



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for økonomi og ledelse

Jean-Bobér Rooseboom de Vries

Masteroppgave

Samordning av helseberedskap mellom Forsvaret og helsesektoren i totalforsvaret

Coordination of health preparedness between defense and health sectors in a total defense perspective

Master i offentlig ledelse og styring

2017

Samtykker til utlån hos høyskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Forord

Å ta videreutdanning i voksen alder har helt klart sine utfordringer. Å være godt etablert med jobb og familie som krever tid og oppmerksomhet, samtidig som man skal sette av tid til å studere, har i mitt tilfelle ført til en konstant følelse av dobbel dårlig samvittighet. Når jeg har valgt å tilbringe tid med familien har jeg følt at jeg burde ha studert, når jeg har studert har jeg følt på at jeg heller burde tilbragt tid sammen med familien. Heller ikke jobben har unngått å gjennomgå. Jeg har vært heldig som har vært ansatt i Staten og har dermed nytt godt av permisjonsdirektivet som har gitt meg muligheten til fri i forbindelse med studiene. Det er dog et faktum at jobben ikke blir borte, selv om jeg har vært borte fra arbeidsplassen. Det sagt, så har disse tre årene totalt sett vært en meget positiv opplevelse. Jeg føler jeg har hatt en utvikling som definitivt kommer til nytte i arbeidssammenheng, men også på det personlige planet har utdanningen kommet til nytte. Å tilnærme seg hverdagen med et åpent sinn og forskertrang gir mange gode opplevelser.

Jeg benytter anledningen til å takke både medstudenter, kolleger og andre ressurspersoner i min omgangskrets for gode innspill og ideer til studien. En spesiell takk til min veileder Hans Christian Høyer ved Høgskolen i Hedmark for hans positivitet og for å holde meg i ørene.

Retter også en takk til Sjef FSAN, kontreadmiral Sommerfelt-Pettersen for å sette meg på ideen til temaet for studien, samt for hans gode innspill i arbeidet. I den sammenheng vil jeg også takke medlemmene i Helseberedskapsrådet som villig stilte opp som respondenter og ga av seg selv i intervjuene.

Til slutt en stor takk til min samboer Birthe og mine barn Evelyn og Theo for deres tålmodighet og støtte når det stormet som verst.

Nesodden 27. Februar 2017

Jean-Bobér Rooseboom de Vries

Innhold

Forord	3
Innhold.....	4
Norsk sammendrag	5
Engelsk sammendrag (abstract).....	6
1. Innledning	7
2. Helseberedskap og totalforsvaret	12
2.1 De fire beredskapsprinsippene.....	12
2.2 Helseberedskapsrådet	13
2.2.1 Helsedirektoratet.....	13
2.2.2 Forsvarets sanitet	14
2.2.3 Nasjonalt folkehelseinstitutt	14
2.2.4 Forsvarets logistikk organisasjon	14
2.2.5 Forsvarets operative hovedkvarter	14
2.2.6 Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap	14
2.2.7 Statens strålevern.....	15
3. Teori	16
3.1 Det instrumentelle perspektivet	16
3.2 Det institusjonelle perspektivet	18
4. Metode.....	21
4.1 Forskningsdesing.....	21
4.2 Datainnsamling.....	22
4.3 Datakvalitet	24
5. Analyse.....	27
5.1 Hva hemmer og fremmer samordning mellom Forsvaret og helsesektoren?	27
5.1.1 Det instrumentelle perspektivet.....	27
5.1.2 Det institusjonelle perspektivet.....	45
6. Hovedsamendrag og konklusjon	53
6.1 Forskningsspørsmål	53
6.2 Konklusjon	55
6.3 Avsluttende refleksjoner og videre forskning	56
Litteraturliste	57
7. Vedlegg.....	60
7.1 Vedlegg 1 – Forespørsel om intervju	60
7.2 Vedlegg 2 - Intervjuguide	62

Norsk sammendrag

Målet med denne avhandlingen har vært å beskrive hvordan Forsvaret og helsesektoren samarbeider om helseberedskap i totalforsvarsperspektivet. De store endringene i totalforsvaret siden murens fall i 1989, samt Sovjetunionens oppløsning i 1991 har endret totalforsvarets innretning. Fokuset har endret seg fra å være en kollektiv innsats i tilfelle krig, til å bruke samfunnets ressurser i ”sivile” kriser og katastrofer. De store endringene i den sikkerhetspolitiske situasjonen de senere år, med Russlands inngripen i Georgia i 2008 og annekteringen av Krim i 2014 har igjen fremmet behovet for å endre totalforsvaret. Frykten for hybridkrig og behovet for styrkning av den sivile infrastrukturen er nå blitt et hovedfokus.

Min motivasjon for å skrive om dette temaet har vært en mistanke om at helseberedskap ikke har vært særlig koordinert de siste år og at Forsvaret og helsesektoren satt på hver sin tue og laget beredskapsplaner som ikke var samordnet. Denne mistanken førte til følgende problemstilling:

Hvordan samordnes helseberedskap mellom Forsvaret og helsesektoren?

Oppgaven er basert på en kvalitativ tilnærming med Helseberedskapsrådet som case. Datagrunnlaget er hentet fra omfattende dokumentstudier av primært stortingsmeldinger og utgivelser på departementsnivå. I tillegg er det foretatt semi-strukturerte intervju av medlemmer i Helseberedskapsrådet.

De viktigste funn i min studie er at samordningen mellom Forsvaret og helsesektoren hemmes av forskjellene i geografisk spesialisering, samt forskjellene i den formelle organiseringen av ansvar og myndighet. Samordning har dog skutt fart de senere år, dette skyldes ikke minst enkeltpersoner både i Forsvaret og helsesektoren som har sett behovet for samordning på tvers av sektorene.

Engelsk sammendrag (abstract)

The aim of this thesis was to describe how the defence and health sectors work together on health preparedness in total defence perspective. The big changes in total defence since the fall of the Berlin wall in 1989 and the devolvement of the former Soviet Union in 1991 has changed the total defence system. The focus has changed from being a collective effort in the event of war, to use society's resources in "civilian" crises and disasters. The major changes in the security situation in recent years, with Russia's intervention in Georgia in 2008 and annexation of the Crimean Peninsula in 2014 have again put forward the need to change the total defence. Fear of hybrid war and the need for strengthening of the civilian infrastructure has now become a main focus.

My motivation for writing on this subject has been a suspicion that the health readiness has not been particularly coordinated in recent years and that the Armed Forces and healthcare sat on each mound and made contingency plans that were not coordinated. This suspicion led to the following research question:

How coordinated is health readiness between the armed forces and the health care organisation?

The thesis is based on a qualitative approach with Health Preparedness Council as a case. The data are obtained from comprehensive document studies of primarily white papers and publications at the ministerial level. In addition, there are conducted semi-structured interviews with members of the Health Emergency Council.

The main findings of my study are that the coordination between defence and health care is hampered by differences in geographic specialization, as well as differences in the formal organization of responsibilities and powers. Coordination has, however, accelerated in recent years, this is due not least individuals both in defense and health care that has seen the need for coordination across sectors.

1. Innledning

Totalforsvarskonseptet har vært gjennom dramatiske endringer de siste 30 årene. De sikkerhetspolitiske endringene på slutten av 80-tallet, og begynnelsen av 90-tallet førte til den største omorganiseringen i Forsvaret siden 1950-årene. Forsvaret endret innretningen fra et såkalt invasjonforsvar til innsatsforsvar. Der hvor kjernen tidligere hadde vært kaldkrigsforsvaret med et mobiliseringsforsvar basert på vesentlig sivil støtte til Forsvaret, til et fokus hvor Forsvaret skulle gjøre en innsats så vel som hjemme i Norge som ute i verden. Nå var det Forsvaret som skulle støtte det sivile samfunn i kriser og katastrofer. Disse omfattende endringene som Forsvaret gjennomgikk på 90- og 00-tallet førte til et vakuum i beredskapsplanleggingen (Bogen & Håkenstad, 2015). Totalforsvaret endret fokus fra sivil støtte til Forsvaret, til Forsvarets støtte til det sivile. Dermed har flere av de mekanismer som gjorde det mulig å sette landet på krigsfot blitt avvirket eller lagt til side. Dette er en stor utfordring for saniteten i Forsvaret, men også for sivil helseberedskap. Beredskapsplaner som ble lagt i skuffen har det nå blitt blåst støv av, og revideres. I mellomtiden har mye kompetanse gått tapt og det eksisterer per i dag ikke et etablert og relevant system, som skal kunne sikre nødvendig og tilstrekkelig sanitet i Forsvaret i fred, krise og krig, så vel som nasjonalt som internasjonalt. I denne oppbyggingsfasen av helseberedskapen, er det interessant å se om Forsvaret og helsesektoren har det samme utgangspunkt og de samme mål.

Målet med denne avhandlingen er å analysere hvordan Forsvaret og helsesektoren samarbeider med et spesielt fokus på hva som kan være hemmende og fremmende faktorer for samordning av deres aktiviteter. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helsepolitikk, folkehelse, helsetjenester, kommunale tjenester til eldre og funksjonshemmede, helselovgivning og deler av sosiallovgivningen i Norge (Regjeringen, 2016). Dette inkluderer det overordnede ansvaret for samfunnssikkerhet og beredskap i helse- og omsorgssektoren, herunder ansvar for at beredskapen i sektoren er samordnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Likevel ligger det i sakens natur at også Forsvaret må ha egne kapasiteter for å ivareta helsetjenester for sine stridende elementer, definert som sanitet, hvor det helsefaglige er kombinert med relevant militær kompetanse. Sanitet er all virksomhet som skal sikre eller gjenopprette helsemessige forhold, slik at stridsevnen ivaretas. Saniteten i Forsvaret sin hovedoppgave er å tilrettelegge for at operative sjefer kan

gjennomføre sine oppdrag med minst mulig begrensninger fra sykdom eller skade. (Melien, 2016)

Sagt på en annen måte, så skal soldatene holde seg friske og de som er syk eller skadet skal behandles og evakueres bort fra striden, med et mål om å komme tilbake igjen for å fortsette striden, når de igjen er friske. Dette målet har betydning for utarbeidelse av Forsvarets sine planer for helseberedskap. Målet med den helsesektoren derimot, er å gi likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. (Helsedirektoratet, 2015)

Gitt begrensende nasjonale ressurser, er det et gjensidig avhengighetsforhold mellom helsesektoren og Forsvaret. Helsesektoren trenger støtte fra Forsvaret i kriser og katastrofer i fredstid, mens Forsvaret i krig trenger støtte fra helsesektoren i sikkerhetspolitiske konflikter og krig. Å lykkes med nasjonal helseberedskap, innebærer derfor å lykkes med et tett samvirke mellom Forsvaret og helsesektoren.

Dette utleder følgende problemstilling:

Hvordan samordnes helseberedskap mellom Forsvaret og helsesektoren?

Det er mange måter å tilnærme seg en slik oppgave på. Jeg har valgt å holde meg på et overordnet nivå og ønsker å se hvordan samordning foregår på toppledernivået. Dette toppledernivået kan kalles det institusjonelle ledelsesnivået. Ledelsesutfordringene her er store, men det er også muligheten til å påvirke og prege organisasjonen. Ved å holde meg på det nivået unngår jeg å gå ned i detaljene på hvordan samordning foregår på operativt nivå. Utfordringen blir da å finne en god måte som synliggjør hvordan samordning foregår. Dette løser jeg ved å belyse problemstillingen i oppgaven gjennom å utforske to forskningsspørsmål. Spørsmålene er på hver sin ytterkant og gir dermed anledning til å gå dypere inn i substansen og kan gi en forklaring på hvordan Forsvaret og Helsesektoren samordner helseberedskap i Totalforsvaret.

1. Hva fremmer samordning mellom Forsvaret og helsesektoren?
2. Hva hemmer samordning mellom Forsvaret og helsesektoren?

Jeg ønsker å studere dette med utgangspunkt i at samordning mellom Forsvaret og helsesektoren er organisasjonsatferd, og at organisasjonsforskningen har vist at atferd i en

organisasjonskontekst som regel er preget av det som omtales som instrumentelle og institusjonelle organisasjonsfaktorer. Jeg vil derfor først utforske hva som hemmer og fremmer samordning ut fra et instrumentelt perspektiv ved å analysere de forventninger til det instrumentelle som jeg redegjør for i teorikapittelet, deretter analyserer jeg forventningene til det institusjonelle perspektivet

En hypotese er en antakelse om sammenhenger mellom fenomener, en antakelse som skal etterprøves empirisk. (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2010) Hypoteser er altså påstander, man antar noe, men vet ikke om det stemmer. Det kan være flere grunner til at vi setter frem en hypotese, det kan være for å forklare noe vi har observert, eller for å forutsi noe vi ennå ikke har observert (Gilje & Grimen, 1993). Både Forsvaret og de forskjellige aktørene i helsesektoren, er formelle organisasjoner organisert etter formålsprinsippet. Det kan derfor forventes at deltakernes organisasjonstilhørighet og organisasjonssammenhengen de handler innenfor, vil påvirke deres tenke- og handlemåte og dermed også innholdet i den offentlige politikken (Røvik, Roness, Lægreid & Christensen, 2009). I forkant av studien har jeg blitt møtt med mange meninger om hvilke utfordringer som finnes for samordning av helseberedskapen i totalforsvaret. Det synes å være en fremtredende oppfatning om at det som hemmer for Forsvaret kan være fremmede for helsesektoren og visa versa. Og at dette har sammenheng med forskjellen på statssikkerhet og samfunnsikkerhet. Dette har ført til følgende hypotesen jeg har som bakgrunn for min forskning:

“Helsesektoren har fokus samfunnsberedskap, hvilket innebærer sivile kriser og katastrofer og er derfor opptatt av hvordan Forsvaret kan støtte sivilsamfunnet. Mens Forsvaret har fokus på statssikkerhet, hvilket innebærer væpnet konflikt og krig og er derfor opptatt av hvordan helsesektoren kan støtte Forsvaret”

Hypotesen illustreres godt av følgende utsagn utalt av beredskapsansvarlig for helseregion Midt-Norge Gunnar Watn under en konferanse for Sjøforsvarets sanitet i Kongsvinger i januar 2016:

“Vi har gode beredskapsplaner for kriser og katastrofer, men vi har ikke slike planer for krig”

For å begrense datamengden, så må oppgaven avgrenses. Dette gjøres både ved å innskrenke nivåene på analyseenheter samt ved å definere begreper. Normalt opererer man med tre nivå på analyseenheter; Makro-, Meso- og mikronivået (Johannessen et al., 2010). I denne sammenheng kan departementsnivået regnes som makronivået, direktorats- og etatsnivået

som mesonivå, mens utøverne av helseberedskapen er på mikronivået. Etaten Forsvaret opererer også med tre nivå, et strategisk-, operativt- og et taktisknivå. Forsvarssjefen med forsvarsstaben, samordnet med Forsvarsdepartementet, utgjør den strategiske ledelsen, mens Forsvarets operative hovedkvarter (FOH) utgjør det operative. Avdelingene i forsvarsgrenene utgjør det taktiske nivået (Forsvarsdepartementet, 2012). Tilsvarende finner vi i helsesektoren, selv om denne er organisert på en annen måte. Helse- og omsorgsdepartementet er sammen med, etaten Helsedirektoratet (Hdir) det strategiske nivå, det operasjonelle nivået kan sies å være de regionale helseforetakene, mens det taktiske nivået er det utøvende som sykehusene, kommunehelsetjenesten, ambulansetjenesten m.m. Helseberedskap er aktuelt og interessant på alle tre nivå, men oppgaven blir for omfattende dersom alle nivå skulle analyseres og vurderes opp mot problemstillingen. Min oppgave er i grenseland mellom makronivå og mesonivået, det vil si at jeg holder meg rett under det politiske nivå, men over det utøvende nivået. For å avgrense ytterligere vil jeg benytte meg at en casestudie som tar for seg Helseberedskapsrådet (HBR), et tverrdepartemental råd for samarbeid mellom Forsvaret og Helsesektor.

Forsvaret er en etat direkte underlagt Forsvarsdepartementet, mens helsesektoren i denne studien defineres som alle etater og organisasjoner som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Så selv om helsesektoren ikke er en egen organisasjon, vil den for enkelhets skyld i denne studien defineres som en organisasjon.

Det finnes noe forskning om sivilt-militært samarbeid og det har blitt skrevet flere masteroppgaver om samfunnssikkerhet. Men det er begrenset med forskning rundt temaet helseberedskap og sivilt-militært samarbeid. FFI sin prosjektserie ”Beskyttelse av samfunnet” (BAS) er verdt å nevne, spesielt BAS7 som omhandler sivilt-militært samarbeid. Selv om helseberedskap ikke er nevnt, så er det mange paralleller som kan trekkes opp mot denne avhandlingen.

Denne oppgaven er delt inn i seks kapiteler. Første kapittel er en beskrivelse av bakgrunnen og problemstillingen. Kapittel to redegjør for begrep og aktører som er viktige for å få en forståelse av helheten i oppgaven. Kapittel tre går igjennom den relevante teorien som er valgt knyttet opp mot problemstillingen. Mens det i kapittel fire redegjøres for metoden som har vært benyttet, samt en beskrivelse av datainnsamlingen. I kapittel fem knyttes empiri fra dokumentanalysen sammen med resultatene fra intervjuene, dette kapitlet inneholder

delkonklusjoner. I kapitel seks blir konklusjonen lagt frem, samt en anbefaling om videre forskning som kan være aktuelt på dette området.

