt samfunn, våre verdier og våre interesser i verste fall kan utsettes for. Vi må kunne tilpasse beredskapen vår også mot de aller mest krevende scenarioene, som atomhendelser og krig (NOU 2023: 17, s. 26)

Russland vil forsøke å ramme viljen så vel som den militære evnen til sin motstander. Russisk doktrine tillater derfor også å ramme sivile mål. Dette kan eksempelvis være samfunnskritiske funksjoner som ledelse, evne til å kommunisere, viktig infrastruktur som havner eller olje og gassinstallasjoner (Fokus, 2024, s. 39). På tross av vestlige sanksjoner og høyt tap av både personell og materiell kan Russland ha gjenoppbygd sin militære kapasitet så tidlig som tre til fem år etter at krigen i Ukraina er avsluttet (Fokus, 2024, s. 34). Russland gjør samtidig en omstrukturering av styrkene sine. Tidligere vektlagt de brigade stridsgrupper hvor de nå gjenopptar divisjoner. Dette er organiseringen russerne mener er hensiktsmessig i en krig mot vesten (Fokus, 2024, s. 41). For Norge betyr dette at vi igjen får store styrker nær egen grense. Dette skjer i en sikkerhetspolitisk kontekst som er mer usikker enn på lenge. Det som er sikkert, og som krigen i Ukraina bekrefter er at Russland har vilje til å bruke militære maktmidler for å nå sine mål. For den sivil-militære helseberedskapen betyr dette at helseberedskapen igjen må ta høyde for masseskader i en artikkel 5-operasjon.

3.3.2 Støtte til hva?

The Invasion of Normandy, named Operation Overlord, best demonstrates the massive number of casualties that can be seen in LSCO.⁵ The sheer magnitude of patients (Table (Table1),1), the transfer of casualties back to hospital ships from the beach, and the distance of travel to definitive care were some of the largest obstacles to care. Allied medical forces established 97,400 hospital beds in Great Britain, mobilized 8,000 doctors and 10,000 nurses, and gathered more than 800,000 pints of blood.⁴ Evacuation and treatment were conducted via 15 hospital ships and 50 Red Cross airplanes.⁴ (Remondelli et al., 2023, s. 181).

Forsvarets avgraderte tapsestimater fra 1979 for en konvensjonell krigføring i Finnmark med tre brigader, estimerte med 750 tap i døgnet, hvor av 600 var sårede og 150 døde. Helse- og omsorgsektoren måtte håndtere evakuering av 1000 pasienter fra Nord-Norge til Sør-Norge i døgnet i inntil 30 døgnet (Børresen et al., 2004, s. 72). I amerikanske simuleringer med operasjoner i divisjon og korps, og med mer enn 100 000 soldater i høyintensiv krig, estimeres det 3000 tap i døgnet. Hvor av 300 er døde, 1800 trenger evakuering, og 900 som trenger enkel behandling før de kan returnere til avdeling. Dette er tall som minner om Operation Overlord under andre verdenskrig, som i snitt hadde 2459 tap i døgnet over 85 døgnet. Til sammenligning er snittet i Ukraina i løpet av de 382 første dagene på 314 tap i døgnet, eller en total på 120 000 sårede og døde (Remondelli et al., 2023, s. 182). I analysen av norske krisescenarier fra 2019 var pandemi det alvorligste scenarioet for liv og

helse. Anslaget var 8000 døde og 35 000 alvorlig syke, hvor av 8000 vil trenge intensivbehandling i tolv dager (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2019, s. 69).

Selv om totalvolumene i eksemplene overstiger størrelsen på det norske Forsvaret med god margin, trenger likevel ikke disse tallene å være usannsynlige. Eksempelvis hadde NATO øvelsen Steadfast Defender-24 mer enn 90 000 deltagere. Denne øvelsen fokuserer nettopp på alliert forsterkning av Europa, inkludert det å sikre fremføring av styrker (NATO, 2024). NATO øvelsen Trident Juncture-18 hadde mer enn 50 000 deltagere (NATO, 2018)

I Norge vil det i tillegg bo sivilbefolkning i områder rundt kritisk infrastruktur. Dette kan være logistikk knutepunkter for alliert mottak, eller samfunnskritisk funksjoner som sentral ledelse. Militære og sivile pasienter vil begge ankomme de sivile sykehusene. Derfor må også sivile tapstall tillegges de militære. Dette sannsynliggjør masseskade scenarioer som er nærmere estimatene fra den kalde krigen enn estimatene for pandemi.

Etter at Finland og Sverige ble medlemmer av NATO har Norge også en rolle som et strategisk bakre område. Det kan derfor ikke utelukkes at norsk helse- og omsorgssektor kan få en samtidig rolle i evakuering og behandling av sårede i fra NATO sine operasjoner rundet Østersjøen, og i nordområdene (Forsvarsdepartementet, 2023, s. 89).

The sheer magnitude of patients (Table [\(Table1\),1](#)), the transfer of casualties back to hospital ships from the beach, and the distance of travel to definitive care were some of the largest obstacles to care (Remondelli et al., 2023, s. 181)

Det er et paradoks i dag at militære masseskader fortsatt er et potensielt mulig utfall av krigshandlinger i Norge, men saniteten har i dag ingen evne til bulkevakuering og har marginal kapasitet til å hospitalisere skadde, eller midlertidig holde på pasienter i påvente av sivil evakuering (Pedersen et al., 2022, s. 48).

Den amerikanske artikkelen har videre et viktig poeng, som også Forsvarets forskningsinstitutt har poengtert i sine funn i «Saniteten mot 2040». Nemlig utfordringen det er med å evakuere et høyt antall pasienter fra stridssonen og tilbake til hvor de kan få nødvendig behandling. Ut fra de to overnevnte sitatene kan det tyde på at evakueringen fra fronten og tilbake til sivile sykehus i dag kan være like utfordrende som i 1944, om ikke verre om ikke problemet ikke tas på alvor. Tidligere var dette behovet en viktig oppgave for totalforsvaret. Eksempelvis ved å utruste bilferjen Peter Wessel som hospitalskip eller utruste tog for pasienttransport. Vi skal gå mer i dybden på disse utfordringene i

de kommende avsnittene. Oppgaven skal ikke gå videre inn på diskusjonen om hva som er realistiske tapsestimater, fordi dette er gradert informasjon. Eksemplene på tapsestimater gir allikevel et bilde som underbygger viktigheten av en god og helhetlig tilnærming til sivil-militær helseberedskap.

3.3.3 Totalforsvaret for forsvar av Norge og beskyttelse av sivilbefolkningen.

De sikkerhetspolitiske endringene siden 2014 har igjen aktualisert totalforsvarets tradisjonelle oppgave om å understøtte Forsvaret i krise og krig. En rekke prosjekter har i de siste årene blitt iverksatt for å sikre denne evnen (Forsvarsdepartementet, 2023, s. 42). Totalforsvaret består i dag, som under den kalde krigen, av Forsvaret og det sivile samfunnets samlede ressurser. Den sivile delen av totalforsvaret er en sammensetning av offentlig og private sektorer og ulike myndighetsnivåer (Forsvarsdepartementet, 2023, s. 63).

Totalforsvarskonseptet «omfatter støtteordninger, samhandlingsmekanismer og samordningsfora som reguleres gjennom lover, forskrifter, kongelige resolusjoner, instruksjoner og relevante avtaler innen totalforsvaret i militær og sivil sektor (NOU 2023: 17, s. 154).

Eksempelet fra den kalde krigen, med en masseskade i Finnmark med påfølgende massetilstrømning av pasienter til Sør-Norge, vil selv med saniteten i Forsvaret og helse- og omsorgsektorens samlede ressurser være svært krevende å håndtere (Skjelland et al., 2023, s. 32).