2. Helseberedskap og totalforsvaret

Begrepet nasjonal beredskap kan deles i to; Statssikkerhet og Samfunnssikkerhet. Forsvarets primæroppgave er å hevde Norges suverenitet og forsvare landet mot ytre angrep, dette defineres som statssikkerhet. Samfunnssikkerhet brukes for å beskrive den evne samfunnet som sådan har til å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner og ivareta borgernes liv, helse og grunnleggende behov under ulike former for påkjenninger. Dette er primært en oppgave for sivile myndigheter. Totalforsvarskonseptet har vært igjennom mange endringer siden den så dagens lys etter andre verdenskrig. Den siste endringen er et resultat av den skiftende sikkerhetspolitiske situasjonen som utspiller seg i verdenssamfunnet. Endringen av totalforsvaret er ikke ferdig og målet er et konsept som omfatter gjensidig støtte og samarbeid mellom Forsvaret og det sivile samfunn. Støtten og samarbeidet inkluderer forebygging, beredskapsplanlegging, krisehåndtering og konsekvenshåndtering i hele kriseaspektet fra fred, via sikkerhetspolitisk krise til væpnet konflikt(Justis- og beredskapsdepartement, 2015).

2.1 De fire beredskapsprinsippene

Arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap tar utgangspunkt i fire grunnleggende prinsipper; Ansvars-, Likhets-, nærhets- og samvirkeprinsippet. De tre første prinsippene ble introdusert gjennom St. Meld 17 i 2002 (Justis- og politidepartement, 2002)

Samvirkeprinsippet ble innført som en direkte konsekvens av terrorangrepet 22. Juli 2011.

Ansvarsprinsippet betyr at den myndighet, virksomhet eller etat, som daglig har ansvar for et område, også har ansvaret for forebygging, beredskapsforberedelser og for iverksetting av nødvendige tiltak ved kriser og katastrofer. *Likhetsprinsippet* betyr at den organisasjon man opererer med under kriser skal være mest mulig lik den organisasjon man har til daglig.

Nærhetsprinsippet innebærer at kriser organisatorisk skal håndteres på lavest mulig nivå. Det siste prinsippet er *Samvirkeprinsippet* som stiller krav til at myndighet, virksomhet eller etat har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering(Justis- og beredskapsdepartement, 2012).

Samtlige av disse prinsippene gjelder også for helseberedskap. Det er dog samvirkeprinsippet som kan være den som passer best til å belyse problemstillingen.

Samvirkeprinsippet er et direkte resultat av arbeidet etter 22. Juli, selv om det er hevdet at

samvirkeprinsippet har vært praktisk bruk i beredskapsarbeidet allerede direkte etter andre verdenskrig.

2.2 Helseberedskapsrådet

For å øke samarbeidet mellom helsesektoren og Forsvaret, ble Beredskapsrådet for landets helsestell opprettet i 1948 og rådet fikk følgende mandat:

”Rådet skal planlegge hvorledes landets medisinalpersonell, sykehus og andre medisinalinstitusjoner, medisinsk utstyr og materiell bør fordeles og nyttes i krig, samt gi forslag til de tiltak som må treffes for sikring av landets medisinalberedskap.” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998)

Mandatet har endret seg flere ganger og dagens mandat kom ved kgl. res 19. november 2004 samtidig som navnet endret seg til Helseberedskapsrådet.

Helseberedskapsrådet har til formål å sette sivil og militær sektor i stand til å løse viktige helseoppgaver knyttet til sivilmilitær planlegging og samhandling under kriser i fred og krig, og sikre effektiv utnyttelse av ressursene innen helseberedskapen i nært samarbeid mellom Forsvaret og helsetjenesten (Justis- og beredskapsdepartement, 2015). Rådet er på direktoratsnivå og ledes av direktøren i Helsedirektoratet. Øvrige representanter kommer fra, Forsvarets sanitet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens strålevern, Forsvarets logistikkorganisasjon, Fellesoperativt hovedkvarter i Forsvaret og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

De sivile aktørene i HBR har erfaring fra kriser og katastrofer. Derfor er det lett å tro at de kun er interessert i samfunnssikkerhet og hvordan Forsvaret kan støtte det sivile helsevesenet i kriser og katastrofer. De militære aktørene har i Statssikkerhets sammenheng et fokus på striden og har en forventning om at de sivile tar seg av det som skjer i bakre linjene.

Derfor kan HBR fungere som en case å teste ut hypotesene på.

2.2.1 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (Hdir) skal styrke hele befolkningens helse gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå. Dette gjør de med utgangspunkt i rollen som fag- og myndighetsorgan. Det betyr blant annet at de skal være en faglig rådgiver, iverksette vedtatt politikk og forvalte lov og regelverk innenfor helsesektoren. I tillegg har Hdir et helhetlig ansvar for den nasjonale helseberedskapen. Hdir er direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektøren leder Helsedirektoratet.

2.2.2 Forsvarets sanitet

Forsvarets sanitet (FSAN) skal sikre at Forsvaret til enhver tid har et gjennomgående operativt og utholdende sanitetssystem for å understøtte Forsvarets virksomhet før, under og etter operasjoner. FSAN er en driftsenhet direkte underlagt Forsvarssjefen. Sjefen for Forsvarets sanitet har fagmyndighet for sanitets- og veterinærvirksomheten samt bedriftshelsetjenesten i Forsvaret, og er rådgiver for Forsvarssjefen innen sitt fagmyndighetsområde.

2.2.3 Nasjonalt folkehelseinstitutt

Nasjonalt folkehelseinstitutt også kalt Folkehelseinstituttet (FHI), sitt samfunnsoppdrag er å produsere, oppsummere og formidle kunnskap for å bidra til god folkehelse, gode helse- og omsorgstjenester og rettsikkerhet. FHI er direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Direktøren er øverste leder for Folkehelseinstituttet. Hun er også instituttets kontakt mot politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet.

2.2.4 Forsvarets logistikk organisasjon

Forsvarets logistikkorganisasjon (FLO) er en kompetansebedrift som jobber med vedlikehold, forsyning og oppgradering av teknologi til Forsvaret. 1. januar 2016 ble deler av organisasjonen skilt ut i en egen etat, Forsvarsmateriell. Denne etaten er underlagt Forsvarsdepartementet. Forsvarsmateriell har ansvaret for materiellinvestering og materiellforvaltning i forsvarssektoren. Underlagt denne etaten ligger sanitetsavdelingen som ivaretar fagmyndighet og systemansvar for alt sanitetsmaterieell i Forsvaret.

2.2.5 Forsvarets operative hovedkvarter

Forsvarets operative hovedkvarter (FOH) ligger i Bodø og er den er det norske Forsvarets fellesoperative overkommando, og har ansvaret for å lede og samordne alle nasjonale og internasjonale militære operasjoner. FOH er en driftsenhet direkte underlagt Forsvarssjefen. Sjef FOH er forsvarssjefens fremste rådgiver inne operative spørsmål.

2.2.6 Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap

Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB) skal ha oversikt over risiko og sårbarhet i samfunnet. De skal være pådriver i arbeidet med å forebygge ulykker, kriser og

andre uønskede hendelser, og skal sørge for god beredskap og effektiv ulykkes- og krisehåndtering. DSB er underlagt Justis- og beredskapsdepartementet.

2.2.7 Statens strålevern

Statens strålevern er fagmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet. Statens strålevern er representert i Helseberedskapsrådet, men 1. januar 2016 ble avdelingen organisert som en etat i Helsedirektoratet. Derfor vil ikke Statens strålevern bli vurdert i studien, men vil ivaretas gjennom Helsedirektoratet.

3. Teori

For å knytte funn fra dokumentstudiene og intervjuene til forskningsområdet, har jeg valgt å benytte meg av to organisasjonsteoretiske perspektiver. Det instrumentelle perspektivet og det institusjonelle perspektivet (Røvik et al., 2009). De forventningene til perspektivene jeg legger frem her, brukes som verktøy til å analysere hvilke faktorer som hemmer og hvilke faktorer som fremmer samordning av helseberedskapen mellom Forsvaret og helsesektoren i rammen av totalforsvaret.

3.1 Det instrumentelle perspektivet

Som navnet sier, så ligger det i det instrumentelle perspektivet et syn på at organisasjoner brukes som instrumenter eller redskaper for å nå et eller flere mål. Vi kan skille mellom to varianter av det instrumentelle perspektivet. Hierarkivarianten hvor organisasjonen sees på som enhetlig hvor ledelsen har fokus på mål-middel-sammenhenger. Og en forhandlingsvariant hvor organisasjonen er sammensatt av underenheter med motstridene mål hvor fokus er forhandling og kompromisser (Røvik et al., 2009).

Formålsrasjonaliteten står sentralt og problemløsning foregår ved målbevisste handlinger hvor alle tilgjengelige alternativer, samt konsekvenser av beslutninger blir vurdert opp mot måloppnåelsen. Formålsrasjonelle handlinger kan beskrives som å fjerne avstand mellom ønsket og virkelig tilstand. Aktørene i det instrumentelle perspektivet regnes som rasjonelle og tar beslutninger etter å ha overveid de alternativene som finnes, for så å vurdere konsekvensene opp mot de mål man har satt. (Røvik et al., 2009). Idealet er en ledelse som har kontroll gjennom hierarkisk styring i det politiske og administrative lederskapet og alle alternativene og konsekvensene av våre handlinger er kjente. I virkeligheten er det situasjoner hvor ledelsen har ufullstendig mål-middel-forståelse, hvor ikke alle alternativene og konsekvenser er kjente, noe som innebærer begrenset rasjonalitet.

En hierarkisk-instrumentell variant innen instrumentell organisasjonsteori tar utgangspunkt i en byråkratisk organisasjonsform hvor den viktigste styringsmekanismen er autoritet. Hierarkiet i organisasjonen, med en over- og underordning mellom de ulike nivåene i organisasjonen, står sentralt når man skal analysere strukturen.

Ulike oppgaver kan tenkes delt opp gjennom horisontal spesialisering. Et av prinsippene for horisontal spesialisering er formålsprinsippet, eller sektorprinsippet som deler sakene etter formåls- eller sektorområder (Gulick, 1998). Tanken er at alt som er nødvendig for å løse en bestemt funksjon samles i en og samme avdeling/departement. Fordelen med en slik organisasjon, er at alle ressurser som er nødvendige for å løse saker, er samlet under en og samme paraply. Ledelsen har full kontroll over ressursene og er ikke avhengig av andre for å gjennomføre oppdrag. Ulempen derimot, er at en og samme avdeling som innehar mange forskjellige fagkategorier vil oppleve at ” de lærde strides” og interne uenigheter kan oppstå. En annen form for horisontal spesialisering, er geografiprinsippet som innebærer en oppdeling etter regioner, fylker, kommuner osv.

Et alternativ til slike spesialiseringer i den formelle organisasjonsstrukturen er flatere struktur. Et eksempel på dette er den kollegiale strukturen som også kan defineres som en form for nettverksstruktur (Røvik et al., 2009). Dette er en struktur som går på tvers av organisasjoner og er en form for horisontal samordning.

Forventninger til det instrumentelle:

Det forventes å finne instrumentelle faktorer som både hemmer og fremmer samordning av helseberedskap mellom Forsvaret og helsesektoren. Både Forsvaret og helsesektoren forventes å være autoritære, hierarkiske organisasjoner med en over- underordning i strukturen. Det vil være et stort innslag av vertikal samordning internt i organisasjonene, noe som vil kunne hemme samordning på tvers. Det forventes at det vil være en høy grad av horisontal spesialisering hos begge, spesielt vil dette kunne gjelde den geografiske strukturen og sektorinndelingen. I forhold til geografistrukturen vil forskjellen i geografiskorganisering og desentralisering av helsesektoren, samtidig som en sentralisering av Forsvaret by på utfordringer. I forbindelse med sektorspesialisering kan dette føre til en ” båtsteking” hvor aktørene i de respektive etatene kun jobber ut fra de målene som er satt for den avdelingen de selv er ansatt i. Med andre ord vil den formelle organisasjonsstrukturen, enten i form av geografisk spesialisering, eller sektorspesialisering kunne legge begrensninger på aktørenes handlingsvalg og dermed hemme den vertikale og horisontale samordningen.

Begge organisasjonene har mål- og resultatstyring som styringsprinsipp og målene til Forsvaret og helsesektoren vil dermed være relatert til hovedformålet, i dette tilfelle helse og forsvar. Full formålsrasjonalitet er ønskelig hos begge organisasjonene og Helseberedskap

fordrer en samordning som krever god kjennskap til sideorganisasjoner. Begge har meget spesialiserte oppgaver, noe som kan gi snevert fokus. Denne spesialiseringen forventes ikke å være koordinert mellom organisasjonene. Det forventes derfor at full formålsrasjonalitet ikke vil være en realitet, noe som vil hemme samordning av helseberedskap mellom Forsvaret og helsesektoren.

Samtidig forventes det at helseberedskapsrådet er en horisontal samordning som en kollegial struktur på tvers av organisasjonene som fremmer samordning mellom Forsvaret og helsesektoren. For å kunne løse sine respektive oppdrag forventes det at Helseberedskapsrådet er en arena for forhandlinger og kompromisser for å finne løsninger for Helseberedskap. Det forventes at medlemmene i Helseberedskapsrådet er positivt innstilt til en slik horisontal samhandling på tvers av formelle sektorgrenser.

3.2 Det institusjonelle perspektivet

Det institusjonelle perspektivet kan deles i to; det kulturelle perspektivet og myteperspektivet. Det som kjennetegner det kulturelle perspektivet, er de uformelle normene og verdiene som vokser frem og har betydning for virksomheten. Man kan si at det er påvirkning som former organisasjonen innenfra. I motsetning til formålsrasjonaliteten, er det logikken om ”passende adferd” som gjelder. I stedet for å ta beslutninger ut fra rasjonelle tankemønstre, er det heller oppfatninger om hva som er akseptabel adferd som styrer. Sosialisering og pre-sosialisering er elementer som gir en kulturell basis for aktørene. Det er gjennom sosialisering at de uformelle normene og verdiene får satt seg og fungerer som rettesnorer i forhold til å finne ut hva som regnes som passende adferd i den organisasjonen de tilhører. Dette er en viktig faktor i forhold til hva som regnes som akseptabel adferd i den aktuelle organisasjonen. For å avgjøre hva som er akseptabel og passende adferd, sees det mot fortiden. Kan situasjonen gjenkjennes, samsvarer min identitet med organisasjonens identitet og hva er det min organisasjon forventer at jeg gjør? Utformingen av de institusjonelle trekk ved en organisasjon kan komme fra indre og ytre press. Indre press handler om de uformelle normene og verdiene den enkelte aktør tar med seg inn i organisasjon, mens ytre press kommer fra omgivelsene i det nære samhandlingsmiljøet.

Sti-avhengighet er et sentralt begrep i det kulturelle perspektivet. Sti-avhengighet er historisk betinget og går ut på at det som er gjort før, det gjøres igjen i dag. Altså de normene og verdiene som er ble forankret i organisasjonens fødsel, preger organisasjonen den dag i dag. Fordelene med sti-avhengighet er stabilitet og reduksjon av usikkerhet. De uformelle verdiene og normene har utviklet seg over tid og skaper en trygg organisasjon som raskere kan ta avgjørelser basert på kjente identiteter og situasjoner. Ulempen er selvfølgelig manglende fleksibilitet. En endring av en slik organisasjon kan sammenlignes med å få et tankskip til å endre kurs. Det går sakte og er ikke særlig fleksibelt. Dette er spesielt problematisk dersom omgivelsene endrer seg raskt (Røvik et al., 2009). Ledere i et kulturelt perspektiv, bidrar til å påvirke organisasjonen gjennom å foreta kritiske avgjørelser i motsetning til de rutinemessige avgjørelsene. Det er på denne måten en leder får endret kursen, men dette må gjøres innenfor rammen av de etablerte normer og verdiene for å unngå å bli fremmedgjort i organisasjonen.

Den andre delen av det institusjonelle perspektivet er myteperspektivet. Dette perspektivet dreier som om hvordan organisasjonen forholder seg til omgivelsene. Organisasjoner er ikke isolert fra sine omgivelser og vil påvirkes av de skiftende sosialt skapte normene som kalles myter. Disse mytene er oppskrifter på hvordan en organisasjon bør utformes med bakgrunn i erfaringer fra andre organisasjoner. Oppskriftene fremstår som effektive, men den organisasjonen som adopterer de, får ikke nødvendigvis det forventede utbytte. Disse oppskriftene kan adopteres av organisasjoner på flere måter. Tvangsmessig skjer ved at organisasjonen blir pålagt å følge ved lov og forskrifter. Normativ adoptering som følge av eksperter felles verdier, normer og kunnskaper. Og til slutt mimetisk adoptering hvor en organisasjon er på vellykkede organisasjoner og forsøker å etterligne deres handlemåter (Røvik et al., 2009). I Staten skjer som regel adopteringen ved lov og pålegg, som for eksempel innføringen av mål- og resultatstyring. At oppskriftene adopteres, betyr ikke nødvendigvis at de praktiseres og får den forventede virkningen. Det er tre forventinger til hva som skjer når mytene adopteres. Ved rask tilkobling vil myten, konseptene, eller oppskriften relativt raskt bli iverksatt og får de forventede resultater. Dette fordrer i midlertid at iverksettingen skjer i henhold til en rasjonell fremgangsmåte og en på forhånd lagt plan. Konseptene fremstilles gjerne som enkle, ferdigutviklede verktøy som kan implementeres problemfritt. Langt oftere finner vi det som kalles for frastøting. Dette kan skje i tradisjonsrike organisasjoner som er komplekse og lite fleksible. Oppskriftene fremstår som vage idéer tatt ut av sammenhengen. Det kan sammenlignes med å ta et kakestykke fra en

rund kake (en oppskrift eller konsept) og forsøker å få dette til å passe i en åpen plass i en firkantet kake. Det vil ikke passe og presser man på, blir det søl. Det siste resultatet kalles frikobling. If you can't make it, fake it. På utsiden virker det som organisasjonen har adoptert konseptet, men i realiteten er de frikoblet fra aktiviteter som har betydning for organisasjonens evne til å levere. På denne måten fremstår organisasjonen som moderne og det bidrar til å gi legitimitet, samtidig som man holder fast på innarbeidede og erfaringsbaserte løsninger (Røvik et al., 2009).