Underdimensjoneringen dreier seg i hovedsak om tre forhold i en krigssituasjon: Marginale kapasiteter til fortløpende å evakuere store pasientvolumer fra militære avdelinger i kamp til sivile sykehus, svært lav militær evne til å holde på pasienter i påvente av evakuering og utilstrekkelig kapasitet i sykehusene til å motta og behandle et stort antall militære traumepasienter (NOU 2023: 17, s. 384).

Forsvarsanalysen fra 2022 påpeker at en av premissene for å muliggjøre dette er bulkevakuering. Dette er ressurser som i dag er delvis forvaltet av fylkeskommunen. Totalforsvaret har derfor en sentral rolle i den sivil-militære helseberedskapen for å sikre tilgang til de nødvendige ressursene som kreves for å forberede den sivil-militære helseberedskapen til en artikkel 5-scenario (NOU 2023: 17, s. 385)

I arbeidet med å bedre motstandsdyktigheten i samfunnet etablerte Helse -og omsorgsdepartementet et prosjekt som skulle adressere sektorens ansvar. Evnen til å håndtere

masseskade og massetilstrømning var en del av dette (NOU 2023: 17, s. 382).

Totalforsvarsprogrammet ble også etablert i 2016, under ledelse av Justis og beredskapsdepartementet. Totalforsvarsprogrammet iverksatte en rekke tiltak for å bedre det sivil-militære arbeidet med å styrke motstandsdyktigheten i samfunnet. Det var blant annet viktig å kartlegge hvem som har hvilke roller, ansvar og myndighet, for at sivilsamfunnets evne til å understøtte Forsvaret skulle bli bedre (NOU 2023: 17, s. 156).

Det å øve sammen er viktig for å få til et effektivt samvirke, og var derfor en målsetning med totalforsvarsprogrammet. Under NATO øvelsen Trident Juncture-18 skulle NATO øve på alliert forsterkning av Norge. Dette innebar at Norge var vertsnasjon for et alliert mottak av mer enn 50 000 allierte soldater med utstyr. Sivil-militært samvirke i rammen av totalforsvaret hadde en sentral rolle for å lykkes med gjennomføringen av øvelsen. Totalt var mer enn 50 ulike sektorer involvert, og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap hadde en sentral koordineringsrolle (Meld. St. 5 (2020–2021), s. 60).

Nasjonal Helseberedskapsøvelse ble gjennomført som del av øvelsen, og det ble blant annet øvd på håndtering av masseskader. Norge som vertsnasjon for et alliert mottak hadde et ansvar for helse- og omsorgstjenester til øvende avdelinger (NOU 2023: 17, s. 381). Det sivil-militære helseberedskapssamarbeidet i alle fasene av øvelsen resulterte blant annet i et vertsnasjonsstøttekonsept, prosedyrer for samvirke mellom sivil helse og militær sanitet, og utveksling av liaisoner. Det ble avdekket uklare samarbeidsrutiner mellom Forsvaret og helse- og omsorgssektoren (NOU 2023: 17, s. 383). Øvelsen belyste også en sterk underdimensjonering av sivil og militære helseressurser til å understøtte alliertmottak, og samtidig støtte de stridende avdelingene (Pedersen et al., 2022, s. 53). Ved en artikkel 5-operasjon i Norge, eller i våre nærområder, må helse – og omsorgssektoren være forberedt på å gjøre betydelige prioriteringer. Dette for å frigjøre tilstrekkelige ressurser for å ivareta oppgaven som vertsnasjon, understøtte forsvarets kampoperasjoner og opprettholde nødvendige helsetjenester for sivilbefolkningen. Totalforsvaret gir et rammeverk for avlastende tiltak, som kan bedre helseforetakenes kapasitet. Dette kan være å bruk frivillige organisasjoner som eksempelvis Norske kvinners sanitetsforening til å overta enkelte oppgaver i fra helse -og omsorgssektoren. Eksempler på dette kan være at organisasjonenes beredskapsambulanser overtar oppgaver fra den offentlige ambulansetjenesten, slik at de kan omdisponeres til andre landsdeler (Grunnan et al., 2024, s. 38).

Etter øvelsen ble de indentifisert et behov for å styrke arbeidet med beredskapsplaner på regionalt og lokalt nivå. Det ble avdekket at mesteparten av beredskapsarbeidet som er gjort i rammen av totalforsvarsprogrammet er på sentralt, eller nasjonalt nivå. Dette er i ulik grad kommunisert til det regionalt og lokalt nivå (Meld. St. 5 (2020–2021), s. 61–62).

Det er viktig å adressere ulikhetene i arbeidet med beredskap på de ulike nivåene, og på tvers av sektorer. Dette fordi prinsippet om nærhet og likhet er en viktig forutsetning i utførelsen av den sivil-militære helseberedskapen. Fylkeskommunen har mange av ressursene som kan sikre en evne til bulkevakuering av pasienter. Eksempelvis busser, hurtigbåter og ferger. Det er derfor viktig at slike ressurser planlegges med og prioriteres hvor behovet er størst (NOU 2023: 17, s. 383).

I Fylkets beredskapsråd møtes offentlige sektorer med beredskapsansvar, frivillige organisasjoner og privat sektor for å informere, skape en felles forståelse og diskutere beredskapsspørsmål. Rådet har også en rolle i krisehåndtering, men har ikke beslutningsmyndighet utover det ansvaret som er tildelt den enkelte sektor (Forsvarsdepartementet, 2018, s. 72). Rådets rolle med å tilrettelegge for tverrsektoriell samordning, og krisehåndtering kan beskrives som samvirke (Borch & Andreassen, 2020, s. 129). Rådet ledes av Statsforvalter, og gjennomføres en gang i året, og etter behov.

I Nordland deltar Forsvaret med representanter fra Forsvarets operative hovedkvarter og Heimevernet. Heimevernet har en viktig rolle i det daglige med å tilrettelegge for det sivil-militære samarbeidet på regionalt nivå (Statsforvalteren, 2024). I tillegg møtes Forsvaret og Helse Nord regionale helseforetak i sivil-militært kontaktmøte som arrangeres årlig av statsforvalteren i Nordland (Helse Nord, 2023, s. 26). Dette betyr at rådet er et forum hvor både sivil-sektor og offentlig-sektor kan møtes for å skape en felles situasjonsforståelse for hverandres behov, og koordinere innsatsen. Dette gjør det mulig å kartlegge og planlegge med ressurser som kan rekvireres ved behov (Grunnan et al., 2024, s. 31). Fylkets beredskapsråd kan delvis bidra til å løse utfordringene med å oppbevare pasienter fra Forsvaret, som venter på videre evakuering i den sivile behandlingsskjeden. Rådets sammensetning gjør det mulig å identifisere og koordinere bruken av egnet infrastruktur til dette formålet. En viktig forutsetning for å lykkes med dette er en felles situasjonsforståelse. Forsvarets operative planverk og tapstall er graderte, og Forsvaret er lite villig til å dele denne typen informasjon. Sammensetningen av fylkets beredskapsråd er derfor noe utfordrende for håndtering og deling av gradert informasjon. Det må derfor prioriteres å finne løsninger på hvordan gradert informasjon etter behov kan deles med deltagerne i fylkets beredskapsråd (Grunnan et al., 2024, s. 28).

3.3.4 Helseberedskapsloven og planverk

Lover, regler og prosedyrer og forhåndsplanlegging satte rammeverket for det gamle totalforsvaret. Etter oppløsningen av Sovjetunionen medfulgte endrede prioriteringer i sikkerhetspolitikken. Det var primært lovverket som bestod av det opprinnelige totalforsvaret. (Forsvarsdepartementet, 2023, s. 41). Helseberedskapsloven er ett godt eksempel på hvordan lovverket tilrettelegger for en mobilisering av helse -og omsorgsektorens ressurser til å understøtte Forsvaret i en artikkel 5-operasjon.