Forventinger til det institusjonelle perspektivet:

Forventninger til det institusjonelle perspektivet går i det første på kultur. Det forventes at Forsvaret og helsesektoren har ulike kulturer som preger hver deres organisasjon og de aktørene i organisasjonen. Denne forskjellen på deres uformelle normer og verdier kan gi utslag i at logikken om passende adferd i forhold til samordning ikke er lik. Dette vil henge sammen med avgjørelser som baseres på gjenkjennelse, identitet og handlingsregler. Et eksempel på dette kan være sterk faglig identitet, noe som kan hindre samhandling med de som ikke har samme fagbakgrunn. Forsvaret har tradisjonelt sett vært en lukket organisasjon, noe som være hemmende for samordning. Det er heller ikke tenkelig at enkeltavdelinger i både Forsvaret og helsesektoren vil anse samordning det som nødvendig å sikre sin egen eksistens, noe som vil fremme samordning.

Totalforsvaret ble opprettet etter andre verdenskrig og er dermed preget av lange tradisjoner, verdier og normer som er skapt over tid. Dette gir organisasjonen en identitet, stabilitet og en trygghet. Det forventes dermed at sti-avhengighet er fremtredende og at organisasjonene i utgangspunktet ikke er særlig så fleksible ovenfor endring. Siden helseberedskap er en del av totalforsvaret og det kan forventes at de samme her.

Jeg velger å ha et pragmatisk forhold til myteperspektivet. De mytene jeg derfor har identifisert, som gjelder både for Forsvaret og helsesektoren, er de fire beredskapsprinsippene. Det forventes at både Forsvaret og helsesektoren har en egen interesse av å etterleve disse prinsippene og bruke de aktivt i sitt arbeid med beredskapsplanlegging. Det forventes at beredskapsprinsippene har blitt normativt adoptert av begge organisasjonene og er institusjonaliserte gjennom raskt tilkobling. Dette vil være en felles plattform for begge organisasjonene noe som vil fremme samordning

4. Metode

I dette kapittelet gjøres rede for de metodiske valg og det metodiske rammeverket som benyttes for å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene. Først presenteres og forklares selve designet, deretter følger en beskrivelse av hvordan innsamlingen er foretatt. Til slutt belyses datakvaliteten i studien.

4.1 Forskningsdesing

Jeg valgt en kvalitativ studie for å gå i dybden på temaet, med bakgrunn i den hermeneutiske tradisjonen med en fortolkende tilnærming til menneske og samfunn (Johannessen et al., 2010). Dette er spesielt relevant i forhold til det institusjonelle perspektivet og forholdet til kultur og identitet som lar seg best avdekke gjennom kvalitative opplegg for datainnsamling.

For å styrke studiens troverdighet benytter jeg meg av metodetriangulering ved å bruke både dokumentstudier og uformelle intervju (Grønmo, 2016). Observasjon ble vurdert, men forkastet, siden Helseberedskapsrådet bare møtes 2 ganger i året. Studien vil være basert på en casestudie av Helseberedskapsrådet. En av fordelene med bruk av casestudier, er at det legger til rette for bruk av mange forskjellige datakilder. Ofte baserer casestudier seg på kvalitative tilnærminger, men det kan gjerne brukes en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder. Jeg har vurdert kvantitativ metode, samt kombinasjonen kvalitativ og kvantitativ metode. Men med tanke på lengden av masteroppgaven, har jeg forkastet å bruke kombinasjonen, siden den vil sannsynligvis bli for omfattende. Så valget falt på kun å bruke kvalitativ metode. Dette ble gjort fordi jeg ønsket innsyn i hvordan topplederne i de aktuelle organisasjonene vurderte sin og organisasjonens rolle innen for totalforsvaret og helseberedskap. Ved å benytte semi-strukturerte intervju versus bruk av spørreundersøkelser i en kvantitativ tilnærming sto respondentene friere til å uttrykke sine meninger om hva som hemmer og fremmer samordning mellom Forsvaret og helsesektoren om helseberedskap.

I henhold til Yin, er det to kjennetegn ved en case: Oppmerksomheten avgrenses til den spesielle casen, og det gis en mest mulig inngående beskrivelse av casen. (Johannessen et al., 2010). Når det gjelder en avgrensning av oppmerksomhet, så er det aktuelt å benytte en enkelt

casestudie på mesonivå hvor studieobjektet er en organisasjon som vil inneholde flere analyseenheter på mikronivå, disse analyseenhetene er de enkelte aktørene.

For å få en inngående beskrivelse av casen, så er målet å samle mest mulig informasjon om studieobjektet – Helseberedskapsrådet og analyseenhetene - aktørene, både gjennom analysering av dokumenter og intervju av rådets medlemmer. Datainnsamlingsprosessen i casestudier bærer ofte preg av vektlegging av detaljer samt innlevelse og stor grad av nærhet til aktørene. Derfor blir ofte casestudier beskrevet som velegnet til å kunne beskrive prosesser, hvor vektleggingen av hvordan noe skjer, er av større betydning enn hvorfor. Dette passer godt med min problemstilling hvor jeg ønsker å finne ut hva som hemmer og hva det er som fremmer samordning om helseberedskap mellom Forsvaret og helsesektoren. Casen Helseberedskapsrådet er på et strategisk nivå og er topplederfokuseret, men de funn som gjøres vil forhåpentligvis ha overføringsverdi til de øvrige nivå i Forsvars- og helsesektoren. Samlet sett mener jeg derfor at en casestudie med kvalitativ metode, er en god tilnæringsmåte for å svare på min problemstilling.

4.2 Datainnsamling

Dokumentstudie

Bruk av skrevne kilder har vært en viktig del av studien både forkant og under analysen. I begynnelsen ble dokumenter brukt til å utforming av problemstillingen og for å skaffe en helhetsoversikt. Etterhvert ble de en viktig del av selve analysen i likhet med intervjuene. I hovedsak har stortingsmeldinger, beredskapsplaner, offentlige utredninger og flere andre rapporter blitt benyttet. I tillegg har jeg brukt møtereferater fra Helseberedskapsrådet som viser hvilke beslutninger som er tatt samt hvilke tema som ble satt på dagsorden. Men selv om referater er verdifulle, viser de normalt bare til en brøkdel av det som skjer i møter. Dokumentanalysen har vært sentral i forhold til å forstå konteksten rundt arbeidet med helseberedskap i totalforsvaret. som utføres i rådet. Det har vært en forutsetning med en god dokumentanalyse for å få frem de faktorene som hemmer og fremmer samordning.

Uformell intervju

De kvalitative intervjuene har vært foretatt som semi-strukturerte, uformelle intervju. I stedet for en fastlagt liste med spørsmål, fikk intervjuobjektene, på forhånd tilsendt en intervjuguide (Vedlegg 2). Her var problemstilling, formål og sentrale tema beskrevet. Selv

om samme intervjuguiden ble bruk til alle intervjuene, endret fokuset seg noe underveis på bakgrunn av informasjonen som respondentene kom med. Det gir den ulempen at svarene som kom fra de forskjellige respondentene ikke kan sammenlignes direkte. I denne studien er dog direkte sammenligning ikke hensiktsmessig. Det er mer aktuelt å lete etter mønstre i datamaterialet for å finne svar på problemstillingen i undersøkelsen, og da vil en sammenligning være en del av analysen (Johannessen et al., 2010). Med unntak av sjef FOH, ble samtlige intervju foretatt på arbeidsstedet til respondentene. Arbeidsstedet til sjef FOH er i Bodø, intervjuet ble derfor gjennomført på kontoret til Forsvarssjefen i forbindelse en tjenestereise. Samtlige respondenter godkjente bruk av diktafon, noe som gjorde det mye lettere å gjennomføre intervjuet. I etterkant av hvert intervju ble intervjuene transkribert, dette gjorde det mulig å gå tilbake og finne mønstre i datamaterialet.

Valg av respondenter

Siden Helseberedskapsrådet er casen, er respondentutvalget naturlig gitt.

Helseberedskapsrådets medlemmer er, med unntak av DSB sin representant, ledere på sine respektive organisasjoner. De har derfor et stort ansvar med tilhørende myndighet som gir de påvirkningskraft i sine organisasjoner. Det er dermed også de som er best i stand til å se hvilke faktorer som fremmer og hvilke faktorer som hemmer samordning på et tversektorielt nivå. I møte med Helseberedskapsrådet 7. April 2016, fikk jeg lagt frem problemstillingen og bakgrunn for studien. Jeg fikk da tillatelse til å intervju samtlige medlemmer av rådet etter avtale med den enkelte. Intervjuene ble gjennomført i perioden januar-februar 2017. Rådet består av 7 medlemmer, men siden Statens strålevern ble lagt inn under Helsedirektoratet 1. Januar 2016, valgte jeg å ikke intervju direktør for Statens strålevern, Ole Harbitz. Dermed ble det også balanse i antall sivile og militære respondenter.

For å hente inn data til avhandlingen, ble følgende respondenter intervjuet:

Hvem	Funksjon	Når
Kontreadmiral Jan Sommerfelt-Pettersen	Sjef Forsvarets sanitet (FSAN)	12. januar 2017
Direktør Toril Attramadal	Fagdirektør beredskap Folkehelseinstituttet (FHI)	19. januar 2017
Direktør Petter Jansen	Sjef Forsvarets logistikkorganisasjon (FLO)	20. januar 2017

Direktør Bjørn Guldvog	Helsedirektør Helsedirektoratet (Hdir)	31. januar 2017
Ass. Direktør Per Brekke	Ass. Direktør Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)	1. Februar 2017
Generalløytnant Rune Jakobsen	Sjef Forsvarets operative hovedkvarter (FOH)	10. februar 2017

4.3 Datakvalitet

Begrepene validitet og reliabilitet beskriver spesielle kriterier som sier noe om hvor godt datamaterialet stemmer overens med det man ønsker å undersøke, og om studien er gjennomført på en pålitelig og nøyaktig måte. (Johannessen et al., 2010) Mens validitet sier noen om studiens datamateriale, viser reliabilitet til hvordan studien ble gjennomført, og om datamaterialet kan regnes som pålitelig. Reliabilitet og validitet er begreper som normalt brukes i kvantitative metoder, men noen mener disse begrepene også kan brukes for å kontrollere gyldigheten til kvalitative data Andre derimot, opererer med begrepene pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet. (Johannessen et al., 2010) Jeg har valgt å forholde meg til de siste begrepene.

Pålitelighet

God forskning er kun gyldig dersom andre som gjennomfører forskningen, på samme måte, med de samme forutsetningene kommer frem til samme konklusjon. Dette stemmer nok mer for kvantitativ forskning enn for kvalitativ forskning av tre grunner:

- Datainnsamlingsteknikkene er ikke strukturerte
- Observasjoner er verdiladet og kontekstavhengig
- Forskeren bruker seg selv og ingen andre har den samme erfaringsbakgrunnen som forskeren og derfor blir tolkningene forskjellige.

Påliteligheten i denne studien styrkes ved å gi en inngående beskrivelse av casen samt god nok informasjon om Helseberedskapsrådet, aktørene og deres oppgave i totalforsvarskonseptet. Dette vil øke sjansen for at andre vil forstå konteksten i studien.

Casen er begrensende til ett nivå i utvalgte etater, om de er representative for hele Forsvaret

og helsesektoren kan ikke garanteres, men siden de representerer ledelsesnivået vil det kunne være positivt for påliteligheten.

Troverdighet

Kvalitative studier kan ikke måles slik kvantitative studier kan, de kan ikke kvantifiseres.

Derfor er det en utfordring å finne ut om vi måler det vi tror vi måler. Kvalitative studier kan allikevel valideres ved å sjekke ut om forskerens fremgangsmåter og funn stemmer overens med formålet til studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2010).

Den ene teknikken som kan brukes er vedvarende observasjon. Denne teknikken vil ikke kunne brukes her da observasjonen vil være begrenset i tid og rom. Den andre teknikken som kan brukes er metodetriangulering. Det vil si at man bruker flere metoder.

Metodetriangulering brukes i denne studien for å styrke påliteligheten gjennom bruk av både dokumentstudier og uformelle intervju. Det kan alltid være en fare i forhold til respondentenes egne motiver for å fremstille samordning mer positivt, eventuelt negativt i forhold til det som er virkeligheten. Dette kan det ikke garderes mot, dog kan dette demmes opp for ved omfattende bruk av dokumentanalyse.

Overførbarhet

Her stilles spørsmålet om et forskningsprosjekt kan overføres til lignende fenomener. Siden det benyttes kvalitativ metode er dataen som samles inn, ikke egnet for statistisk generalisering. De tolkninger og funn som vil komme ut av studien, vil forhåpentligvis være overførbar til å kunne si noe om samarbeid mellom Forsvarets- og helsesektoren i sin helhet, det er dog mer usikkert om de eksplisitte funn i casen kan overføres til for eksempel andre interdepartementale råd.

Bekreftbarhet /objektivitet

I kvalitative studier forventes det at forskerens bakgrunn gir et eget perspektiv på studiene som gjennomføres. Det er dog viktig at funnene ikke er et resultat av forskerens egne subjektive holdninger, men et resultat av selve forskningen (Johannessen et al., 2010).

Når vi skal fortolke noe, gjør vi dette på grunnlag av visse forutsetninger. Disse forutsetningene kalles forforståelse. Det er flere komponenter som kan inngå i forforståelse, blant annet språk og begreper, trosoppfatninger og forestillinger og personlige erfaringer (Gilje & Grimen, 1993). Jeg har 20-års tjeneste i Forsvaret, bla som sjef for et feltsykehus både i Norge og i Afghanistan. I tillegg jeg er utdannet hjelpepleier og har arbeidet i sivil

ambulansetjeneste før jeg begynte i Forsvaret. Denne kombinasjonen styrker min organisatoriske og kontekstuelle kjennskap. Jeg har vært klar over at mine forutsetninger kan utfordre objektiviteten og har latt teorien være fremherskende, ikke mine egne erfaringer og trosoppfatninger.

5. Analyse

I dette kapitlet presenteres det innsamlede datagrunnlaget og drøftes opp mot teorien. Gjennom drøftingen skal de to forskningsspørsmålene behandles, hva fremmer og hva hemmer samordning mellom Forsvaret og helsesektoren. Etter hvert delkapittel oppsummeres funnene opp mot de to perspektivene; det instrumentelle- og det institusjonelle perspektivet. Hovedkonklusjonene følger i kapitel seks og vil være en oppsummering av drøftingen.

5.1 Hva hemmer og fremmer samordning mellom Forsvaret og helsesektoren?

5.1.1 Det instrumentelle perspektivet

I dette delkapitlet drøftes spørsmålene om hva som hemmer og fremmer samordning mellom Forsvaret og helsesektoren i lys av det instrumentelle perspektivet. Forventningene tar utgangspunkt i formelle strukturer og at forskjeller i geografiskspesialisering, samt en sentralisering av Forsvaret og en desentralisering av helsevesenet vil hemme samordning. I tillegg vil sektorspesialisering være til hinder for å oppnå full formålsrasjonalitet, noe som vil hemme samordning. En tverrsektoriell koordinering, både på departements og direktoratsnivå, kan være med på å fremme samordning. Det forventes at Helseberedskapsrådet bygger på horisontal samordning noe som er i samtlige aktørenes interesse og fremmer dermed samordning mellom Forsvaret og helsesektoren.

Geografisk struktur

Organisering etter geografiprinsippet, innebærer at organisasjonsstrukturen speiler en territoriell oppdeling av samfunnet (Røvik et al., 2009). I Norge har vi tre styringsnivå i det offentlige systemet. Det nasjonale gjennom det departementene, det regionale gjennom fylkene og det lokale gjennom kommunene. Vi har per i dag 17 fylker og 426 kommuner, men det er reformer på gang som kan endre disse tallene. På helsesiden mistet fylkene i 2001 ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Det ble i stedet opprettet 5 regionale helseforetak som 1. juni 2007, ble gjort om til fire (Fig 2). De Regionale helseforetakene (RHF) har ansvaret for spesialisthelsetjenesten som omfatter sykehus, medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten. Forsvaret var tidligere organisert i forhold til geografiprinsippet med

landsdelskommandoer og distriktskommandoer i tillegg til Heimevernsdistriktene. I Distriktskommandoene var det egen distriktskommandolege som blant annet hadde ansvaret for koordinering av sanitetstjenesten sammen med helsesektoren i sitt distrikt. Etter at Forsvaret endret sin innretning og fjernet Distriktskommandoene, har ikke denne regionale koordineringen mellom Forsvaret og helsesektoren blitt erstattet.