Den som har ansvaret for en tjeneste, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov. Tilsvarende skal den som fører tilsyn med en virksomhet, også føre tilsyn med virksomhetens beredskap (Pedersen et al., 2022, s. 60)

Helseberedskapsloven, men også øvrige helselover, og beredskapslover åpner for flere fullmakter i krise, katastrofe i fredstid, og i krig (Pedersen et al., 2022, s. 124). Under koronapandemien ble studenter og pensjonister brukt i oppgaver som normalt krever autorisasjon som helsepersonell. Slik bruk av ikke autorisert personell betyr at loven gir fullmakt til å fravike standarder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 7). Utvidede fullmakter gjøre det mulig å samle alle helseressurser, både offentlige og private under en sentral ledelse. Dette kan være nødvendig for å sikre at den den sivil-militære-helseberedskapen er robust nok til å håndtere en artikkel 5-scenario (Meld. St. 5 (2023 –2024), s. 42). Loven pålegger de ansvarlige virksomhetene en planplikt til å utarbeide beredskapsplaner, som er koordinert og øvd med andre aktører. Dette vil være i tråd med samvirkeprinsippet. Helseberedskapsloven presiserer tydelig ansvaret som de ulike helseforetakene har gjennom beredskapsarbeid for å sikre befolkningen helse og omsorgstjenester, inkludert Forsvaret og allierte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001).

Forsvarets operative planverk beskriver støttebehovene fra helse- og omsorgssektoren. Eieren av de operative planverket er sjef FOH, som er delegert myndighet til den operative ledelsen av Forsvaret på vegne av forsvarsjefen (Forsvarsdepartementet, 2018, s. 31). Forsvarsgrenene med sine underliggende avdelinger har sine egne grenvise sanitetsplaner.

For å sikre felles innsats i rammen av totalforsvaret nyttes nasjonalt beredskapssystem. Dette kan beskrives som et sivil-militært planverk og har til hensikt å sikre en forutsigbar og effektiv strategisk

styring. Systemet er bygget på NATOs Crisis Response System. Systemet deles videre inn i Beredskapstiltak for forsvarssektoren (BFF) og Sivilt beredskapssystem (SBS). Videre er det inndelt i underkategorier, eksempelvis Sivilt beredskapssystem -helse. Systemet består av avtaler, prosedyrer og tiltak som kan iverksettes på de ulike statlige myndighetsnivåene. Dette kommer i tillegg til samarbeidsavtaler og bistandsinstrukser. De ulike beredskapstiltakene er utledet videre i delplaner, slik at en sikrer nødvendig reaksjonsevne (Forsvaret, 2019, s. 68). Dette kan beskrives som formaliserte mekanismer, og er hensiktsmessig i den grad oppgaven er kjent slik at det er mulig å forberede seg godt. Dette kan være viktig når samvirkepartnere som til daglig ikke jobber sammen må samhandle om krisehåndtering. (Borch & Andreassen, 2020, s. 135).

Nasjonal helseberedskapsplan er det overordnede rammeverket for helse- og omsorgssektorens forebygging og håndtering av alle typer kriser og hendelser. Ut fra den finnes det en rekke fag og delplaner som eksempelvis Nasjonal CBRNE-plan og Sivilt beredskapssystem -helse. Nasjonal helseberedskapsplan er tydelig på at beredskap bygges på sektorens daglige virksomhet og planlegging. Regional Beredskapsplan for Helse Nord gir tilsvarende rammer for spesialhelsetjenesten i Nordland, Troms og Finnmark. Utledet av denne finnes det ulike delplaner for eksempelvis understøttelse av Forsvaret og vertsnasjon støtte. På lokalt nivå finnes beredskapsplaner for de enkelte helseforetak, og operative beredskapsplaner for spesialisthelsetjenesten. Slike planer skal i tråd med planplikten og ansvarsprinsippet være koordinert, og øvd med aktuelle samvirkepartnere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 5), (Beredskapsplaner og beredskapsnivåer i Helse Nord, 2023, s. 13).

3.3.5 Helseberedskapsmodellen og Forsvaret

Erfaringer fra håndteringen av korona pandemien har belyst at en helsekrise rammer samfunnet på tvers av sektorer, noe som ofte fordrer en tverrsektoriell tilnærming til krisehåndtering. En ny helseberedskapsmodell skal bidra til å skape en felles trussel persepsjon, og en bedre risikoforståelse. Det konstitusjonelle ansvaret for den sivil-militære helseberedskapen er fra regjeringen delegert Helse- og omsorgsdepartementet. Dette er i tråd med sektorprinsippet. Helseberedskapsmodellen skal klargjøre ansvar og roller i helseberedskapen. I den nye modellen vil ansvaret for tverrsektoriell, og sektorovergripende krisehåndtering være på departements nivå. Dette skal sikre en bedre strategisk styring i krisehåndtering (Meld. St. 5 (2023 –2024), s. 8).

Helseberedskapsrådet er sektorens verktøy i krise og beredskapshåndtering på departements nivå med deltagelse av sektorens direktorater. Andre sektorer kan inviteres ved behov. Rådet skal sikre en

strategisk ledelse av sektorens arbeid med sikkerhet og beredskap i fred og krise. Dette inkluderer blant annet å etablere en lik situasjonsforståelse, kompetanseheving, øvelser og iverksette nødvendige krisehåndteringstiltak (Meld. St. 5 (2023 –2024), s. 15).

Helseberedskapssekretariatet skal ivareta sekretariatfunksjonen for rådet, og til eventuelle ekspertutvalg som opprettes etter behov. Sekretariatet har hospitanter, og kan utveksle liaisoner fra sektorens underliggende etater, eller andre departement. Sekretariatet skal sikre koordineringen, involvering og minske avstanden mellom departement og etatsnivå (Meld. St. 5 (2023 –2024), s. 15).

Arbeidet med den sivil-militære helseberedskapen, som var helseberedskapsrådets opprinnelige oppgave, flyttes til utvalg for sivil-militært helseberedskapssamarbeid. Utvalget ledes av Helsedirektoratet. Dagens nestleder er sjef Forsvarets sanitet, som også er forsvarsjefens sanitetsrådgiver. Dette er et av seks utvalg som skal arbeide med kritiske områder innenfor helseberedskap. Utvalgene har en tverrsektoriell sammensetning ut fra mandat, og skal sikre samvirke igjennom en helhetlig tilnærming til analyser, forståelse av scenario og planverk. Utvalget skal være en arena som inkluderer frivillige organisasjoner og næringslivet i arbeidet med beredskap. Utvalget kan i krisehåndtering typisk bidra til situasjonsforståelse, koordinering og samordning av planer (Meld. St. 5 (2023 –2024), s. 16).

Ansvar for de sivil-militære samarbeidet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Forsvaret ligger hos Forsvarsdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 23).

Forsvarsdepartementet har ansvar for egne etater som berører helseberedskapen, eksempelvis Forsvaret ved Forsvarsstaben, Forsvarets sanitet, Forsvaret operative hovedkvarter og Forsvarets logistikk organisasjon (NOU 2023: 17, s. 382). Overnevnte organer var tidligere representert i det gamle helseberedskapsrådet, og i denne oppgaven forutsettes det at utvalget for sivil-militært helseberedskapssamarbeid, viderefører en lignende deltagelse i fra Forsvaret. Forsvarets sanitet har oppgaven med å koordinere de operative planverkene med helse- og omsorgssektoren. Dette blir gjort gjennom totalforsvarsgruppe helse med representanter i fra helsedirektoratet, de regionale helseforetakene (Nytt samarbeid styrker norsk helseberedskap, 2022).

Den nye helseberedskapsmodellen plasserer tydelig ansvaret for helseberedskapen hos Helse- og omsorgsministeren. I kapittel to av analysen har oppgaven belyst at en sterk normativ fortolkning av sektoransvaret kan være et hinder i arbeidet med tverrsektorielle beredskapsforberedelser. I henhold til sektorprinsippet kan en normalt ikke pålegge en sideordnet etat, eller en sivil aktør en

oppgave. Det vil si at arbeidet som utføres i utvalget for sivil-militært helseberedskapssamarbeid ikke kan forplikte andre enn egen etat. Utredninger og anbefalinger må tas med tilbake til eget departement, som deretter må prioritere opp imot andre oppgaver (Helse -og omsorgsdepartementet, 2014).

22. juli kommisjonen påpeker at det er et felles ansvar å løse tverrsektorielle problemstillinger som angår sikkerhet og beredskap (NOU 2012: 14, s. 444). Det kan være en styrke med den nye helseberedskapsmodellen at Helse- og omsorgsdepartementet tar en tydeligere rolle i arbeidet med helseberedskapen, og spisser den sivil-militære helseberedskapen i et eget utvalg. Det at den nye helseberedskapsmodellen også tilrettelegger for tverrsektoriell involvering i både helseberedskapsrådet, sekretariatet og utvalgene kan bidra til å styrke de sosio-emosjonelle samvirke mekanismene mellom sektorene som deltar (Borch & Andreassen, 2020, s. 136). Dette kan eksempelvis bety bedre tillit og tettere kommunikasjon, også utenfor de faste møtene.

Utredningene etter de tre fredstidskrisene viser også til viktigheten av en lik risikopersepsjon og situasjonsforståelse i arbeidet med beredskap. En av målene til den nye helseberedskapsmodellen er å skape en felles forståelse, for å gi et grunnlag til å prioritere arbeidet, og videre øve på relevante scenario. Det er derfor viktig at Forsvarets sektor er bevisst eget ansvar med å tydeliggjøre egne behov for støtte fra helse- og omsorgssektoren. Dette innebærer å utarbeide tapsanalyser i henhold til operasjonskonsept, og være villig til å dele dette med naturlige samvirkepartnere (Skjelland et al., 2023, s. 32), (Pedersen et al., 2022, s. 120).

3.3.6 Så sivilt som mulig -så militært som nødvendig

Norge har ett helsevesen som skal ivareta helse -og omsorgstjenestene i fred, krise og krig. Dette inkluderer støtte til Forsvaret og allierte. Tidligere sjef for Forsvarets sanitet, Generalmajor Reichelt beskrev den sivil-militære helseberedskapen som: Så sivilt som mulig, og så militært som nødvendig (Pedersen et al., 2022, s. 163). Dette er en treffende beskrivelse på den gjensidige avhengigheten mellom sivil helse og militær sanitet i håndtering av masseskader i en artikkel 5-scenario.

I behandlingsskjeden samsvarer forsvarrets traumesystem godt med det sivile traumesystemet (NOU 2023: 17, s. 382) Forsvaret har en viktig rolle i behandlingsskjeden hvor de sivile ikke kan operere trygt. Eksempelvis evakuering fra stridende avdelingene hvor egenbeskyttelse, mobilitet og situasjonsforståelse har stor betydning for evnen til å samvirke, men også for å ivareta egen sikkerhet (Arnesen et al., 2018, s. 19).

I traumebehandling er tid en viktig faktor for at pasienten skal overleve, og forsvarets traumesystem er derfor basert på NATO timelines. NATO timelines tilsier at pasienten innen to timer etter skaden skal være evakuert til en sanitetsinstallasjon som kan gi stabiliserende kirurgi etter pasientens behov. Forsvarets traumesystem baseres derfor på en tidsriktig evakuering av pasienter over til det sivile traumesystemet for endelig behandling (Forsvarets sanitet, 2021, s. 5). Det sivil-militære traumesystemet vil bli sterkt utfordret i en artikkel 5-operasjon på grunn av pasientvolum, avstander og behandlingsskapasitet. Dette vil resultere i svært krevende prioriteringer om hvilke behandlinger som kan tilbys i hele behandlingstjenesten (NOU 2023: 17, s. 385). Det er derfor viktig med en helhetlig tilnærming med etablerte prosedyrer for prioritering av behandling, og når de lar seg gjøre å fravike standarder for å muliggjøre nødvendig behandling for flest mulig (Pedersen et al., 2022, s. 124).

Den sivile helse- og omsorgssektoren har ansvaret for den akuttmedisinske beredskapen i fred og krig. Dette betyr i henhold til prinsippet om likhet at den sivile akuttmedisinske kjeden skal om mulig fungere på samme måte i krig som i fred (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 5). De to sektorenes traumesystem underbygger viktigheten av likhetsprinsippet. Spesielt viktig er dette fordi saniteten i Forsvaret er tilpasset å dekke de akutte behovene, men underdimensjonert i forhold volum, og er videre helt avhengig av helse- og omsorgssektorens ressurser. Dette er et argument for at evnen til å håndtere masseskader i en artikkel 5-operasjon løses best i rammen av totalforsvaret.

Norge har et helsevesen i fred og i krig. De ulike oppgavene i behandlingsskjeden fordeles mellom de to sektorene ut fra trusselnivå. Det sivil-militære helseberedskapen er godt eksempel på samvirke. En slik oppgave fordeling, sammen med ressurser fra øvrige sektorer vil være en krevende å koordinere og lede for de to sektorene, og forutsetter en felles situasjonsforståelse (Pedersen et al., 2022, s. 127). Det er derfor viktig at sektorene sammen klarer å ta konseptene fra nasjonalt nivå, og omgjøre dette til konkrete planer og prosedyrer på alle nivåer i behandlingsskjeden. Dette er også en viktig forutsetning for å lykkes med prinsippet om nærhet i håndtering av masseskader. I dag skjer primært koordineringen av innsatsen mellom helse- og omsorgssektoren og Forsvaret i form av liaisoner på direktoratsnivå, det vil si det rådgivende nivå (Pedersen et al., 2022, s. 126). Det at den nye helseberedskapsmodellen skal løfte kriseledelsen fra Helsedirektoratet til departementet kan sikre en tydelig strategisk ledelse av krisehåndtering. Det må fortsatt adresseres hvordan dette skal gjøres på de lavere nivåene, og i alle sektorene som er involvert i håndteringen av den sivil-militære helseberedskapen.

Det er en stor forskjell på hva den sivil-militære helseberedskapen skulle løse under den kalde krigen i rammen av et totalforsvar, og hva de sivil-militære samarbeidet etter oppløsningen av Sovjetunionen skulle dimensjoneres for. Et bevisst forhold til hvilke trusler dagens Russland utgjør har mye å si for arbeidet med sivil-militære helseberedskap og totalforsvaret (Meld. St. 5 (2023 – 2024), s. 8).

3.3.7 Pilot sivil-militær helseberedskapsplanlegging.

I de siste årene har mye arbeid blitt nedlagt for å sikre et robust og motstandsdyktig samfunn. Det er likevel belyst i Totalberedskapskommisjonens utredning at det gjenstår en del arbeidet med kapasiteten til å håndtere masseskader. Oppgaven har tidligere beskrevet at det er forskjeller i graden av beredskapsforberedelser mellom sektorer. Det er også forskjeller mellom nasjonalt nivå og de lavere nivåene. Mye som gjøres på nasjonalt nivå bærer preg av å være konsepter som i liten grad adresser hvordan det skal løses (Pedersen et al., 2022, s. 55).