Figur 2 (Sørland sykehus, 2017)
2013)



Figur 3 (Norges offentlige utredninger, 2013)

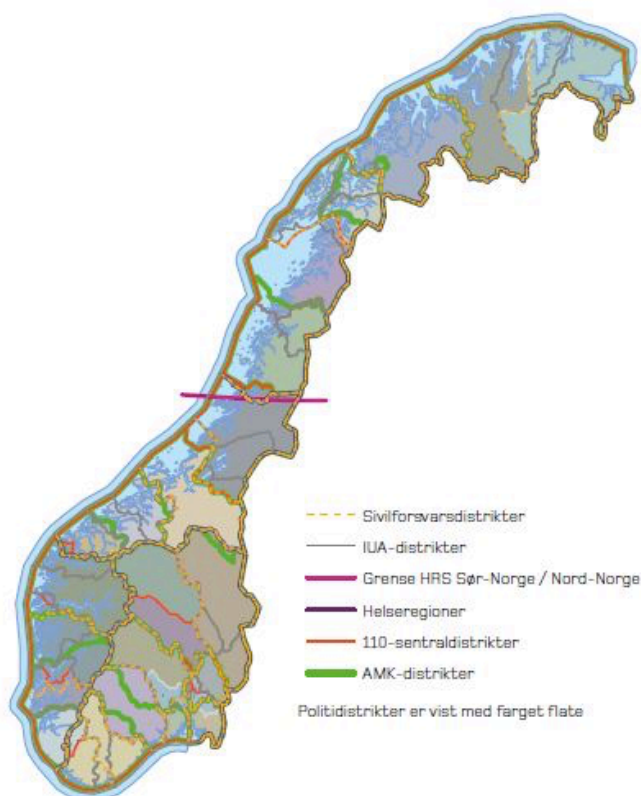
Heimevernsdistriktene (Fig 3) har aldri hatt et slikt oppdrag med ansvar for lokal koordinering mellom Forsvaret og helsesektoren. De nærmeste de kom, var å opprette liaisonteam på de enkelte sykehusene for å holde kontroll på hvor syke og skadde soldater ble sendt. Dette kan muligens komme til å endre seg. Sjef FOH, Generalløytnant Rune Jakobsen sier i intervjuet:

” Du har den organiske kapasiteten i forsvarsgrenene, men så er det regionale strukturer som HV (Heimevernet) distriktssjefene har et grensesnitt til i den regionale totalberedskapssettingen. Så det vil være naturlig at HV, utenfor hoved stridsområdene har en eller annen form for link direkte til helseforetakene.”

Dette viser at den regionale kontakten mellom Forsvaret og helsesektoren savnes i dag, noe som bekreftes i intervjuet med Sjef FSAN. Sjef FSAN, Kontreadmiral Sommerfelt-Pettersen påpeker ytterligere samordnings kompleksitet i forhold til kommunene. Fire regionale helseforetak mener han er overkommelig å lage samordningsavtaler med, men for å koordinere støtte til og fra primærhelsetjenesten, så må han snakke med 426 kommuner. Han

forteller at han blir henvist til Fylkesmennene som har et koordineringsansvar, men det er fortsatt 17 stykker. Som han sier ” *Der har vi et styringsproblem som det ikke er funnet en god løsning på. Derfor har jeg konsentrert meg om det som er løsbart for øyeblikket, og det er spesialisthelsetjenesten.* ”

Kompleksiteten i forskjellig regional inndeling, forverres ytterligere når man sammenligner de øvrige beredskapsaktørene. I forhold til beredskap og kriseinnsats, er det naturlig å sammenligne helsesektoren med politi, brann- og redning, Forsvaret og sivilforsvaret. De regionale helseforetakene er som nevnt delt i fire regioner. 1. Januar 2016 gikk politiet fra 27 til 12 politidistrikter (Politiet, 2017). Heimevernet har vært igjennom flere omorganiseringer og har for tiden 12 distrikter, mens brannvesenet er et kommunalt ansvar og er dermed fordelt i forhold til kommunene. Denne kompleksiteten vises godt i kartet fra DSB (fig. 4) Det er ingen koordinerte geografiske grenser, og grensene går på tvers av fylkes- og kommunegrensene, noe som er en utfordring for fylkesmennene.



Figur 4 viser en oversikt over det fragmenterte og komplekse bildet over aktørene med beredskapsansvar (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2013)

Flere av respondentene har nevnt rollen til fylkesmennene i forhold til beredskapsarbeidet. Assisterende direktør i Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Per Brekke sier følgende:

“... det er vi som har kontakten med kommunene gjennom fylkesmennene i samfunnssikkerhet og beredskapsspørsmål, så det er vi som forteller fylkesmennene hva de skal fokusere på, hva de skal føre tilsyn på, hva de skal gjøre i forhold til kommunene.”

Fylkesmennene har et ansvar for samordning av beredskapsarbeidet innen sitt fylke. Dette gjelder også beredskap i forhold til spesialisthelsetjenesten, men siden det er de regionale helseforetakene som har overtatt spesialisthelsetjenesten, går dette ansvaret på tvers av fylkesgrensene. Brekke trekker også frem kommunenes rolle i beredskapsarbeidet og mener de er ryggraden i beredskaps-Norge han sier ” *Det er til syvende og sist hvordan det står til i kommunene som sier noe om resiliensen og robustheten i samfunnet.* ”

Helsesektoren har blitt desentralisert gjennom sin omorganisering, mens Forsvaret har blitt sentralisert. Det geografiske spesialiseringsprinsippet fører til at sektorområder blir samordnet innenfor hvert enkelt geografisk område. Som Sommerfelt-Pettersen sier:

” ... når alle offentlige etatene som skal samarbeide er organisert på forskjellige nivå med forskjellig dekning geografisk, da blir det jo ganske komplisert. ” og ” ... spørsmålet blir hvordan den militære strukturen og den sivile strukturen skal møte hverandre. ”

For helseberedskapen er dette viktig i forhold til primærhelsetjenesten som kommunene har ansvar for. Som Sommerfelt-Pettersen nevnte i sitt intervju, så er det ikke mulig umulig for FSAN å lage egne avtaler med samtlige kommuner i Norge, det er også vanskelig å koordinere primærhelsetjenesten gjennom 17 fylkesmenn. Nå har Regjeringen har foreslått å endre de 17 fylkene til 10 regioner (Kommunal- og moderniseringsdepartement, 2016). Om fylkesreformen sier Brekke:

” ... det er trist når anledningen byr seg, at vi ikke får en mer enhetlig og lik struktur. Når vi ser på regionreformen og hvordan de ikke greier å se på politidistriktene og hvordan den kunne vært en mal. De har det til felles at det er veldig lite til felles. Det er veldig få felles grenser gjennom disse ulike statelige oppgavene som ligger der. ”

Videre poengterer Brekke viktigheten av den formelle og tette dialogen på det regionale nivået mellom Forsvaret og fylkesmennene. Og håper at dette samspillet blir ivaretatt i landmaktsutredningen for at totalforsvaret skal stå seg i fremtiden.

Med bakgrunn i uttalelsene fra respondentene, ser det ut til at så lenge den geografiske spesialiseringen er så forskjellige på tvers av sektorene, så vil dette være til hinder for

standardisering av offentlige tiltak og dermed hemme samordning mellom Forsvaret og Helsesektoren.

Ansvar og myndighet

En formel organisasjonsstruktur viser hvem som har ansvar og myndighet, hvilke roller som fylles og hvilke posisjoner medlemmene i organisasjonen har. En god samordning på tvers av organisasjoner fordrer at organisasjonene er noenlunde like i forhold til hierarkiet.

I Nasjonal helseberedskapsplan er det overordnede formålet til helseberedskap:

” å verne om liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig medisinsk behandling, pleie og omsorg i kriser, katastrofer i fredstid og krig.” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s. 9).

I Forsvaret er målet med saniteten ” å sikre eller gjenopprette helsemessige forhold, slik at stridsevnen ivaretas.” (Forsvaret, 2017) Dette er i utgangspunktet to forskjellige mål. Mens helsesektoren har helsen til hele befolkningen for øye, har Forsvaret fokus på å ivareta stridsevnen. I målet til helsesektoren er krig nevnt, men i dette ligger det ikke en ivaretagelse av soldater spesielt, heller en målsetning om at helsetjenestene skal leveres til befolkningen uansett hvilken tilstand Norge befinner seg i. Dette bekreftes av Helsedirektør Bjørn Guldvog som sier i intervjuet ” *Det har aldri vært noe tvil om at den sivile helsetjenesten alltid har hatt et ansvar. Uansett om der er krig eller ikke, så har jeg et ansvar for befolkningens helse.*”

Ansvarsprinsippet er en av de fire beredskapsprinsippene og innebærer at alle organisasjoner som til daglig har ansvaret for et fagområde også har ansvaret for samfunnssikkerhet på det området, uavhengig av type hendelse. Det betyr at de har det utøvende ansvaret for at tjenestene skal fungere uansett hva som måtte skje. For Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sin del, gjelder dette drift av alle helsetjenestene og inkluderer også forebygging og utarbeidelse av beredskapsplaner. Dette ansvaret innebærer også at det utarbeides Risiko og sikkerhets (ROS)-analyser, og ut fra disse analysene foreta en avveining av hva som er akseptabel risiko. Helseministeren er overordnet ansvarlig, forankret i regjeringens konstitusjonelle ansvar. Helsesektoren styres av HOD som har det overordnede ansvar for samfunnssikkerhet og beredskap i helse- og omsorgssektoren, herunder ansvar for at beredskapen i sektoren er samordnet. Under HOD ligger en rekke etater blant annet Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Men verken Helsedirektoratet eller

Folkehelseinstituttet har noe utøvende ansvar, dette ansvaret ligger hos de regionale helseforetakene og de ligger som egne avdelinger i Eieravdelingen underlagt HOD.

Forsvarsdepartementet (FD) har ansvar for utforming og iverksetting av norsk sikkerhets- og forsvarspolitik. I tillegg er de ansvarlig for overordnet styring, kontroll og tilsyn av underlagte etaters virksomhet. Direkte under FD ligger en rekke etater, hvor Forsvaret er en av disse.(Regjeringen, 2017). Forsvaret med Forsvarssjefen som etatssjef og virksomhetsleder, er en utøvende avdeling direkte underlagt FD. De utøvende enhetene i helsesektoren derimot, er skilt fra den avdelingen som har den overordne koordinering av helse- og omsorgssektorens innsats og iverksetting av tiltak i krise og krig. Guldvog sier:

“Det er slik at vi har en litt mindre direkte linje i vår sektor enn det dere har i Forsvaret i den forstand at det er både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste og det er fordelt på to forvaltningsnivåer. Så Staten er eier og styrer spesialisthelsetjenesten og det er kommunene so meier og styrer primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet har en rolle i forhold til begge, men vi eier ikke og har bare milde styringsvirkemidler i begge retninger.”

Det er usikkert om denne måten å organisere seg på er uproblematisk for helsesektoren i dens daglige drift, noe denne studien heller ikke skal se på. Denne organiseringen vil dog kunne by på problemer i forbindelse med samordning mellom Forsvaret og helsesektoren. Sommerfelt-Pettersen beskriver det slik:

” ... Helsedepartementet er ikke et utøvende ledd. Det er det beredskapslederne i RHFene som er. I krig så kan Helsedirektøren i Helsedirektoratet dirigere helsetjenesten i Norge, men det bryter med nærhets- og likhetsprinsippet.”

Det er dermed forskjell på hvem som lager beredskapsplaner og koordinerer i fred og hvem som skal ha det utøvende ansvaret når en situasjon oppstår. Sommerfelt-Pettersen sier videre:

” Samvirke er vanskelig fordi Helsedirektøren ikke har et operasjonsrom som er i daglig drift, men det skal skrues på når krisen komme. Det er en utfordring at de som skal samvirke ikke har truffet hverandre før krisen kommer.”

En instrumentell og administrativ forståelse av ansvar består i at den som har et formelt ansvar også skal rapportere systematisk hvordan dette ansvaret forvaltes (Røvik et al., 2009). Gode prestasjoner og overholdelse av ansvar belønnes, det motsatte straffes. Dette er en konsekvens av New Public Management og baserer seg på et kontrollregime som skal holde de ansvarlige i tøylene. Dersom de utøvende enhetene, i dette tilfellet de regionale helseforetakene, ikke er de samme som har ansvaret i en krise, vil dette kunne føre til en ansvarsfraskrivelse.

Helsedirektører er enig i at denne organiseringen kan by på utfordringer, men sier ” ... *det er en modell som har noen svakheter, men den har vist seg samtidig å fungere i kriser.* ”

Forskjellen på hvem som har ansvar og den utøvende myndigheten, har også konsekvenser for et samarbeid i forsyningssikkerheten. Dette kommer blant annet til uttrykk i intervjuet med sjef FLO, direktør Petter Jansen som har en utfordring med å koordinere medisinsk forsyningssikkerhet. Han sier ” ... *behovene er rimelig klart definert, men prioriteringen å finansiere opp en forsyningssikkerhet på vaksiner, på utvalgte medikamenter den er lav.* ”

Forsvaret har et ønske om samarbeid på forsyningssiden med helsesektoren. I helsesektoren er det Helseforetakenes innkjøpsservice (HINAS) som lager avtaler og foretar innkjøp av medisiner og utstyr til helsesektoren. HINAS eies av de fire regionale helseforetakene. FLO vil gjerne har direkte kontakt med HINAS for å sette i gang et samarbeid, men de blir henvist til de regionale helseforetakene. Som han sier:

” ... *den direkte kontakten som jeg gjerne skulle hatt med helse-Norge sine innkjøpsorganer, den ønsker ikke helse-Norge at jeg skal ha direkte mot innkjøpsorganer, men de ønsker at jeg skal ha den via helseforetakene.* ”

Sjef FLO påpeker at dette fører til en unødig treghet og en overhengende fare for at dette ikke blir prioritert høyt nok på det nivået.

Med bakgrunn i uttalelsene fra respondentene, så kan det synes som om ulikt nivå på ansvar og myndighet mellom Forsvaret og helsesektoren er en utfordring. Denne ulikheten i organiseringen kan hemme en god og fleksibel samordning mellom Forsvaret og helsesektoren.

På hver sin tue

I det instrumentelle perspektivet står formålsrasjonalitet meget sterkt. Fullstendig formålsrasjonalitet fordrer at man har klare konsistente mål, ha full oversikt over alle alternativene, og full innsikt i konsekvensene av alternativene (Røvik et al., 2009). Beskrivelsen nedenfor viser at dette er vanskelig å få til i Forsvaret og helsesektoren.

Det er kun en helsetjeneste i Norge og den er det Helseministeren og HOD som har det overordnede ansvaret for, uansett om vi er i fred, krise eller krig. Ut fra den tankegangen er det ikke behov for Forsvaret å ha sin egen sanitetstjeneste. Forsvaret har da heller ikke noe krav på seg om å ha en egen sanitetstjeneste. Som Sommerfelt-Pettersen påpeker i intervjuet,

så har Forsvaret i utgangspunktet ingen forpliktelser innenfor helseområdet med unntak av én og det er Bedriftshelsetjenesten.” *Det er ikke noe lovverk som sier at Forsvaret skal ha en egen sanitetstjeneste.*” Han sier videre:

“Loven om primærhelsetjenesten slår fast at det er kommunene som leverer helsetjenester til de som til enhver tid måtte befinne seg i kommunene, uavhengig av nasjonalitet eller bosted. Loven om spesialisthelsetjeneste slår fast at det er helseforetakene som har plikt til å yte spesialisthelsetjenester etter medisinske prioriteringsprinsipper til de som måtte trenge det. Alle som befinner seg i Norge har rett, etter norsk lov, til øyeblikkelig hjelp. Dermed er ansvarsteppet er helt dekket av de to lovene, det er ingen hull”.

Med bakgrunn i dette lovverket, så har ikke Forsvaret ansvar for å ha en egen sanitetstjeneste, dette skal HOD sørge for blir ivaretatt. Det spesielle med Forsvaret, er at de har et oppdrag som gjør at forsvarets personell er spesielt utsatt og som i verstefall ender opp med at personellet blir såret eller drept. I en væpnet konflikt eller krig, befinner de seg i et miljø som ikke er trygt for sivile og sivile helsetjenester. Derfor har Forsvaret sin egen sanitetstjeneste. Denne sanitetstjenesten er begrenset ut fra både kompetansenivå og kapasitet og er helt avhengig av den sivile helsesektoren for avansert videre behandling. Forsvaret forventer at den sivile helsesektoren skal ivareta deres behov med kompetanse og kapasitet. På den andre siden, forventer helsesektoren at Forsvaret ivaretar deres behov for blant annet evakuering av sivile pasienter i krigssoner. Som Guldvog sier i intervjuet:

“... dette er noe vi må bli enige om når det gjelder ansvaret mellom oss og jeg forventer at Forsvaret frakter ut tante Olga til et sted hvor vi kan ta henne i mot og bringe henne i trygghet bakover.”

Han peker på at det har noen paralleller i sivilsamfunnet i forbindelse med samarbeid mellom helse og politi. Det er enkelte soner hvor sivile helsearbeidere ikke er skikket til å gå inn i, og at det må avtales mekaniser hvor de sivile tar over for politiet og tar det videre bakover. Guldvog forventer at det med noen modifikasjoner nyttes samme logikken for tante Olga og skadde soldater.