«Et stort kapabilitets gap er knyttet til ledelse og samvirke. Det er ikke en godt nok forankret felles situasjonsforståelse mellom saniteten og helsevesenet i totalforsvaret. Dårlig felles situasjonsforståelse er et direkte utfall av at man ikke fortløpende produserer et felles situasjonsbilde til nytte for saniteten og helsevesenet. I 2022 er det fortsatt få etablerte nettverk for sivil-militær interaksjon som er egnet for å bedre situasjonsforståelsen. I de tilfeller det eksisterer nettverk, har de tydelige strukturelle hull. De etablerte sivil-militære arenaer som diskuterer sanitet og helse, leder sjelden frem til beslutninger og tiltak rettet mot Norge i krig»(Pedersen et al., 2022, s. 18). (Helse -og omsorgsdepartementet, 2021, s. 11)

I januar 2021 ble de regionale helseforetakene gjennom foretaksmøte bedt om å styrke sitt beredskapsarbeid. På egen anbefaling fikk Helse Nord regionale helseforetak i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å etablere en pilot for sivil-militær helseberedskapsplanlegging. Erfaringene fra piloten skulle være grunnlaget for det sivil-militære beredskapsarbeidet i øvrige helseforetak (Helse -og omsorgsdepartementet, 2021, s. 11)

Pilot for sivil-militære helseberedskapsplanlegging kan deles i to planleggingsgrupper. Den første gruppen er mellom Universitetssykehuset i Nord-Norge helseforetak, Finnmarkssykehuset helseforetak, og Hæren. Den andre gruppen er mellom Nordlandssykehuset helseforetak, Helgelandssykehuset helseforetak og Sør-Hålogaland Heimevernsdistrikt-14. Dette er naturlig

inndeling i forhold til nærhetsprinsippet og planplikten i helseberedskapsloven (Helseberedskapsloven, 2001). Planleggingen er primært i regi av helseforetakene med jevnlig møter i regionalt beredskapsutvalg. Planleggingen har vært direkte mellom helseforetak og avdeling, og gått utenom møtearenaene som skjer i regi av statsforvalter. Resterende regionale helseforetak fikk i foretaksmelding for 2023 i oppgave å starte beredskapsplanlegging koordinert med Forsvaret. Dette var ett år i forkant av planen, men nødvendig i forhold til den nye sikkerhetspolitiske situasjonen i Europa. Planleggingen skulle ta høyde for hele krisespekteret (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023, s. 6).

Hæren er en taktisk kommando som Forsvarets operative hovedkvarter leder på ut fra et oppdragsbasert ledelseskonsept (Forsvaret, 2019, s. 181). Det er derfor naturlig at Helse Nord regionale helseforetak og underliggende helseforetakene i henhold til samvirkeprinsippet, og plikten til beredskapsplanlegging jobber tett sammen med Forsvarets operative hovedkvarter på nasjonalt nivå, og Hæren på regionalt og lokalt nivå. Helseberedskapsloven § 2-2 pålegger de regionale helseforetakene og de enkelte helseforetak å utarbeide beredskapsplaner. Det vil si at Helse Nord regionalt helseforetak har et ansvar for at helseberedskapsplaner er koordinert med Forsvaret i sitt ansvarsområde (Forsvarsdepartementet, 2018, s. 41). Hæren har også en gjensidig forpliktelse til å koordinere sin sanitetsplan med Helse Nord regionale helseforetak. Dette er hjemlet i ansvaret styrkesjefene på alle nivåer har for å sikre en adekvat, og tidsriktig sanitetstjeneste for sine avdelinger (Pedersen et al., 2022, s. 70).

Piloten for sivil-militær helseberedskapsplanlegging er en arena hvor det taktiske nivåene i den sivil-militære helseberedskapsplan møtes. Denne tydelige avgrensingen til nivå og avdelinger, er derfor et viktig bidrag for å omgjøre konsepter til konkrete planer og prosedyrer. Det er på dette nivået Hæren sine sanitetsavdelinger og de sivile helseressursene i den akuttmedisinske behandlingsskjeden kan samordne sine planer, og gjennomføre felles øving. Dette er avdelingene som i praksis utgjør det sivil-militære traumekonseptet, og er i tråd med beredskapsprinsippet om nærhet. Dette understreker pilotens relevans for å få til et effektivt sivil-militært samarbeid i behandlingsskjeden.

Piloten kan videre styrke samarbeid gjennom å bygge relasjoner mellom de militære og sivile planleggerne. Gode relasjoner kan forsterke tillitt og vilje til å løse oppdrag. En gruppe med sterke sosiale bånd kan eksempelvis ha en bedre felles forståelse for oppgaven og være mer tilpasningsdyktig til endringer i situasjonen (Borch & Andreassen, 2020, s. 136). En bedre tillit mellom militære og sivile planleggere kan bidra til å løse utfordringen med manglende vilje til å dele tapsestimater og gradert informasjon. Piloten kan derfor også være et viktig bidrag for å skape en

felles forståelse for trussel og risiko på det taktiske nivået. Piloten svarer også direkte på utfordringen som helseforetakene beskrev for totalberedskapskommisjonen om manglende arenaer og nettverk for sivil-militært samvirke (NOU 2023: 17, s. 384).

Piloten er forankret i Helse Nord regionale helseforetak, som har ansvaret for beredskapsarbeidet i underliggende helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 6). Det kan være en styrke at det regionale helseforetakene har en representasjon på alle ledelsesnivåene i helseberedskapen, og dermed kan bidra å løfte problemstillingene fra taktisk nivå til nasjonalt nivå. Dette kan hjelpe å skape et situasjonsbilde på nasjonalt nivå, og på tvers av øvrige helseforetak. Forsvaret har sammenlignbar kommando struktur, og er representert på de ulike nivåene hvor de er naturlig å samvirke med helse -og omsorgssektoren. Forsvarets representasjon i de ulike forumene er til sammenligning mer fragmentert. Saniteten er på de ulike nivåene representert av forskjellige avdelinger. Det betyr at det ikke er en direkte sammenlignbar linje som løfter nødvendige problemstillinger fra saniteten på taktisk nivå i Hæren til Forsvarsledelse på strategisk nivå. Dette kan gi en situasjonsforståelse som er ulik ut ifra hvilke roller og ansvar avdelingen som er representert har (Pedersen et al., 2022, s. 128). Det ligger derfor et stort potensial i piloten mellom Hæren og Helse Nord regionale helseforetak i å fremme helseberedskapsarbeidet på det taktiske nivået for å sikre at saniteten i Forsvaret og helse -og omsorgssektoren gjør nødvendige beredskapsforberedelser for kunne håndtere en artikkel 5-operasjon.

3.3.8 Oppsummering

Totalforsvaret har i en tredje vending igjen begynt en omstilling for å imøtekomme den nye sikkerhetspolitiske situasjonen i Europa. Totalforsvarsprosjektet var et av mange tiltak som ble iverksatt for å tilrettelegge for en bedre koordinering av den sivile støtten til Forsvaret. I dag finnes det en rekke forum for tverrsektoriell koordinering. Erfaringer fra blant annet øvelse Trident Juncture-18, men også koronapandemien viser at det fortsatt er mye som gjenstår. Det er i dag stor divergens mellom de ulike ledelsesnivåene og sektorene i beredskapsforberedelsene. For den sivil-militære helseberedskapen er dette en viktig utfordring å løse. Dette fordi Forsvaret og helse- og omsorgssektorens samlede ressurser kan bli utfordret av pasientvolumet i en artikkel 5-operasjon. En rekke av gapene i behandlingkjeden må lukkes av ressurser fra eksempelvis den kommunale sektoren. Dette forutsetter en helhetlig prioritering av beredskapsarbeidet i flere sektorer.

Den sivil-militære helseberedskapen har en tydelig forankring i beredskapsprinsippene i samfunnssikkerhetsinstruksen. Helseberedskapsloven er tydelig på ansvarsprinsippet på alle nivåer. En ny helseberedskapsmodell skal sikre en tydeligere strategisk ledelse av sektoren før, under og

etter en krise. Det at de to sektorenes traumekonsept er tilpasset hverandre er et godt eksempel på hvordan likhet- og nærhetsprinsippet ivaretas av en felles behandlingsskjede. Det er likevel mye som gjenstår i arbeidet med samordning av planer og prosedyrer før en kan si at prinsippet samvirke er tilstrekkelig ivaretatt. Et pilotprosjekt som er igangsatt i regi av Helse Nord regionale helseforetak har til hensikt å utarbeide beredskapsplaner sammen med Forsvaret. Denne tilnærmingen kan være et viktig steg for å omgjøre konsepter til konkrete planer. En viktig forutsetning for planlegging på alle nivåer er at Forsvaret er tydelig på sine støttebehov.

4 Oppsummering og konklusjon

I dette kapitlet skal jeg oppsummere funnene i oppgaven, og søke å svare på oppgavens problemstilling: -Er den sivil-militære helseberedskapen forberedt på å håndtere masseskader i en artikkel 5-operasjon, og hvordan er den i så fall forberedt for en slik oppgave?

Oppsummeringen er i samme kronologiske rekkefølge som analysekapitlet. Analysedelen har belyst hva totalforsvaret er. Deretter har oppgaven sett på hvordan totalforsvaret har utviklet seg i tre vendinger, og hvilken rolle dette har hatt i forholdet mellom saniteten i Forsvaret og helse- og omsorgssektoren. Ved å se på sektoransvarets sterke posisjon i tre fredstidskriser, har oppgaven belyst utfordringer i det tverrsektorielle beredskapsarbeidet. I analysens siste del har oppgaven beskrevet et masseskadescenario, for deretter å beskrive hvordan sektoransvar og beredskapsprinsippene gjør seg gjeldende i den sivil-militære helseberedskapen. Dette er beskrevet med vekt på det taktiske nivået mellom Hæren og Helse Nord regionale helseforetak i rammen av totalforsvaret. Avslutningsvis har oppgaven analysert hvordan en pilot for sivil-militær helseberedskapsplanlegging kan være et viktig bidrag til i sektorenes forberedelser til masseskader.

4.1 Oppsummering

Totalforsvaret består av Forsvaret og den sivile beredskapen. Totalforsvaret var opprinnelig en mobilisering av hele samfunnets samlede ressurser for å forsvare Norge og beskytte befolkningen ved utbrudd av total krig med Sovjetunionen. Høye tapsestimater medførte en gjensidig avhengighet mellom saniteten i Forsvaret og landets sivile helse- og omsorgssektor. Dette var nøye regulert gjennom planverk, lover og forumer for koordinering mellom sektorene. Direktoratet for sivil beredskap hadde en sentral rolle i å koordinere og tilrettelegge. Deler av totalforsvaret ble jevnlig øvd, men totalforsvaret i sin helhet ble aldri mobilisert eller øvd. Totalforsvaret kan best beskrives

som et konsept. Et totalforsvar basert på mobilisering av sivilsamfunnet til støtte for Forsvaret la til rette for at saniteten kunne få støtte fra en rekke ressurser i helse- og omsorgssektoren. Dette muliggjorde at Forsvaret kunne ha en relativt beskjeden sanitetsressurs i fredstid. Dette var en kostnadseffektiv måte for liten nasjon som Norge å opprettholde et invasjonforsvar for total krig. Sektorprinsippet hadde, og har i dag, fortsatt en viktig rolle i å sikre en sentral styring av arbeidet med helseberedskap mellom forsvarsektoren og helsesektoren.

Totalforsvarets rolle etter oppløsningen av Sovjetunionen endret seg i takt med den nye sikkerhetspolitiske situasjonen i Europa. Etter den kalde krigen startet omstillingen av totalforsvaret til en form for gjensidig sivil-militært samarbeid. Dette medførte en nedprioritering av arbeidet med å vedlikeholde et totalforsvar for total krig, og til slutt var det primært selve lovverket som gjenstod av det opprinnelige totalforsvaret. Mesteparten av strukturene var borte. Totalforsvaret skulle nå være et verktøy som også kunne understøtte øvrige beredskapsfunksjoner i samfunnet.

Kjernefunksjonen til totalforsvaret skulle bestå. Samarbeidet mellom saniteten i Forsvaret og helse- og omsorgssektoren skulle bestå, men tilpasses et risikobilde som primært bestod av evakuering og behandling av sårede soldater i utenlandstjeneste, samt å støtte øvrige sektorer innenfor rammen av sivil-militært samarbeid. Dette var også helt i henhold til sektorprinsippet om ansvar, nærhet og likhet. Dette var betraktelig mye mindre omfattende enn estimatene fra den kalde krigen, og håndterbart med tilgjengelige ressurser.

De tre fredstidskrisene som aktualiserte det sivil-militære samarbeidet, og som skulle prege utviklingen av totalforsvaret utover 1990 tallet, viste at den faglige håndteringen internt i helse -og omsorgssektoren fungerte. Beredskapsforberedelsene hadde en tett sammenheng med risikoforståelse. Eksempler fra analysen viser at helse -og omsorgssektoren hadde gode forberedelser for masseskader og massetilstrømmning i forbindelse med terroraksjonen 22. juli, men fremstod som mindre forberedt på pandemi. Dette tyder på at helse- omsorgssektoren i henhold til planplikten i helseberedskapsloven hadde gjort sine forberedelser i helseforetakene, og var i stand til å håndtere 22. juli i tråd med sektorprinsippet om nærhet og likhet til oppgaven. Men at sektoren ikke hadde vurdert risikoen for pandemi som like sannsynlig og derfor ikke hadde gjort nødvendige forberedelser av beredskapen.

Sektorprinsippet, og spesielt sektorens ansvar for eget fagfelt, er viktig for å sikre beredskapen. Men ansvarsprinsippet kan også utgjøre en utfordring. Det sterke ansvarsprinsippet har blitt fremhevet som en utfordring for koordineringen av beredskap. Dette var en årsaksforklaring til den utilstrekkelige sikringen av regjeringskvartalet i forkant av 22. juli terroren. Manglende samhandling

mellom etater og departement beskrives som den direkte årsaken til at terroristen kunne parkere bilen med bomben rett utenfor regjeringsbygningen. Det sterke sektoransvaret ble også beskrevet som en årsak til manglende tverrsektorielle forberedelser i forkant av pandemien.

Granskningskommisjonene har poengtert at det sterke sektorprinsippet kan oppleves som et hinder for å involvere seg i annen sektors beredskapsarbeid. Det betyr at beredskapsarbeidet kan bære preg av den enkeltes sektors oppfatning av trusselbildet eller risikopersepsjon. Blant annet viser arbeidet med totalforsvarsprogrammet i regi av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap at det var ulik grad av beredskapsforberedelser i de ulike sektorer. Det er primært på de strategiske, eller på direktorats nivået at det utveksles liaisoner. Dette medfører at beredskapsarbeidet bærer preg av konsepter som sier hva, men i liten grad adresserer hvorledes. Dette har bidratt til at det taktiske nivået henger etter i beredskapsarbeidet.

Funnene i analysen viser at utfordringen med felles risikoforståelse mellom sektorer også finnes i forholdet mellom forsvarsektoren og helsesektoren. En manglende felles forståelse forsterkes ytterligere gjennom at Forsvaret har et utdatert og unøyaktig tapsestimat. Tallene er også gradert, og dermed har Forsvaret ikke ønsket å dele tallene med helsesektoren. Dette gjør det vanskelig å dimensjonere den sivil-militære helseberedskapen. Når ansvaret til den enkelte sektor står tilsynelatende sterkt er det også viktig at sektorene har den lik forståelse av trusselen og risikoen det innebærer. I tråd med nærhet- og likhetsprinsippet kan en regional tilnærming til sivil-militær helseberedskapsplanlegging bidra til en bedre gjensidig forståelse, og et felles situasjonsbilde. Dette forutsetter at Forsvaret selv tar arbeidet med å utarbeide en realistisk tapsanalyse, og er villig til å dele denne. Deretter er det viktig at arbeidet prioriteres i begge sektorer.

Den endrede sikkerhetspolitiske situasjonen i Europa etter Russlands krigføring mot Ukraina har igjen aktualisert den gjensidige avhengigheten mellom saniteten i Forsvaret og helse- og omsorgsektoren i rammen av totalforsvaret. En artikkel 5-operasjon i Norge ville som oppgaven har belyst i analysen bety et så stort pasientvolum at nasjonens samlede helseressurser vil ha store utfordringer. For å håndtere et slikt volum er de to sektorene helt avhengig av at ressurser fra øvrige sektorer og næringslivet frigjøres til eksempelvis bulkevakuering av pasienter. Totalforsvarsprosjektet iverksatte flere prosjekter rettet direkte mot Forsvaret. Beredskapsarbeidet i øvrige samfunnsfunksjoner er også styrket for å sikre at Norge kan imøtekomme NATOs artikkel 3 om et motstandsdyktig samfunn.