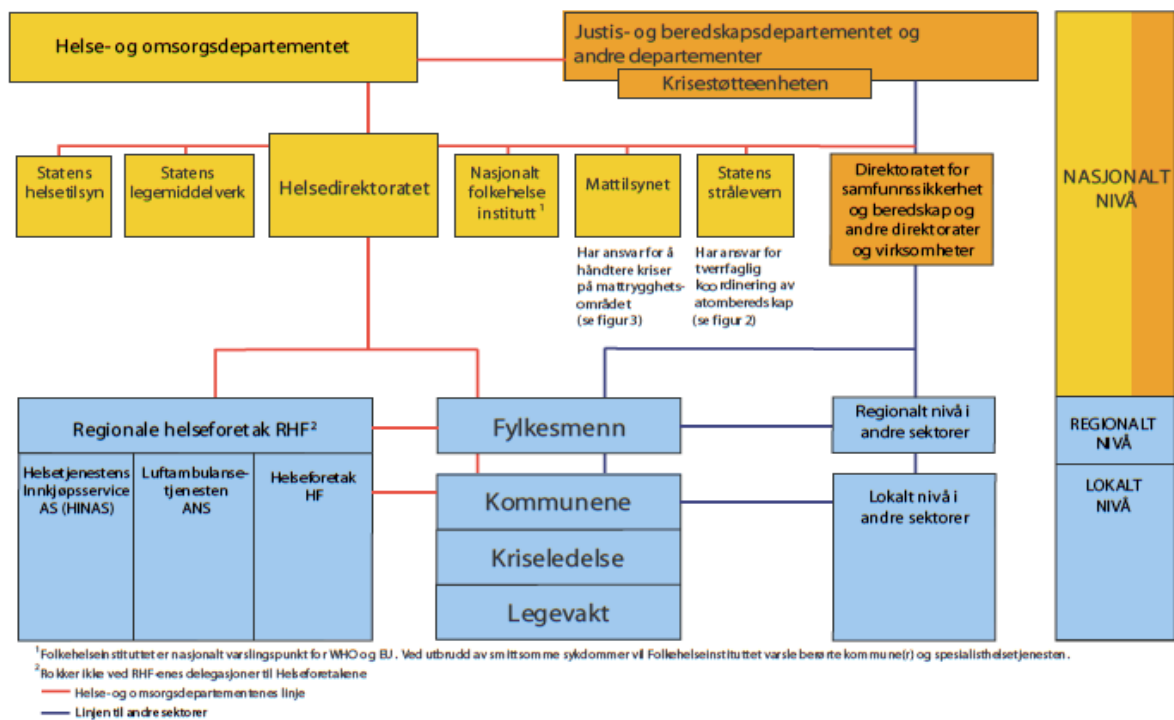
Forsvaret lærer opp sine soldater til førstehjelp, skaffer til veie livreddende kirurgi, samt sørge for en evakuering av de syke og skadde til et punkt hvor de forventer at det sivile helsevesen å ta over. Helsesektoren forventer at Forsvaret tar seg av alle sivile pasienter som befinner seg i krigssonen, behandler disse og frakter de til et sted hvor de kan ta over den videre behandlingen. Problemet med denne tankegangen, er at den er gjort på hver sin tue. Forsvaret har laget sine planer om massiv støtte fra det sivile, uten å inkludere sivil side. På den andre siden har sivil side ikke ofret krigsscenarioer og støtte til Forsvaret en tanke, fordi

de forventer at Forsvaret har kontroll på alle eventualiteter. Denne tankegangen illustreres godt i Nasjonal helseberedskapsplan i forbindelse med varslings- og rapporteringslinjer ved kriser.

Forsvaret er ikke med i verken varslings- eller rapporteringslinjene (Figur 1). Denne figuren er kun en oversikt i tilfelle kriser, men det finnes ikke noe oversikt over varslings- eller rapporteringslinjene i tilfelle sikkerhetspolitiske kriser eller væpnet konflikt, så dette er det nærmeste man kommer. Lovgivningen pålegger helse- og omsorgsforvaltningen og tjenestene å ha beredkapsplaner for å sikre forsvarlige tjenester ved kriser og krig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Med andre ord, for alle eventualiteter.

VE Vedlegg

Figur 1: Varslings- og rapporteringslinjer i helsesektoren ved kriser



Figur 1 – Oversikt over varslings- og rapporteringslinjer i helsesektoren ved kriser

Det er ikke bare helsesektoren som har laget sine planer i isolasjon. Forsvaret har redusert sin kapasitet betraktelig de siste årene, også i forhold til sanitet. Dette har ført til en økt forventning om at helsesektoren skulle ta seg av en større andel av alle de skadde soldater

som Forsvaret produserer i strid. Denne forventningen har Forsvaret ikke vært flink nok til å informere helsesektoren om. Som Guldvog klargjorde i intervjuet:

” Det kom som en liten overraskelse på meg for en del år tilbake, at Forsvaret ikke baserer seg i samme grad på strukturen med feltsykehus og tilsvarende, som mulige helse tilbud i Norge under en krigssituasjon som man gjorde for 25 år siden.”

Den sivile helsetjenesten vil i langt større grad måtte involvere seg også i skarpe situasjoner som væpnet konflikt eller krig. Guldvog har skjønt i løpet av de siste årene at virkemidlene i Forsvarets sanitet, i forhold til å ivareta ganske store ansvarsområder knyttet til behandling av skader i Forsvaret og sivilbefolkningen forøvrig i krigssoner, er veldig redusert. Idealet ut fra et instrumentelt perspektiv, er at ledelsen har klare mål og innsikt i virkemidlene og effektene. Ledelse blir å unytte de hierarkiske virkemidler for å nå de oppsatte mål (Røvik et al., 2009). Fullstendig rasjonalitet er noe som er meget vanskelig å få til på grunn av organisasjonenes kompleksitet og de mange hensyn som skal tas. Begrenset rasjonalitet er mer realistisk og så lenge man er klar over sine begrensinger, så kan man legge til rette for dette. Brekke sier:

” ... vi er nok litt undrende til hvorfor Forsvaret er så fjern fra de løsningene og ressursene som norske helsetjenester representerer. Så mener vi å se at innenfor helsesektoren er det fraværende interesser for Forsvarets oppgaver.”

Denne tankegangen bekreftes av ekspertgruppen som har sett på Forsvarets tilstedeværelse i hovedstadsområdet. De sier i sin rapport:

“For å kunne knytte Forsvarets ressurser nærmere det sivile samfunn må Forsvaret i større grad forstå sivilsamfunnets behov og kunne justere/tilpasse seg disse behov. Samarbeidet må være forpliktende slik at sivilsamfunnet vet hvilke ressurser de har tilgjengelig for planlegging av innsats.”(Østfold fylkeskommune og Oslo Forsvarsforening, 2015, s. 51)

Både Forsvaret og helsesektoren er komplekse, heterogene organisasjoner. Når disse organisasjoner setter sine mål, kan lokal rasjonalitet spille inn. Dette kan føre til at disse organisasjoner i sin målsetting ikke tar hensyn til andre aktørers interesser, noe som svekker fellesskapet (Røvik et al., 2009). I tilfellet over kan det se ut som om begge sider har det jeg velger å kalle en falsk fullstendig rasjonalitet. Begge sider har sine egne klare mål og tror de har full oversikt på alle alternativer samt full oversikt over konsekvensene.

Denne falske fullstendige rasjonaliteten som både Forsvaret og helsesektoren har operert med, har frem til nå vært hemmende for samordning mellom Forsvaret og helsesektoren. De har begge mål for sine oppgaver og aktiviteter, men har ikke kunnet skaffe seg fullstendig

oversikt over alle sine alternativer og konsekvenser, så lenge de ikke har god nok kjennskap til hverandres organisasjoner.

Dersom verken Forsvaret eller helsesektoren har hatt mulighet til å være fullstendig formålsrasjonale i forhold til helseberedskap, på grunn av manglende koordinering av mål og kjennskap til hverandres situasjon, kan det være med på å hemme samordning av helseberedskapen.

Tverrdepartemental koordinering

Mens det ovenfor ble drøftet at Forsvaret og helsesektoren hadde hver sine mål som ikke var koordinert, noe som hemmet samordning, skal det her sees på hvordan koordinering på overordnet nivå kan fremme samordning gjennom forhandlinger. Sektorprinsippet tilsier at vi har et ministerstyre med klar ansvarsfordeling. Som nevnt er HOD er ansvarlig for alle helsetjenester under alle forhold. Samtidig så er FD ansvarlig for den strategiske ledelsen og styringen av Forsvaret og har en forventning til HOD om at de får den støtten de trenger dersom det er behov for dette. En slik sektordeling kan føre til en båstenkning. De som arbeider innenfor én av båsene, vil anse sakene som sine egne, dels i den forstand at det er de som sitter med det primære ansvaret, men også slik at andre bør holde seg unna. I motsatt retning kan de tenkes aktivt å velge bort elementer av større problemstillinger som i utgangspunktet er plassert hos andre (Smith, 2015). En slik sektordeling og ministerstyre kan altså enten føre til en ansvarsfraskrivelse eller at en hegner om ansvaret. Siden den enkelte fagstatsråd er selv ansvarlig for sin sektor, vil saker som direkte berører faget, kunne få en høyere prioritet enn saker som vil få konsekvenser for andre departementer. Eksempelvis kan reduksjon i køen av kreftpasienter få en høyere prioritet i helsesektoren, enn å bruke ressurser til å lage beredskapsplaner for en eventuell krig som ikke ansees som realistisk.

På den andre siden, så er det statsministeren som har det øverste ansvaret, som også inkluderer ansvar for samordning. *“Den eneste som kan ta primæransvaret for regjeringens virksomhet som kollegium, og dermed for dens grunnleggende, kollegiale ansvar, er statsministeren selv.”* (Smith, 2015).

Det er altså i siste instans regjeringens ansvar å finne de beste løsningene når utfordringer går på tvers av hver enkelt statsråds ansvarsområde. Dette vil løses gjennom drøftinger og forhandlinger blant annet i regjeringskonferanse og i Regjeringens sikkerhetsutvalg

(Regjeringen, 2014) (Regjeringen, 2015). Fastlegging av mål gjennom forhandlinger kan skje på tre måter. Ved kamp hvor den sterke koalisjonen vinner frem noe som kan føre til konflikt og med det resultatet at målene ikke følges opp. Det kan skje ved inngåelse av kompromisser, noe som vil gi målene en høy grad av legitimitet. Eller målene kan tas sekvensielt, man er enig om å være uenig og målene blir realisert på ulike tidspunkt, noe som løser konflikter på kort sikt (Røvik et al., 2009). Ved målsetting om helseberedskap og totalforsvaret, noe som inkluderer et ansvar hos flere statsråder, er det sannsynlig at fastlegging av mål skjer gjennom en kombinasjon av alle tre metoder.

En kan hevde at, så lenge det ikke finnes en overordnet instans som for eksempel et beredskapsdepartement med makt og myndighet, så vil den enkelte statsråd kun handle innenfor sitt eget bedd. Flere respondenter har vært innom mulighetene for et overordnet beredskapsdepartement i Norge. I tillegg er dette en debatt blant de som arbeider med beredskap, som hos Redningsselskapet, som mener Norge trenger en beredskapsminister (NRK, 2017). I Sårbarhetsutvalget ledet av tidligere Statsminister Kåre Willoch, var en av konklusjonene i rapporten, en samling av arbeid for samfunnssikkerhet og beredskap i ett departement (Norges offentlige utredninger, 2000). Forslaget om et eget beredskapsdepartement ble aldri realisert. I stedet endret Justis- og politidepartementet i 2011 navn til Justis- og beredskapsdepartementet for å tydeliggjøre ansvaret for at beredskapsarbeidet på tvers av sektorene er samordnet. Dette ansvaret ivaretas av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). DSB ble opprettet i 2003 direkte under JD for å samordne beredskapen i Norge.

Sommerfelt-Pettersen påpeker viktigheten av å endre Helseberedskapsråd til å bli et utøvende råd i mangel av et overordnet beredskapsdepartement. Noe at svakheten med ordningen i dag, mener han er fravær av myndighet. DSB kan ikke beordre, de er et koordinerende organ. Brekke er enig i at de ikke har myndighet til å gi på legg og sier:

“... det vi gjør når det kommer inn forslag om å iverksette tiltak om ett eller annet i SBS (Sivilt Beredskapssystem) eller BFF (Beredskapssystem for Forsvaret), så vil vi gå inn og vurdere de samfunnsmessige konsekvensene og da handler det om en tverrsektoriell vurdering som vi gjør. Og da gir vi en anbefaling til vårt departement som er JD, som inntil krig er etablert som lederdepartementet, for å gi de et beslutningsgrunnlag som de bringer med seg inn i kriserådet eller RSU (Regjeringens sikkerhetsutvalg) ...”

Han er derimot uenig i tanken om å opprette et eget beredskapsdepartement. Han mener dette vil gå på akkord med likhetsprinsippet og slik systemet er i dag, har Statsministeren

den makt og myndighet som skal til for å beordre tiltak om nødvendig. Videre mener han det ikke vil være realistisk å tro at et departement vil kunne besitte kompetanse på alt fra pandemi, til Cyber, til stormer på Østlandet.

Etter hendelsene 22. juli 2011 ble det bestemt at Justis- og beredskapsdepartementet skal være fast lederdepartement med mindre annet blir bestemt. Dette ikke rokker dog ikke ved det konstitusjonelle ansvarsforhold og samtlige departementer beholder sitt ansvar og beslutningsmyndighet (Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap, 2015). Dersom en krise oppstår, er det Regjeringens kriseråd som blant annet skal sikre koordinering av tiltak som iverksettes av ulike sektorer (Justis- og beredskapsdepartement, 2015). Det er JD som leder kriserådet og som Brekke sier i intervjuet:

”Kriserådet er et administrativt forum mellom kjernedepartementer hvor det ligger en dobbeltstemme hos Justis- og Beredskapsdepartementet for hvordan dette skal bringes videre. Igjen i vår forvaltningspraksis så er det sektorprinsippet som gjelder og hvis helseministeren ikke går med på det som blir foreslått der, så er det en sak for regjeringen.”

Med andre ord, dersom en av statsrådene ikke er enig i det som blir bestemt i Kriserådet, så vil det være regjeringen som et kollektiv som er ansvarlig og tar avgjørelsen.

Kriserådet blir i en krise støttet av Krisestøtteenheten (KSE) (Lovdata, 2013) Dette er dog en løsning Sommerfelt-Pettersen mener kun passer i forhold til kriser, men ikke krig. Som han sier *”For Forsvaret skal jo egentlig bare tre i kraft i krig og da er det FD som er ledende departement.”*

En ekspertgruppe som har sett på Forsvarets tilstedeværelse i hovedstadsområdet mener det også er utfordringer i forhold til ledelse i kriser og sier:

“Hendelser som krever vesentlig større innsats fra samfunnet, vil medføre betydelige utfordringer fordi det på sivil side ikke finnes et koordinerende nivå over det taktiske. Forsvaret er den eneste sektoren som har et operativt hovedkvarter på operasjonelt nivå i det daglige virke.” (Østfold fylkeskommune og Oslo Forsvarsforening, 2015, s. 50)

Og i forhold til hybridkrig sier de:

«Det vil oppstå tvil om hvem som har ansvaret for situasjonen: Er det en sivil krise med ansvar liggende hos politiet, eller er det militært?» (Østfold fylkeskommune og Oslo Forsvarsforening, 2015, s. 15)

Så selv om det finnes et system som ivaretar koordinering, så ser det ut som det fortsatt er noen utfordringer knyttet til dette både i kriser i fred og i krig.

Det er DSB som har fått ansvaret for å koordinere av utviklingen av det nye totalforsvaret, som skal være ferdig i 2020. Brekke ser en klar utvikling de siste årene. I intervjuet nevner han at de har løpende dialog med Helsedirektoratet og i forhold til Forsvaret sier han ”

Dialogen med FOH er meget tett og vi har fått en liaison fra Forsvarsstaben på huset.

Forsvaret sin dreining fra det internasjonale til det nasjonale har bidratt til dette.” Jakobsen trekker frem samarbeidet med DSB flere ganger i intervjuet. I forhold til arbeidet med det nye totalforsvaret frem mot 2020 og det tverrdepartementale arbeidet sier han:

“Utfordringen blir på det som krever investeringer, kostnader i andre etater, i andre departement. Det blir tverrdepartementalt og det er ikke alltid like lett. Det er ikke mitt problem, det er regjeringens problem med DSB som primærsaksbehandler for å få det til.”

Han fortsetter med:

” ... viljen er ufattelig stor, så vi har nok en utfordring i 2017, for det er ingen andre departement eller direktorat eller etat som har fått dette i oppdragsform og derav ingen penger, men det er ingen showstopper så langt. Og det tror jeg er takket være DSB som sitter i det statelige fører sete for dette arbeidet.”

Forsvaret og helsesektor har både sammenfallende og motstridende interesser i forhold til helseberedskap. Der hvor det er motstridende interesser kan det løses gjennom forhandlinger og koordineringer. Det er sannsynlig at uenigheter om ressurser til helseberedskap på statsrådsnivå, løses gjennom drøftinger og forhandlinger i Regjeringskonferansen og Regjeringens sikkerhetsutvalg. Det at en dispuitt om ressursfordeling ikke forblir uløst, men at det tas avgjørelser på det øverste nivå mener jeg fremmer samordning. Regjeringens har Kriserådet og Krisestøtte enheten som verktøy, noe som i utgangspunktet fremmer samordning. Det kan dog virke som det er fortsatt noe usikkerhet til knyttet til samordning både ved kriser og krig. DSB sin viktige rolle har blitt påpekt av flere respondenter. Selv om DSB ikke har makt og myndighet til å gi pålegg, mener jeg det er likevel grunn til å tro at DSB sin koordinerende rolle fremmer samordning.