Nasjonal helseberedskapsøvelse-18 var en integrert del av Trident Juncture-18, hvor det blant annet ble øvd masseskade med innsats fra både Forsvaret og øvrige beredskapsetater. Øvelsen hadde også et tett sivil-militært samarbeid i forbindelse med mottak av allierte styrker til øvingsområdet.

Erfaringene fra øvelsen ble videreført i samarbeidet. Et resultat av øvelsen er en serie prosedyrer for samhandling mellom militære og sivile sanitetsressurser, og at ertsnasjonstøtte-konseptet ble utarbeidet. I 2021 fikk Helse Nord regionale helseforetak i foretaksmelding oppdrag om å iverksette en pilot for sivil-militær helseberedskapsplanlegging. Dette var basert på erfaringene i fra Øvelse Trident Juncture-18 og håndteringen av koronapandemien. Øvrige helseforetak fikk i 2023 i oppdrag om å utvikle beredskapsplaner i samarbeid med Forsvaret. Dette skulle være basert på erfaringene fra gjennomføringen til Helse Nord regionale helseforetak.

Helseberedskapsloven pålegger helseforetakene en planplikt som innebærer å koordinere egne beredskapsplaner med sektorer det er naturlig å samhandle med. Dette er i tråd med sektorprinsippet om nærhet, og betyr at helseforetakene Universitetssykehuset i Nord Norge og Finnmarksykehuset har en planplikt til å koordinere beredskapsplanene med Hæren. Avdelingssjefer i Forsvaret har et ansvar for å ha en sanitetsplan for sin avdeling.

Forsvaret og helse- og omsorgssektoren møtes på alle nivåer fra det strategiske og ned til det taktiske. De ulike tverrsektorielle møte arenaene har en viktig rolle for samhandling mellom Forsvaret og helse- og omsorgssektoren gjennom å tilrettelegge til å skape felles forståelse, koordinering og kommunikasjon. Det er ikke nødvendigvis samme avdelinger fra Forsvaret som representerer på de ulike nivåene og møtene. Dette kan bety at spesielt Forsvaret kan representere ulike situasjonsforståelser, eller prioriteringer.

4.2 Konklusjon

Totalforsvaret har i tiden etter den andre verdenskrig blitt tilpasset det sikkerhetspolitiske bildet. Samfunnsutviklingen, og ikke minst den sikkerhetspolitiske konteksten etter den kalde krigen har medført et behov for en ny form for totalforsvar. Deler av totalforsvaret er tatt inn i den daglige beredskapen gjennom strategiske avtaler med leverandører og bistandsinstrukser mellom sektorer. Denne vendingen kan ha bidratt til at deler av totalforsvaret i dag er mer gripbart, da de i en del tilfeller har tatt steget fra et konsept til et daglig sivil-militært samarbeid. Men tilpasset et annet behov enn hva det opprinnelige totalforsvaret var tiltenkt å løse. Det er eksempelvis ingen beskrivelse i tilgjengelige dokumenter fra forsvarsektoren, eller helse -og omsorgssektoren som tyder på at det i dag eksisterer materiell til å etablere hospitalskip, ambulansebusser og evakuerings tog. Dette er totalforsvars ressurser som vil være essensielle for å kunne dekke kapasitetshullene i den sivil-militære helseberedskapen i en artikkel 5-operasjon. Dokumentanalysen av spesielt

Totalberedskapskommisjonen, Forsvarskommisjonen og stortingsmeldingen om helseberedskap, og «Saniteten mot 2040» bekrefter også at det er mye som gjenstår for at helseberedskapen skal gå i fra krisehåndtering i fredstid, til å igjen håndtere masseskader i et artikkel 5-scenario i Norge.

Oppgaven har vist at saniteten i Forsvaret og helse- og omsorgssektoren har ulike oppgaver i traumebehandlingen i krig. Derfor er den gjensidige avhengighet i dag like aktuell og viktig som før. Skal en lykkes med en effektiv mobilisering for å håndtere masseskader må alle de involverte sektorene forberede seg på det samme. Derfor er et omforent og delt bilde av trusselen, og hvilke risikoer det innebærer viktig. Analysen av fredstidskrisene viser at samordning av beredskapsplaner på tvers av sektorer ikke er godt nok. Dette tyder på at det er en ulik vurdering av trussel og risiko, som også eksisterer internt i sektorene mellom nasjonalt og taktisk nivå. Det er et tankekors at det i forsvarsektorens styrende dokumenter er lite som berører temaet sanitet. Det er derfor sannsynlig at dagens totalforsvar ikke er godt nok samordnet til å effektivt håndtere masseskader i et artikkel 5-scenario. Et pilotprosjekt mellom Helse Nord regionale helseforetak og Hæren kan være et viktig bidrag til å skape en bedre felles situasjonsforståelse. Dette vil gjøre det enklere å samordne planer og øvelser.

Sentral styring og sektorprinsippet har stått sterkt igjennom utviklingen av totalforsvaret. Selv om denne studien har belyst utfordringer med sektorprinsippet og tverrsektoriell samordning, viser også oppgaven at prinsippene om nærhet og likhet har vært viktig for god krisehåndtering internt i helse- og omsorgssektoren. Prinsippene forsterkes av helseberedskapsloven som pålegger planplikt til helseforetakene, herunder å samordne planer. Det er en viktig forutsetning for godt beredskapsarbeid at den tverrsektorielle samordningen fungerer. Et sterkt sektorprinsipp kan være en hensiktsmessig løsning for oppgavefordeling i totalforsvaret, men det forutsetter at alle sektorene er innforstått med målsetningene og prioriterer arbeidet. Regjeringen har således et viktig ansvar med å sikre en enhetlig prioritering av beredskapsarbeidet.

4.3 Videre forskning

Oppgaven har i sin konklusjon belyst viktigheten av en lik situasjonsforståelse på tvers av sektorene for å sikre en god sivil-militær helseberedskap. Det er et behov for videre forskning for å finne den dimensjonerende trusselen for den sivil-militære helseberedskapen. Dette vil være et krevende arbeid og må sees i sammenheng med blant annet nasjonale planer, NATO planverk, nordisk samarbeid og Forsvarets gjeldende langtidsplan. Det må også utledes tapsestimater for de ulike

planverkene. Først da kan man diskutere hva som er god nok beredskap. Videre bør det også kartlegges mer i detalj hvorfor Forsvaret er tilbakeholdne med å dele sine tapsestimater med sivil helsesektor, slik at nødvendige tiltak kan gjøres for å forberede den sivil-militære helseberedskapen til en artikkel 5-operasjon.

Litteraturliste

Borch, O. J., & Andreassen, N. (2020). *Beredskapsorganisasjon og kriseledelse*. Fagbokforlaget.

https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2020102648518

Brattebø, G. (2017). Den militære sanitets betydning for den sivile medisins utvikling. *Michael*, 14, 36–53.

Børresen, J., Gjeseth, G., & Tamnes, R. (2004). *Norsk forsvarshistorie: Bd. 5. Allianseforsvar i endring, 1970-2000*. Eide.

Direktoratet for forvaltning og IKT. (2014). *Mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning / DFØ* (Nr. 1890–6583). Direktoratet for forvaltning og IKT. <https://dfo.no/rapporter/mot-alle-odds-veier-til-samordning-i-norsk-forvaltning>

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2019). *Analyser av krisescenarioer 2019*.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. <https://www.dsb.no/rapporter-og-evalueringer/analyser-av-krisescenarioer-2019/>

Endregard, M. (2019). Totalforsvaret i et sivilt perspektiv. I P. M. Norheim-Martinsen (Red.), *Det nye totalforsvaret* (s. 62–79). Gyldendal.