Nettverksstruktur

Som et supplement til sektorprinsippet og geografiprinsippet opprettes kontaktflater, både formelle og uformelle. I mine intervju har jeg etterlyst hvilke formelle og uformelle kontaktflater aktørene har i helseberedskapsarbeidet. Samtlige respondenter fremhever at de har innslag av begge. Viktigheten av denne uformelle kontakten blir fremhevet, men det er også de som peker på manglende redundans når kontakten ikke er institusjonalisert. Dersom noe er for personavhengig, mister man en del av samarbeidet når noen slutter i stillingen sin.

Fagdirektør i FHI, Toril Attramadal mener dette spesielt dreier seg om kontakter på faglig nivå og skulle gjerne sett enda flere områder med formalisert samarbeid, spesielt på utbruddsetterforskning og epidemietterretning.

Slike formelle kontaktflater kan være styrer, arbeidsgrupper, prosjekt og så videre. Disse kan være mer eller mindre midlertidige ordninger av tidsbegrenset form eller mer permanente matriseorganisasjoner (Røvik et al., 2009). En slik form for institusjonalisering av kontaktflatene mellom Forsvaret og helsesektoren er helseberedskapsrådet. Allerede rett etter andre verdenskrig var det klart at en total krig rammet i like høy grad sivile som militære. De sanitetsmessige utfordringene var delvis like for militær og sivil sektor og måtte løses koordinert eller under ett. I 1948 ble beredskapsrådet for landets helsestell opprettet som et rådgivende, planleggende og samordnende organ (Melien, 2016). Rådet har vært gjennom endringer siden den gang og heter i dag Helseberedskapsrådet. Betydningen av rådet har variert gjennom årene. Flere av respondentene har tidligere sett på rådet som et slags ”supperåd” hvor man møtes og forteller hverandre hva man driver med uten å ha en klar agenda for fremtiden. I 2013 endret innretningen seg og i referatet fra Helseberedskapsrådet av 27. November slår Helsedirektøren fast at han ønsker endringer slik at rådet skal bli et topplederforum. Denne endringen har også blitt forsterket ved skifte av nestleder i rådet når FSAN fikk ny sjef, Kontreadmiral Sommerfelt-Pettersen i 2014. Ved å fokusere mer på å være et topplederforum vil lederne kunne bygge på sine mål-middel kunnskaper de tar med seg fra sin egen organisasjon, som bakgrunn for rasjonelle beslutninger. De vil dermed gjennom sin deltakelse, kunne påvirke beslutningene i rådet noe som vil bidra til å nå sin egen organisasjons målsetting.

Helseberedskapsrådet er fortsatt et rådgivende organ, men diskusjon pågår nå om rådet skal ha en endret rolle. Flere av respondentene skulle ønske rådet fikk en utøvende rolle. Sjef FLO, direktør Petter Jansen er en av disse og savner muligheten til å treffe beslutninger som sikrer den medisinske forsyningssikkerheten for både Forsvaret og helsesektoren. Sjef FOH, General Rune Jakobsen, har også vært åpen for å la rådet få en utøvende rolle. Han peker på den nyttige rolle rådet har i forhold utveksling av meninger og til felles situasjonsforståelse. For FOH er det viktig å kunne spille inn de operative behovene som Forsvaret identifiserer direkte inn til rådet. Han ingen motforestillinger mot å la rådet få en utøvende rolle med makt, med dagens helsedirektør som leder av rådet, som han sier ” ...om alle helsedirektørene hadde vært som Bjørn Guldvog så ville jeg si, gi det en utøvende rolle med makt.” Sjef

FSAN snakker også varmt om å endre rollen til rådet. Han viser til at Forsvaret har de siste årene brukt rådet aktivt som et verktøy, for å få et styrket samarbeid med de regionale helseforetakene. Som han sier ” *...vi har anbefalt de om å be om representasjon i Helseberedskapsrådet for å være med i koordineringsarenaen som Staten har valgt.* ” Og når helseberedskapsrådet hadde sitt møte 7. Desember 2016 var både Eieravdelingen (de som styrer de regionale helseforetakene) i HOD, samt beredskapslederne for de regionale helseforetakene tilstede som observatører. Dette anser sjef FSAN som en seier og ett skritt i riktig retning. I forbindelse med en utredning gjort i Helseberedskapsrådet som tok for seg kommando og kontroll sier han:

“... der har man fulgt linjene med ledelse, kommando og kommunikasjon og fant ut at det var en feil på helseområdet. Og feilen var at Helseberedskapsrådet ikke er et utøvende råd.”

og

” Det finnes heller ingen som har kommando på tvers av sektorgrenser i krig. Derfor mente arbeidsgruppen at man bør vurdere om ikke Helseberedskapsrådet bør få en tilleggsfunksjon, nemlig at den møter og trer fast sammen med representanter på et eller annet beredskapsnivå og brukes som operativt koordinerende organ mellom helse, justis og Forsvaret.”

Helsedirektøren er åpen for at rådet får en rolle i en gitt situasjon for å håndtere en krise. Han sier ” *Det vi har drøftet er om Helseberedskapsrådet kan danne grunnlaget for å være et organ som har en rolle i en gitt situasjon for å håndtere en krise.* ” I intervjuet viser han til Kriseutvalg for atomberedskap:

” Der kommer aktørene sammen og har med seg sin egen myndighet og fullmakt og treffer felles beslutninger og går hjem og gjennomfører i tråd med egen myndighet. Da blir de avgjørelsene som tas i rådet forpliktende for alle parter.”

Dette mener han må utredes nærmere. Brekke i DSB er derimot skeptisk til å endre rollen til Helseberedskapsrådet. Han er opptatt av at likhetsprinsippet skal ivaretas og har ingen tro på at man krysser ansvarslinjer, overtar og beslutter i et råd som skal tre sammen når noe skjer. Han sier:

” 999 av de alvorlige situasjonene som vi opplever gjennom år, handler om vær og vind, handler om tekniske feil, handler om handlinger som i seg selv ikke er så alvorlige at samfunnet står på hodet. De håndteres enten lokalt, regionalt, eller sentralt med det systemet som vi har.”

I ”Utredning av integrert beredskapsmodell for helseforvaltningen” (Helsedirektoratet, 2016) skrevet av Helsedirektoratet går det frem et ønske om et eget helseberedskapsråd for helsesektoren. Dette er et eget råd ved siden av det etablerte helseberedskapsrådet. I utredningsarbeidet er det ikke tatt hensyn til Forsvaret. Forsvaret er heller ikke foreslått som

medlem i dette rådet. Hvorfor vites ikke, men det vitner nok en gang om sektortenkning. Dette bryter forså vidt også med tanken om at ” *Det må sikres at relevante organer har både sivil og militær representasjon, slik det er bant annet i Sentralt totalforsvarsforum og helseberedskapsrådet.* ” (Justis- og beredskapsdepartement, 2016, s. 114) Det kan synes noe merkelig at en slik utredning ble gjennomført når det etablerte helseberedskapsrådet er i ferd med å bli en velfungerende samordningsarena. Dersom et slikt råd blir en realitet, mener jeg det kan gå på bekostning av aktørenes handlingskapasitet, da det er begrenset hvor mye tid den enkelte aktør har til å delta i forskjellige fora. Slike initiativ kan tolkes som en hemmende faktor i arbeidet med samordning mellom Forsvaret og helsesektoren.

Uansett hvordan Helseberedskapsrådet blir innrettet i fremtiden, så er det enighet blant respondentene at rådet bidrar til en større forståelse mellom Forsvaret og helsesektoren. Sjef FSAN Admiral Sommerfelt-Pettersen, Ass. Dir Per Brekke i DSB og Sjef FOH General Rune Jakobsen har alle beskrevet manglende forståelse for hverandres struktur, oppgaver og behov som en av de store utfordringene med samordning av helseberedskap mellom Forsvaret og helsesektoren.

I det instrumentelle perspektivet er koalisjoner organisasjoner, hvor hver av aktørene handler formålsrasjonelt av egen interesse. Koalisjoner passer inn i forhandlingsvarianten av det instrumentelle perspektivet. Helseberedskapsrådet er en koalisjon av aktører med ulike fagfelt, men med delvis samme mål. Forsvaret har som overordnet mål å håndheve Norges suverenitet, helsesektoren har som mål å gi medisinsk behandling til alle som trenger det. Ingen av organisasjonene er opprettet med mål for helseberedskap alene. Derfor er det også et spørsmål om prioritet og interessehevding. Det er tidligere, i denne studien, hevdet at Forsvaret og helsesektoren er begrenset formålsrasjonelle fordi de ikke har et felles mål. Jeg mener Helseberedskapsrådet er med å øke formålsrasjonaliteten gjennom å belyse hverandres handlingsalternativer og konsekvenser. Ved å tilføre kunnskap om de ulike alternativer som finnes og hvilke valg den andre parten tar, vil det også frigi informasjon om de medfølgende konsekvensen den andre parten ikke nødvendigvis var klar over. Gjennom aktiv deltakelse i Helseberedskapsrådet, kan aktørene også bidra med kunnskaper om mål-middel-sammenhenger (Røvik et al., 2009). På den andre siden blir aktørene bundet av hverandre gjennom beslutningsreglene for valg av alternativene som nå ikke kan tas på egenhånd. Dette mener jeg vil kunne øke muligheten for beslutninger som er opp til fullstendig formålsrasjonelle og dermed fremme samordning av helseberedskapen.

Deloppssummering

I dette kapitlet har det vært drøftet hva som fremmer og hemmer samordning mellom Forsvaret og helsesektoren fungerer ut fra et instrumentelt perspektiv. Det geografiske spesialiseringsprinsippet fører til at sektorområder blir samordnet innenfor hvert enkelt geografisk område. Flere av respondentene har uttrykt at forskjeller i geografisk spesialisering er en utfordring i forhold til samordning av beredskap på tvers av sektorene. Med bakgrunn i disse bekymringene og empirien, konkluderer jeg med at så lenge de geografiske områdene er så forskjellige som de er, så vil dette være til hinder for standardisering av offentlige tiltak og dermed hemme samordning mellom Forsvaret og Helsesektoren.

Forskjellig formell struktur, med ulikhet i ansvar og myndighet på forskjellig nivå kan føre til en usikkerhet i hvem som er riktig nivå for samhandling. Dette kan føre til at sjefer med ansvar og myndighet på et nivå må forholde seg til sjefer på et annet nivå som har et annet ansvar og ikke har den samme myndigheten noe som vil føre til at avgjørelser tar lengere tid enn nødvendig. Med bakgrunn i respondentenes uttalelser oppfatter jeg at dette hemmer samordning.

Respondentene viser til mangel på kjennskap om hverandres organisasjon, oppdrag og mål. Dette har ført til urealistiske forventninger til hverandres kapasiteter og hva den enkelte kan støtte med i et totalforsvarsperspektiv. Slike forventninger kan føre til noe jeg velger å kalle en falsk fullstendig formålsrasjonalitet. Å tro at man har oversikt over alle alternativer og konsekvenser, uten at dette er koordinert kan føre til at viktige beslutninger om beredskap tas på feil grunnlag. Dette mener jeg hemmer samordning.

Tverrdepartemental koordinering foregår gjennom forhandlinger, både statsrådsnivå og på direktoratsnivå gjennom DSB. Selv om respondentene ser ut til å kunne være uenig om hvorvidt det er formålstjenlig med et overordnet beredskapsdepartement med makt og myndighet, så er det enighet om at den koordinering som gjøres i regi av DSB fremmer samordning.

Helseberedskapsrådet er en kollegial struktur og fungerer som en arena for informasjonsutveksling. I motsetning til forventningen er Helseberedskapsrådet et koordinerende organ det vil si at det ikke er forhandlinger som pågår i rådet i dag. Det er dog

en diskusjon som pågår for å endre dette. Uansett så fremmer Helseberedskapsrådet samordning mellom Forsvaret og helsesektoren gjennom informasjonsutveksling. Dette mener jeg kan legge til rette for en bedret formålsrasjonalitet noe som fremmer samordning.

5.1.2 Det institusjonelle perspektivet

Jeg har i denne studien en pragmatisk tilnærming til det institusjonelle perspektivet. Det vil si at jeg ikke tolker perspektivet, slik det er beskrevet i organisasjonslitteraturen, bokstavelig. Hovedpoenget er å få frem intensjonene i hva perspektivet beskriver. Nedenfor drøftes spørsmålet om hva som fremmer og hemmer samordning mellom Forsvaret og helsesektoren i lys av det institusjonelle perspektivet. Forventningene tar utgangspunkt i at forskjeller i kultur kan gi ulik logikk og passende adferd, noe som kan hemme samordning. Store endringer i den sikkerhetspolitiske situasjon har konsekvenser for både Forsvaret og helsesektoren. Felles utfordringer krever felles løsninger og kan fremme samordning. Beredskapsprinsippene brukes av både Forsvaret og helsesektoren. En slik felles plattform å jobbe ut, fra kan fremme samordning.

Kultur

At Forsvaret og helsesektoren har ulik kultur bør ingen være overrasket over. Det er dog på andre områder dette har direkte innvirkning enn man skulle tro. Det er lett å gå inn i fellen og tro at Forsvaret består av en machokultur hvor krig herder og alle er tøffe menn.

Helsesektoren derimot en feminin kultur, hvor omsorg står i høysetet og alle kvinner er som tro kopier av Florence Nightingale. Sannheten her nok mer modifisert.

To ulike kulturer vil ha to forskjellige sett med ord og begrep som er helt unikt for den organisasjonen de kommer fra. Som Toril Attramadal i FHI viste til i intervjuet når hun var deltaker i en arbeidsgruppe innenfor fagfeltet CBRN (Chemical Biological, Radiological and Nuclear). Her var representanter fra både Forsvaret og helsesektoren tilstede og de brukte mye av tiden i starten til å forstå hverandre og diskutere begreper. Det viste seg at de hadde en helt ulik begreps bruk og en helt ulik tilnærming. Forsvaret er kjent for bruken av TBF, altså tre bokstav forkortelser. Med mindre du er har jobbet i Forsvaret en stund, så kan det være vanskelig å forstå en vanlig samtale mellom to offiserer. Ekspertgruppen som har sett på Forsvarets tilstedeværelse i hovedstadsområdet, konkluderer i sin rapport blant annet med:

“Forsvaret må lære seg å støtte sivilsamfunnet gjennom å tilnærme seg både kultur og operasjonsmønstre, og ikke forvente at sivilsamfunnet skal forstå og følge militære prosesser og sjargong” (Østfold fylkeskommune og Oslo Forsvarsforening, 2015, s. 51)

På samme måte er det i helsesektoren hvor de har sine egen begrep og mye av daglig språket foregår på latin. Som Helsedirektøren sier:

” Det handler også om dels å snakke om ting med så lite fagterminologi som overhodet mulig for det kan være veldig forvirrende. Det tar gjerne fire-fem år i en ny sektor for å forstå hva dette språket innebærer.”

Bruk av forskjellig språk og begreper påvirker sosialiseringen. En av kulturfaktorene som kan hemme samordning er mangel på sosialisering. Alle aktører har uformelle normer og verdier som er farget av de mål og oppdrag den organisasjonen de kommer fra har. Jo mer likhet det er mellom disse uformelle normer og verdier desto lettere er det å samarbeide. Dette har sammenheng med logikken om passende adferd. Aktørene handler ut fra det de mener er akseptabel adferd i den organisasjonen og det miljøet de tilhører. Dette synliggjøres gjennom gjenkjennelse, identitet og handlingsregler. At man kjenner igjen den situasjon man befinner seg i, at man kan se situasjonen i sammenheng med sin egen og organisasjonens identitet og at man har et sett med forventede handlingsregler ut fra situasjon og identitet (Røvik et al., 2009).

I Forsvarets sanitet har mange av de ansatte bakgrunn fra helsevesenet. De uformelle normene og verdier de tar med seg fra helseutdanningen og arbeidserfaring kan, gjennom samhandling, bidra til å utvikle brede institusjonelle normer i Forsvaret. Dette vil i sin tur kunne utvikles til en egen kultur som fremmer samhandling mellom Forsvaret og helsesektoren. Dermed skulle man tro at de ansatte i Forsvaret som er presosialisert inn i helsesektoren gjennom sin utdanning skulle ha en bedre forutsetning til samarbeid med helsesektoren. Dette mener jeg ikke nødvendigvis er tilfelle. Forsvaret har hatt en tradisjon med å hente inn helsespesialister, spesielt kirurger, til å bli ledere i saniteten i Forsvaret. Disse har igjen knyttet uformelle kontakter med andre spesialister i helsesektoren. Dette kan forklares ut fra tendensen om en sterkere institusjonalisering av eget kompetansefelt for ledelse (Røvik et al., 2009) og kan ha ført til at samarbeidet mellom Forsvaret og helsesektoren har foregått på et meget snevert nivå. I tillegg kommer kirurgene som blir rekruttert til ledende stillinger i Forsvaret fra et lavere nivå i det offentlige hierarkiet. Her vil kompleksiteten i de uformelle normene være mindre mangfoldige fordi de har et spesialisert arbeidsområde og dermed relative enklere kulturelle rammer for handling (Røvik et al.,

2009). Dette bekreftes av Guldvog som sier dette om tidligere toppledere i Forsvarets sanitet” *Det har vært en veldig god kirurg for eksempel, men som da ikke har så mye kunnskaper om hvordan helsetjenesten fungerer og hvordan ansvarsposisjonene faktisk er.*” I tillegg har disse spesialistene hatt en dobbel utfordring i og med at de ikke har blitt presosialisert inn i Forsvaret. De kom fra et fagfelt i helsesektoren og kom inn i Forsvaret uten å ha en god nok kjennskap til de uformelle normene og verdiene som hersket der. Det kan sies at de mangler den institusjonelle dybden og bredden andre ansatte i Forsvaret har, noe som det tar tid å utvikle. Denne mangel på sosialisering på toppledernivå i samarbeid mellom organisasjoner kan gå ut over handlingslogikken. Det som er passende adferd for den ene organisasjonen er ikke nødvendigvis passende adferd for den andre. Mangel på gjenkjennelse, identitet og handlingsregler mener jeg kan være hemmende for samordning mellom Forsvaret og helsesektoren.