Forsvaret. (2019). *Forsvarets Fellesoperative doktrine*. Forsvaret.

Forsvaret. (2024, mars 6). *Forsvarets sanitet*. Forsvaret. <https://www.forsvaret.no/om-forsvaret/organisasjon/forsvarets-sanitet>

Forsvarets forskningsinstitutt. (u.å.). *Dette er FFIs forskning på beskyttelse av samfunnet*. Norsk. Hentet 29. februar 2024, fra <https://www.ffi.no/forskning/prosjekter/beskyttelse-av-samfunnet>

Forsvarets sanitet. (2021). *Konsept for Forsvarets traumesystem i Norge*. Sjef Forsvarets sanitet. <https://regelverk.forsvaret.no/fileresult?attachmentId=20077422>

Grunnan, T., Apalvik, T., Skjei, F., & Sellevåg, S. R. (2024). *Frivillige beredskapsorganisasjoner i fremtidens totalforsvar* (Nr. 24/00675). Forsvarets forskningsinstitutt.

<https://www.ffi.no/publikasjoner/arkiv/frivillige-beredskapsorganisasjoner-i-fremtidens-totalforsvar>

Helse Nord. (2023, januar 3). *Beredskapsplaner og beredskapsnivåer i Helse Nord*.

<https://www.helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-strategier-og-utredninger/beredskapsplaner-og-beredskapsnivaer-i-helse-nord/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. Etter lov om helsemessig og sosial beredskap—Lovdata*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-07-23-881>

Helse -og omsorgsdepartementet. (2014, januar 15). *Helseberedskapsrådet* [Redaksjonellartikkel]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helseberedskap/helseberedskapsradet/id438821/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018, januar 1). *Nasjonal helseberedskapsplan*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/a-verne-om-liv-og-helse/id2583172/>

Helse -og omsorgsdepartementet. (2021, januar 14). *Foretaksmøte i Helse Nord RHF 14.01.2021* [Innhold]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/protokoller-for-foretakene/foretaksmoter/foretaksmoter-2021/foretaksmote-i-helse-nord-rhf-14.01.2021/id2828694/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, januar 17). *Foretaksmøte i Helse Nord RHF 17.01.2023* [Innhold]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/protokoller-for-foretakene/foretaksmoter/foretaksmoter-2023/foretaksmote-i-helse-nord-rhf-17.01.2023/id2959670/>

Helseberedskapsloven. (2001). *Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)—Kapittel 5. Øvrige fullmakter—Lovdata* (LOV-2000-06-23-56). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5

Hæskén, O. M., Fridheim, H., & Olsen, T. G. (1997). Beskyttelse av samfunnet (BAS): Sluttrapport. I 97/01459. <https://ffi-publikasjoner.archive.knowledgearc.net//handle/20.500.12242/1480>

Håkenstad, M. (2019). Den væpnede dugnaden. I P. M. Norheim-Martinsen (Red.), *Det nye totalforsvaret* (s. 25–40). Gyldendal. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999919989199102202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Meld. St. 5 (2020–2021, J. (2020). *Samfunnssikkerhet i en usikker verden*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20202021/id2770928/>

Meld. St. 5 (2023 –2024). (2023). *En motstandsdyktig helseberedskap Fra pandemi til krig i Europa*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/3c8d4417eb584c8e821201b644392c51/no/pdfs/stm202320240005000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 7 (2019 – 2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

Meld. St. 10 (2016–2017). (2016). *Risiko i et trygt samfunn Samfunnssikkerhet*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-10-20162017/id2523238/>

NATO. (2018, oktober 29). *Exercise Trident Juncture 2018*. NATO. <https://www.nato.int/cps/en/natohq/157833.htm>

NATO. (2023, desember 15). *Resilience in NATO*. NATO's ACT. <https://www.act.nato.int/article/resilience-in-nato/>

NATO. (2024, april 8). *Steadfast Defender 2024*. NATO. <https://www.nato.int/cps/en/natohq/222847.htm>

Nixon, E. (2021, oktober 25). *Returning Expeditionary Medicine to the Arctic Circle*. United States Navy. <https://www.navy.mil/Press-Office/News-Stories/Article/2820958/returning-expeditionary-medicine-to-the-arctic-circle/https%3A%2F%2Fwww.navy.mil%2FPress-Office%2FNews-Stories%2FArticle%2F2820958%2Freturning-expeditionary-medicine-to-the-arctic-circle%2F>

Norheim-Martinsen, P. M. (Red.). (2019). *Det nye totalforsvaret* (1. utgave). Gyldendal.

NOU 2000: 24. (2000). *Et sårbart samfunn Utfordringer for sikkerhets- og beredskapsarbeidet i samfunnet*. Justis- og politidepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2000-24/id143248/>

NOU 2006: 6. (2006). *Når sikkerheten er viktigst*. Justis- og politidepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2006-6/id157408/>

NOU 2012: 14. (2012). *22. Juli-kommisjonen*. Statsministerenskontor. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-14/id697260/>

NOU 2022: 5. (2022). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*. Koronakommisjonen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/>

NOU 2023: 14. (2023). *Forsvarskommisjonen av 2021*. Forsvarsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-14/id2974821/>

NOU 2023: 17. (2023). *Nå er det alvor*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-17/id2982767/>

Nytt samarbeid styrker norsk helseberedskap. (2022, august 8). Forsvaret. <https://www.forsvaret.no/aktuelt-og-presse/aktuelt/nytt-samarbeid-styrker-norsk-helseberedskap>

Pedersen, M. N., Vormdal, T. O., Lind, M., & Engøy, T. (2022). *Fremtidens sanitet – effektiv ressurs i Forsvaret og totalforsvaret* (Nr. 22/01114). Forsvarets forskningsinstitutt. <https://www.ffi.no/publikasjoner/arkiv/fremtidens-sanitet-effektiv-ressurs-i-forsvaret-og-totalforsvaret>

Remondelli, M. H., Remick, K. N., Shackelford, S. A., Gurney, J. M., Pamplin, J. C., Polk, T. M., Potter, B. K., & Holt, D. B. (2023). Casualty care implications of large-scale combat operations. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 95(2), S180–S184. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000004063>

Samfunnssikkerhetsinstruksen. (2017). *Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet (samfunnssikkerhetsinstruksen)—III. Grunnleggende prinsipper for arbeidet med samfunnssikkerhet— Lovdata*. Justis- og beredskapsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2017-09-01-1349/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Skjelland, E., Arnfinnsson, B., Birkemo, G. A., Bråten, K., Glærum, S., Hakvåg, U., Klepper, K. B., Kvalvik, S. N., Larsen, M. V., Mayer, M. J., Minos-Stensrud, M., Landsend Monsen, I. H., Mørkved, T., Nordvang, E. U., Presterud, A. O., Sellevåg, S. R., Sendstad, C., Sivathas, K., Røren Strand, K., ... Jan-Erik, V. (2023). *Forsvarsanalysen 2023* (Nr. 23/00659). Forsvarets forskningsinstitutt. <https://www.ffi.no/publikasjoner/arkiv/forsvarsanalysen-2023>

Sommerfelt-Pettersen, J. K. (2017). *Saniteten i forandring*. <https://www.michaeljournal.no/article/2017/02/Hvordan-bør-Forsvarets-sanitet-utvikle-seg-Vyer-for-fremtiden>

Statsforvalteren. (2024, februar 1). *Fylkesberedskapsrådet*. Statsforvalteren i Nordland. <https://www.statsforvalteren.no/nb/Nordland/Samfunnssikkerhet-og-beredskap/fylkesberedskapsradet/>

St.meld. nr. 37 (2004-2005). (2005). *Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering*. Justis- og Politidepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-37-2004-2005-/id198889/>

St.meld. nr. 39 (2003-2004). (2004). *Samfunnssikkerhet og sivilt-militært samarbeid*. Justis- og Politidepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-39-2003-2004-/id198241/>