En økende samhandling mellom Forsvaret og helsesektoren som har kommet i stand de siste årene, kan derimot i seg selv være en selvforsterkende faktor. Det nære samhandlingsmiljøet defineres som” *de aktørene i det interorganisatoriske nettverket som organisasjonen er særlig avhengig av for å få tilført ressurser eller for å ta i mot resultatene av oppgaveutføringen.*” (Røvik et al., 2009, s. 45) Gjennom økt samhandling vil Forsvaret og helsesektoren bli mer gjensidig avhengig av hverandre og kan utvikle like institusjonelle trekk. Dette vil i sin tur kunne fremme samordningen av helseberedskapen.

Omgivelsene

Endring av totalforsvaret basert på nye trusler, er noe som har pågått siden murens fall i 1989 og Sovjetunionens kollaps i 1991. Når totalforsvaret ble opprettet etter andre verdenskrig var den basert på da tidens normer og verdier. I henhold til teorien om sti-avhengighet vil” *de kulturelle normene og verdiene som preger en organisasjon i dens begynnende og formative år, ha stor betydning for de utviklingsveiene den følger siden*” (Røvik et al., 2009, s. 62). Slik sti-avhengighet gir stabilitet og medlemmene av organisasjonen vet hvilke kulturelle rammer de skal forholde seg til. Dette gjør det også lettere å avgjøre hva som regnes som passende adferd. Ulempen er at dette fører til at endringer av en organisasjon blir vanskelig og hemmer utvikling.

Den forrige endringen av totalforsvaret baserte seg på et økt fokus på sivile kriser og katastrofer. Denne endringen tok tid, men er nå godt etablert. DSB utarbeider det nasjonale

risikobildet i Norge (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2012). Og her går det frem at sannsynligheten for krigshandlinger i Norge er lav i forhold til “sivile” kriser og katastrofer. Denne lave sannsynligheten kan være en årsak til at endring av totalforsvaret fra sivilt fokus til sikkerhetspolitisk fokus går noe tregt. Brekke i DSB mener det er viktig å påpeke at det nasjonale risikobildet er bygd på enkelt scenarier. Han sier dog:

” ... jeg mener at vi og andre, Forsvaret inkludert, må etterhvert adressere krig, ikke nødvendigvis som et sannsynlig scenario, men som en del av dette risikobildet samfunnet er avhengig av for å beskytte innenfor.”

Den sikkerhetspolitiske utviklingen med krigen mellom Russland og Georgia i 2008, samt Russlands annektering av Krim i 2014, har satt fokus på begrepet Hybrid krig. Hybrid krig kan defineres som” ... en kombinasjon av fordekte forsøk på destabilisering ved bruk av indirekte og ikke-militære verktøy og konvensjonell krigføring.” (Utenriksdepartementet, 2015, s. 11) En slik krigføring vanskeliggjør varsling og forberedelser og setter større fokus på sårbarheten av den sivile infrastrukturen. Forsvaret har nå oppdaget den nye trusselen og forbereder seg på å møte denne. I sin årlige tale i Oslo Militære Samfund i 2016, sa Forsvarssjef Haakon Bruun-Hanssen følgende” *Beredskap har dessverre hatt lite fokus de siste 25 år. Dette gjelder både nasjonalt og i NATO. Gledelig er det at begge nå øker fokuset på dette området.”*

Han fortsetter med

” Det er ikke bare Norge som har hatt lite fokus på beredskap de siste årene. På lik linje med oss har også de fleste landene i NATO oppdaget at beredskap har vært forsømt, eller i det minste vært nedprioritert.” (Brun-Hansen, 2016).

NATO er en forsvarsallianse som ble dannet i 1949 og består i dag av 28 medlemsland. I utgangspunktet en motpol til kommunistisk ekspansjon av østblokklandene, men har etter den kalde krigen reformert seg til å takle nye trusselbilder. Kjernepunktet i NATO er artikkel 5, blir en av landene angrepet, ansees det som et angrep på hele alliansen. Fokus på det sivile beredskapsarbeidet har økt i NATO de siste årene, spesielt på kollektivt forsvar og planverk. NATO arbeider stadig for å forbedre medlemslandenes motstandsdyktighet mot indre kollaps i tilfelle det uventede skjer. Dette arbeidet har skudd fart i det siste på bakgrunn av den nye sikkerhetspolitiske situasjonen og frykten for hybridkrig. Frykten for at den sivile infrastrukturen lammes på grunn av hybridkrig har ført til en økt satsning på robusthet i det sivile samfunn. Det siste som har kommet på banen er de syv forpliktende krav til medlemslandene kalt, Seven baseline requirements (North Atlantic Treaty Organization, 2016). Disse utgjør:

1. Sikkerhet for kontinuitet i nasjonale styringssystemer og offentlige tjenester
2. Robust energiforsyning
3. Evne til å håndtere ukontrollerte befolkningsforflytninger
4. Motstandsdyktige matvare- og vannressurser
5. Evne til å håndtere masseskade
6. Robuste kommunikasjonssystemer
7. Robuste transportsystemer

Jakobsen la vekt på dette arbeidet i intervjuet og sier ” ... *du har NATO Seven baseline requirements som DSB har tatt tungt og Norge er vel et av de faneførende land i Europa tror jeg, med å omsette det.*” Også Brekke i DSB nevner denne nye satsningen og sier:

“Den erkjennelsen av at planverk har gått ut på dato og en ny sikkerhetspolitisk situasjon tvinger oss til å gjøre noen tiltak og ta noen diskusjoner. Disse tingene satt sammen med beslutningen i NATO seven baselines og beslutning fra Regjeringen om å revitalisere, videreutvikle totalforsvaret, alt dette dreier det inn i en retning vi ikke har sett på noen år. En oppvåkning.”

Det er punkt 5, Evne til å håndtere masseskade som er høyst aktuell for samordningen mellom Forsvaret og helsesektoren. Dette er noe ikke helsesektoren klarer å håndtere alene, for å ivareta dette punktet er det nødvendig med en god samordning mellom Forsvaret og helsesektoren. NATO ser dermed ut til å være en del av de internasjonale omgivelsene som påvirker organisasjonens mulighet for måloppnåing (Røvik et al., 2009). Ved at Norge forplikter seg i arbeidet med NATO seven baselines requirements, kan det også være en større mulighet for at det blir tilført ressurser til både Forsvaret og helsesektoren for å nå målet.

I følge flere av respondentene har det sivile samfunnet langt på vei våknet og er klar over at vi nå befinner oss i en ny situasjon. Jakobsen trekker frem et møte i Sentraltotalforsvarsforum desember 2015 hvor de store samfunnsaktørene forsto at det var en ny sikkerhetspolitisk situasjon vi befant oss i. ” ...*vi ble utfordra av de andre aktørene om å konkretisere hva slags støtte vi trenger.*” Et nytt møte våren 2016 konkretiserte disse behov i større grad, og la opp et løp mot øvelsen Trident Juncture i 2018. Denne øvelsen blir på mange måter en generalprøve, Jakobsen sier:

“I forhold til å revitalisere totalforsvarskonseptet, så kan det kalles en generalprøve. Det er der vi høster de siste erfaringer før vi, DSB og andre aktører i sentralt totalforsvarsforum blir enige om en helhetlig anbefaling til Regjeringen.”

Både Forsvaret og helsesektoren har vært gjennom omfattende organisasjonsendringer de siste 20 årene, det i tillegg til at totalforsvaret var gjennom en kraftig endring på -90 tallet og begynnelsen av -00 tallet kan ha gjort organisasjonene mindre utsatt for sti-avhengighet. Det er min oppfatning at dette kan bidra til at en endring av totalforsvaret, på bakgrunn av den endrende politiske sikkerhetssituasjonen kan bli lettere.

Det er mange krefter som nå arbeider sammen for å få revitalisert totalforsvaret, både sivile og militære med bakgrunn i den nye sikkerhetspolitiske situasjon vi befinner oss i. Dette mener jeg samarbeidet fremmer samordning.

De fire beredskapsprinsippene

Ansvar-, likhet-, nærhet-, og samvirkeprinsippet er oppskrifter på hvordan beredskapsarbeidet skal drives i Norge. Jeg tolker disse oppskriftene til å være moter og myter slik organisasjonslitteraturen beskriver dette i myteperspektivet (Røvik et al., 2009). Beredskapsprinsippene er godt etablert og har etterhvert fått stor betydning i beredskapsarbeidet i Norge. I forhold til hvordan disse prinsippene har fått fotfeste, kan man se på hvordan de har blitt spredt. Her har begrepene universalisering og tidsmarkering en innvirkning (Røvik et al., 2009). Universalisering går i denne sammenheng ut på at disse prinsippene kan brukes av alle som driver med beredskap, uavhengig av hvordan organisasjonen er utformet med tanke på lokalisering, størrelse, eller formål. Tidsmarkering relaterer til tidspunktet en oppskrift blir lansert. For beredskapsprinsippene så ble disse introdusert på et tidspunkt hvor totalforsvaret var i endring og beredskap for å håndtere sivile kriser og katastrofer hadde stort fokus. Både Forsvaret og helsesektoren var sterkt involvert i denne utviklingen. Når det gjelder prinsippet om samvirke, så kom denne som en direkte konsekvens av terrorangrepet 22. Juli 2011 (Justis- og beredskapsdepartement, 2012). Det var et enormt mediefokus på hvordan Norge var i stand til å håndtere slike hendelser og samvirke mellom de som hadde ansvaret for beredskap sto dermed i høysete.

Beredskapsprinsippene har blitt innlemmet i - Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap, Justis- og beredskapsdepartementets samordningsrolle, tilsynsfunksjon og sentral krisehåndtering. (Lovdata, 2013) Ved at de har blitt tatt inn i en

instruks, kan det tenkes at de har blitt tvangsmessig adoptert inn i beredskapsmiljøet. Det er dog ingenting som tyder på motstand til prinsippene når de ble introdusert i stortingsmeldingen om Samfunnssikkerhet i 2002 (Justis- og politidepartement, 2002). Med bakgrunn i empirien, er det min oppfatning at beredskapsprinsippene trolig at de ble innført på en normativ måte fordi deres innhold passer godt overens med kunnskapene, verdiene og felles normer for de ulike profesjonene som arbeider med beredskap. De 4 beredskapsprinsippene har blitt raskt iverksatt og fått styrende virkninger på de aktivitetene som relateres til beredskapsplanlegging blant annet fordi prinsippene kan brukes i argumenter for å få tilført flere ressurser til den enkelte sektor. Det kan dermed argumenteres for at det har skjedd en rask tilkobling av prinsippene ved at iverksettingen har skjedd rasjonelt og planmessig. Lederne i de aktuelle beredskapsorganisasjonene har fått positiv oppmerksomhet ved å bruke beredskapsprinsippene, noe som har vært en medvirkende faktor til raske tilkoblingen. Prinsippene har med andre ord også fått et instrumentelt preg. Flere av respondentene henviser til prinsippene i mine intervju. Blant annet blir likhetsprinsippet dratt frem flere ganger i forbindelse med diskusjonen rundt et eget beredskapsdepartement. I tillegg er samvirkeprinsippet sentralt i arbeidet med Helseberedskapsrådet. Ved at beredskapsorganisasjonene har tatt til seg beredskapsprinsippene og institusjonalisert disse, kan ha ført til en viss isomorfi. Det vil si at organisasjoner som adopterer og institusjonaliserer oppskrifter blir mer like hverandre (Dimaggio & Powell, 1983). Å påstå at det er en slik likhet mellom Forsvaret og helsesektoren vil være en drøy påstand, men at det begge bruker disse beredskapsprinsippene og har innarbeidet de i sin beredskapsplanlegging kan fremme samordning av helseberedskap mellom Forsvaret og helsesektoren.

Deloppsummering

Til det institusjonelle, har det vært en forventning om at kultur påvirker logikken om det passende. Forsvaret og helsesektoren har ulik kultur og dette påvirker sosialisering i forbindelse med samarbeid på tvers av organisasjonene. Holdninger til hva som regnes som passende adferd i Forsvaret er ikke lik hva som er passende adferd i helsesektoren. Dette bekreftes både av respondentene og rapporten jeg har henvist til. Ulik kultur kan være hemmende for samordning mellom organisasjonene. Dog har et økt samarbeid de siste årene hatt en positiv selvforsterkende effekt og det forventes at denne effekten vil fortsette.

Den nye sikkerhetspolitiske situasjonen fordrer at totalforsvaret endrer seg. Flere respondenter bekrefter at dette arbeidet er noe som pågår i fellesskap på tvers av sektorene. Samarbeid i fellesskap for å møte en felles trussel kan være fremmede for samordning. Både Forsvaret og helsesektoren har vært gjennom store organisasjonsendringer og omstruktureringer hvor både målsetting og oppgaver har endret seg fortløpende. I tillegg har totalforsvaret endret seg i forhold til endringer i trusselbildet på 90-tallet. På bakgrunn av dette og i og med at de normer og verdier som preger organisasjonen er relativt nye og dermed ikke utsatt for sti-avhengighet i like stor grad, er min påstand at endringene vil skje fortløpende og er fremmede for samordning mellom Forsvaret og helsesektoren.

Beredskapsprinsippene anser jeg som oppskrifter i henhold til myteperspektivet i det institusjonelle organisasjonsperspektivet. Jeg oppfatter at disse er adoptert normativt av beredskapsorganisasjonene og de brukes aktivt i beredskapsplanleggingen. Å ha en felles oppskrift på hvordan man skal tilnærme seg beredskap kan føre til en likhet på tvers av organisasjonene og er dermed en mulighet for at dette fremmer samordning mellom organisasjoner.

6. Hovedsamendrag og konklusjon

Hensikten med dette kapitlet er å besvare den overordnede problemstillingen. Dette vil jeg gjøre ved hjelp av de de funn som er gjort ved bruk av de to forskningsspørsmålene.

6.1 Forskningsspørsmål

Hva fremmer samordning mellom Forsvaret og helsesektoren?

Tverrdepartemental koordinering foregår gjennom forhandlinger, både på departementsnivå gjennom statsrådene og direktoratsnivå gjennom DSB. De store spørsmålene om prioritering og ressursfordeling avgjøres gjennom forhandlinger i Regjeringen på statsrådsnivå. Her vil felles interesser bli synliggjort og muligheten for løsninger som kommer flere departementer til gode er tilstede. Dersom det ikke oppnås enighet om resursfordeling og prioritet, er det statsministeren har det siste ordet, noe som vil sikre en løsning. Det er min oppfatning av slike forhandlinger vil fremme samordning. Selv om respondentene ser ut til å kunne være uenig om hvorvidt det er formålstjenlig med et overordnet beredskapsdepartement med makt og myndighet, så er det enighet om at den koordinering som gjøres i regi av DSB fremmer samordning.

Nettverksstrukturer, både formelle og uformelle har vært viktig for å øke forståelse mellom sektorene. Helseberedskapsrådet er en velfungerende formell nettverksstruktur. I motsetning til forventningen om at Helseberedskapsrådet er en arena for forhandlinger, er rådet et kun koordinerende organ. Rådet er en kollegial struktur og fungerer som en arena for informasjonsutveksling. Det er dog en diskusjon som pågår for å endre dette. Uansett så er respondentene enige om at Helseberedskapsrådet fremmer samordning mellom Forsvaret og helsesektoren gjennom informasjonsutveksling.

Den endrede sikkerhetspolitiske situasjonen som har oppstått de siste år, fordrer at totalforsvaret må endre seg. Både Forsvaret og helsesektoren har en stor egen interesse i at totalforsvaret og dermed helseberedskaper endrer seg for å møte den nye trusselen. Dette samarbeidet mer jeg fremmer samordning.

Beredskapsprinsippene anser jeg som oppskrifter i henhold til myteperspektivet i det institusjonelle organisasjonsperspektivet. Jeg oppfatter at disse er adoptert normativt av beredskapsorganisasjonene og de brukes aktivt i beredskapsplanleggingen. Å ha en felles oppskrift på hvordan man skal tilnærme seg beredskap kan føre til en likhet på tvers av organisasjonene og det er dermed sannsynlig at dette fremmer samordning mellom organisasjoner.

Hva hemmer samordning mellom Forsvaret og helsesektoren?

Det geografiske spesialiseringsprinsippet fører til at sektorområder blir samordnet innenfor hvert enkelt geografisk område. Flere av respondentene har uttrykt at forskjeller i den formelle geografiske spesialiseringen er en utfordring i forhold til samordning av beredskap på tvers av sektorene. Med bakgrunn i de bekymringene som er uttrykt fra respondentene, konkluderer jeg med at så lenge organisasjonene ikke er koordinert i forhold til geografiske organisering, så vil dette være til hinder for standardisering av offentlige tiltak og dermed hemme samordning mellom Forsvaret og Helsesektoren.

Forskjellig formell struktur, med ulikhet i ansvar og myndighet på forskjellig nivå kan føre til en usikkerhet i hvem som er riktig nivå for samhandling. Dette kan føre til at sjefer med ansvar og myndighet på et nivå må forholde seg til sjefer på et annet nivå som har et annet ansvar og ikke har den samme myndigheten noe som vil føre til at avgjørelser tar lengere tid enn nødvendig. Med bakgrunn i respondentenes uttalelser oppfatter jeg at dette hemmer samordning.

Respondentene viser til mangel på kjennskap om hverandres organisasjon, oppdrag og mål. Dette har ført til urealistiske forventninger til hverandres kapasiteter og hva den enkelte kan støtte med i et totalforsvarsperspektiv. Slike forventninger kan føre til noe jeg velger å kalle en falsk fullstendig formålsrasjonalitet. Å tro at man har oversikt over alle alternativer og konsekvenser, uten at dette er koordinert kan føre til at viktige beslutninger om beredskap tas på feil grunnlag. Dette mener jeg hemmer samordning.

Forsvaret og helsesektoren har ulik kultur og dette påvirker sosialisering i forbindelse med samarbeid på tvers av organisasjonene. Holdninger til hva som regnes som passende adferd i Forsvaret er ikke nødvendigvis lik hva som er passende adferd i helsesektoren. Dette bekreftes både av respondentene og rapporten jeg har henvist til. Ulik kultur kan dermed

være hemmende for samordning mellom organisasjonene. Det er likevel viktig å bemerke, som flere respondenter viser til, at det er et økt samarbeid de siste årene. Dette har hatt en positiv selvforsterkende effekt og det forventes at denne effekten vil fortsette.

6.2 Konklusjon

Ut fra svarene på forskningsspørsmålene vil jeg nå svare på den overordnede problemstillingen:

Hvordan samordnes helseberedskap mellom Forsvaret og helsesektoren?

Det er et gjensidig avhengighetsforhold mellom helsesektoren og Forsvaret. Helsesektoren trenger støtte fra Forsvaret i kriser og katastrofer i fredstid, mens Forsvaret i krig trenger støtte fra helsesektoren i sikkerhetspolitiske konflikter og krig. Dette fordrer et godt samarbeid. I det store og det hele fungerer samarbeidet godt, og dette er også mye på grunn av innsatsen til enkeltpersoner i de forskjellige etatene. En revitalisering av Helseberedskapsrådet har ført til økt kjennskap om hverandres utfordringer og felles utfordringer. Dette vil i sin tur føre til felles løsninger som bidrar til en bedre helseberedskap.

Jeg oppfatter at det er ikke alle faktorene som hemmer samordning som er like vanskelige å endre på. Dette gjelder mangel på kjennskap til hverandres organisasjon, oppdrag og mål, samt kulturforskjeller og manglende sosialisering. Disse faktorene, vil kunne bedre seg gjennom det arbeidet som nå pågår i forbindelse med revitalisering av totalforsvaret, samt samarbeidet i Helseberedskapsrådet. De store hovedutfordringene i forhold til samordning av helseberedskapen mener jeg går på ulikheten i den geografiske struktur samt usikkerhet rundt ansvar og myndighet.

Hva så med hypotesen:

“Helsesektoren har fokus samfunnsberedskap, hvilket innebærer sivile kriser og katastrofer og er derfor opptatt av hvordan Forsvaret kan støtte sivilsamfunnet. Mens Forsvaret har fokus på statssikkerhet, hvilket innebærer væpnet konflikt og krig og er derfor opptatt av hvordan helsesektoren kan støtte Forsvaret”

Selv om jeg ikke fikk testet ut hypotesen i den grad jeg ønsket, så har jeg sett tendensen til at den hittil stemmer til en viss grad. Dette går i stor grad på at det er for lite kjennskap til hverandres organisasjon, oppdrag og mål. Også dette mener jeg vil endre seg etterhvert som det blir ett tettere samarbeidet mellom Forsvaret og helsesektoren.

6.3 Avsluttende refleksjoner og videre forskning

Studien tar for seg Helseberedskapsrådet som case. Helseberedskapsrådet består av etats- og direktoratsnivå direkte under departementsnivået som legger de politiske forutsetningene for arbeidet med helseberedskap. Et av hovedfunnene i studien går direkte på departementsnivået og samarbeid på regjeringsnivået. Noe av svakheten i denne studien er at dette nivået ikke har blitt grundigere forsket på og det kunne dermed vært interessant å studere denne dynamikken nærmere.

Det pågår i dag mye forskning innenfor beredskap og det vil bli interessant å se hvilke konklusjoner som dras ut av dette arbeidet. I forhold geografispesialiseringen så vil det være interessant med en forskning på hvordan samfunnsberedskapen i Norge kan forbedres ved en koordinering av regionene på bakgrunn av organisering av beredskapsorganisasjonene. Dette spesielt med tanke på den forestående fylkes- og kommunereformen.

Litteraturliste

- Bogen, O. & Håkenstad, M. (2015). *Balansegang : Forsvarets omstilling etter den kalde krigen*. Oslo: Dreyers forl.
- Brun-Hansen, H. (2016). *Forsvarssjefens årlige statusoppdatering i Oslo Militære Samfund*. Hentet fra <https://www.oslomilsamfund.no/foredrag-forsvarssjefens-arlige-statusoppdatering/>
- Dimaggio, P. J. & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.
- Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap. (2015). *Departementenes systematiske samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeid*. (Veileder 2015 – Versjon 1.0). Hentet fra [https://www.dsb.no/lover/risiko-sarbarhet-og-beredskap/veileder/departementenes-systematiske-samfunnssikkerhets--og-beredskapsarbeid/ - departementenes-sikkerhets--og-beredskapsansvar](https://www.dsb.no/lover/risiko-sarbarhet-og-beredskap/veileder/departementenes-systematiske-samfunnssikkerhets--og-beredskapsarbeid/-departementenes-sikkerhets--og-beredskapsansvar).
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2012). *Nasjonalt risikobilde*. Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap Hentet fra https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/rapporter/nrb_2014.pdf.
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2013). *Brannstudien : rapport fra arbeidsgruppe som har vurdert brann- og redningsvesenets organisering og ressursbruk*. (Brannstudien). Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/5bd68490b1574658a3da7a5476a0e394/brannstudien_desember-2013.pdf.
- Forsvaret. (2017). *Forsvarets sanitet*. Hentet 2017 fra <https://forsvaret.no/fsan>
- Forsvarsdepartementet. (2012). *Et Forsvar for vår tid*. (Prop. 73 s (2011-2012)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/e6b0d7ef3c26457ab6ef177cd75b5d32/no/pdfs/prp201120120073000dddpdfs.pdf>.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi* ([3. prøveutg.]. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Gulick, L. (1998). Notes on the theory of organization. (public administration)(Luther Gulick and 'Papers on the Science of Administration'). *International Journal of Public Administration*, 21(2 4), 445.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Om Lov om helsemessig beredskap*. (Ot.prp.nr.89 (1989-99)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-89-1998-99-/id160061/?ch=2>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Nasjonal helseberedskapsplan*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Nasjonal-helseberedskapsplan/id761213/>.
- Helsedirektoratet. (2015). *NASJONALE MÅL OG PRIORITERTE OMRÅDER FOR 2015*. Oslo: Helsedirektoratet Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/884/IS-1_2015.pdf.
- Helsedirektoratet. (2016). *Utredning av integrert beredskapsmodell for helseforvaltningen*. (IS-2449).

- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Justis- og beredskapsdepartement. (2012). *Samfunnssikkerhet*. (Meld. St. 29 (2011-2012)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bc5cbb3720b14709a6bda1a175dc0f12/no/pdfs/stm201120120029000dddpdfs.pdf>.
- Justis- og beredskapsdepartement. (2015). *Støtte og samarbeid : En beskrivelse av totalforsvaret i dag*. Oslo: Forsvarsdepartementet Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/fd/dokumenter/rapporter-og-regelverk/fd_stotte-samarbeid_web_april.pdf.
- Justis- og beredskapsdepartement. (2016). *Risiko i et trygt samfunn*. (Meld. St. 10 (2016-2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-10-20162017/id2523238/sec1>.
- Justis- og politidepartement. (2002). *Samfunnssikkerhet*. (Meld. St. 17 (2001-2002)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ee63e1dd1a16409fa0bb737bfda9279a/no/pdfa/stm200120020017000dddpdfa.pdf>.
- Kommunal- og moderniseringsdepartement. (2016). *Nye folkevalgte regioner – rolle, struktur og oppgaver*. (Meld. St. 22 (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/88e9ee4fdabe4cedaa6cfd74cf5cdbcb/no/pdfs/stm201520160022000dddpdfs.pdf>.
- Lovdata. (2013). *Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap, Justis- og beredskapsdepartementets samordningsrolle, tilsynsfunksjon og sentral krisehåndtering*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2012-06-15-535>.
- Melien, T. J. (2016). *Forsvarets sanitet : helse for stridsevne : 1941-2016*. Oslo: Dreyer.
- Norges offentlige utredninger. (2000). *Et Sårbart samfunn : utfordringer for sikkerhets- og beredskapsarbeidet i samfunnet* (8258305379). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1c557161b3884335b4f9b89bbd32b27e/no/pdfa/nou200020000024000dddpdfa.pdf>.
- Norges offentlige utredninger. (2013). *Effektiv organisering av statlige forsterkningsressurser*. (NOU2013:5). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b8d8400cdbc045b68f859dbb583456a0/no/pdfs/nou201320130005000dddpdfs.pdf>.
- North Atlantic Treaty Organization. (2016). *Resilience: a core element of collective defence*. Hentet fra <http://www.nato.int/docu/Review/2016/Also-in-2016/nato-defence-cyber-resilience/EN/index.htm>
- NRK. (2017, 17.02.2017). *Norge trenger en beredskapsminister!* Hentet 17.02.2017 fra https://www.nrk.no/ytring/norge-trenger-en-beredskapsminister_-1.13381991
- Politiet. (2017, 24.01.2017). *Politireformen - Nye politidistrikter*. Hentet 15.02.2017 fra https://www.politi.no/om_politiet/politireformen/nye_politidistrikter/
- Regjeringen. (2014, 26.11.2014). *Regjeringskonferanse*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/Regjeringa-i-arbeid/regjeringen-i-arbeid/regjeringskonferanse/id270335/>
- Regjeringen. (2015). *Regjeringens sikkerhetsutvalg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nytt-sekretariat-for-regjeringens-sikkerhetsutvalg-rsu/id2427856/>
- Regjeringen. (2016). *Helse og omsorg*. Hentet 2016.07.14 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/id917/>

-
- Regjeringen. (2017). *Forsvarsdepartementet*. Hentet 14 feb 2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/fd/ansvarsomraader/id405/>
- Røvik, K. A., Roness, P. G., Lægreid, P. & Christensen, T. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor : instrument, kultur, myte* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Smith, E. (2015). "Ministerstyre" - et hinder for samordning? *Nytt norsk tidsskrift*.
- Sørland sykehus. (2017). *Regionale helseforetak*. Hentet fra http://ss.prod.fpl.nhn.no/pasient_/kompetansentre_/barnsbeste_/oversikter_/kart_/Sider/helseregioner.aspx
- Utenriksdepartementet. (2015). *Globale sikkerhetsutfordringer i utenrikspolitikken* (Meld. st. 37 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-37-20142015/id2423339/>.
- Østfold fylkeskommune og Oslo Forsvarsforening. (2015). *FORSVARETS TILSTEDEVÆRELSE I HOVEDSTADSOMRÅDET*. Hentet fra <http://docplayer.me/9389140-Forsvarets-tilstedevaerelse-i-hovedstadsområdet-rapport-fra-ekspertgruppe-november-2015.html>

7. Vedlegg

7.1 Vedlegg 1 – Forespørsel om intervju

”Helseberedskap i Totalforsvaret: Har Forsvaret og helsesektoren forskjellig forståelse av begrepet helseberedskap?”

Bakgrunn og hensikt

Dette er en beskrivende studie som med bakgrunn i totalforsvarsperspektivet, har til hensikt å beskrive hvordan Forsvaret og helsesektoren oppfatter begrepet helseberedskap.

Tematikken i mastergradsoppgaven har kommet frem etter ønske fra Sjef Forsvarets sanitet. Den ferdige oppgaven vil gjøres tilgjengelig for høgskolens bibliotek og for eventuell publisering av studiens resultater.

Hva innebærer studien?

Studien vil utforske om Forsvaret og Helsesektoren har forskjellig forståelse av begrepet Helseberedskap. Dette gjøres ved å beskrive utøvelse av samvirkeprinsippet mellom Forsvaret og helsesektoren. Samt identifisere de aktuelle lovverk som regulerer FD og HOD sin myndighet i fred, krise og væpnet konflikt.

Videre vil sentrale aktører i helseberedskapsarbeid og Forsvaret intervjues. Intervjuet vil vare fra ca. 45 minutter til i overkant av en time. Det er ønskelig at intervjuene gjennomføres på eller i nær tilknytning til din arbeidsplass. Det er kun undertegnede som vil være tilstede og foreta intervjuet. Intervjuet vil tas opp på en digital lydopptaker. Intervjuene vil gjennomføres i januar 2017 og etter nærmere avtale med deg.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Respondentene i denne studien er på etatsledelsesnivå, det er derfor lite hensiktsmessig å anonymisere informasjonen som kommer frem i intervjuene. Det vil si at du vil bli behandlet med navn og stilling. Lydopptak av intervju vil bli slettet etter at prosjektet er avsluttet, senest ved utgangen av 2017.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du når som helst kontakte Jean-Bobér Rooseboom de Vries på mob.: 928 404 57 eller per e-post til jbrdv@me.com

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Vennlig hilsen

Jean-Bobér Rooseboom de Vries
Mastergradsstudent i Offentlig ledelse og styring ved Høgskolen i Hedmark

7.2 Vedlegg 2 - Intervjuguide

Intervjuguide masteroppgave i Offentlig ledelse og styring – Helseberedskap i Totalforsvaret

Hensikt med prosjektet

Hensikten med studien er å beskrive hvordan Forsvaret og Helsesektoren samarbeider om helseberedskap i totalforsvarsperspektivet. Hvilke kontaktpunkter som eksisterer det mellom Forsvaret og Helsesektoren, hvilke lovverk regulerer myndigheten, hvilke ansvarslinjer det er mellom Forsvaret og helsesektoren i fred, krise og væpnet konflikt og hvordan beredskapsplanene utarbeides.

Tematikken i mastergradsoppgaven har kommet frem etter ønske fra Sjef Forsvarets sanitet. Den ferdige oppgaven vil gjøres tilgjengelig for høgskolens bibliotek og for eventuell publisering av studiens resultater.

Hva innebærer studien?

Studien vil utforske på hvilken måte Forsvaret og Helsesektoren bruker samvirkeprinsippet for å styrke helseberedskap i alle kriseaspekter. Medlemmene av Helseberedskapsrådet er sentrale aktører som intervjues. Intervjuet vil vare fra ca. 45 minutter til i overkant av en time. Det er ønskelig at intervjuene gjennomføres på eller i nær tilknytning til din arbeidsplass. Det er kun undertegnede som vil være tilstede og foreta intervjuet. Intervjuet vil tas opp på en digital lydopptaker.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Selve intervjuet

Selve intervjuet vil gjennomføres som et uformelt intervju, med både generelle og spesielle samtale tema. Innledningsvis rettes oppmerksomheten mot konteksten du arbeider innenfor og din omtale av egen rolle og oppgaver. Videre rettes intervjuet inn mot din beskrivelse og forståelse av Helseberedskap. Intervjuet føres således inn på hvordan Helseberedskap og samvirke med Forsvaret fungerer. Intervjuet vil fortrinnsvis ha en form som en samtale. Jeg vil underveis stille oppfølgingsspørsmål hvis det er behov for en utdyping eller presisering av enkelte områder.

Sentrale tema

Nedenfor følger noen sentrale tema for intervjuet:

Roller

Etatens rolle i Helseberedskapen, både i støtte til samfunnssikkerheten og ivaretagelsen av statssikkerheten.

Etatsjefen sin rolle som rådgiver og utøvende sjef vedrørende helseberedskap.

Oppgaver

Etaten sine oppgaver knyttet til den nasjonale helseberedskap, støtte til Helsesektoren, støtte til Forsvaret.

Samarbeidsarenaer

Om kontaktpunkter som eksisterer mellom Forsvaret og Helsesektoren, både formelle og uformelle.

De tre første beredskapsprinsippene

Ansvarsprinsippet – den myndighet, virksomhet eller etat, som daglig har ansvar for et område, også har ansvaret for forebygging, beredskapsforberedelser og for iverksetting av nødvendige tiltak ved kriser og katastrofer.

Likhetsprinsippet - den organisasjon man opererer med under kriser skal være mest mulig lik den organisasjon man har til daglig.

Nærhetsprinsippet - kriser organisatorisk skal håndteres på lavest mulig nivå.

Utfordringer/fordeler knyttet til disse prinsippene.

Samvirkeprinsippet - myndighet, virksomhet eller etat har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.

Etaten sin strategi for samvirke

- Øvelser, Sivile og militære øvelser hvor HB er et tema, eller hovedmålet
- Planer, konkrete planer har FSAN for å ivareta samvirkeprinsippet på HB området
- Kommunikasjon, fra Nødnett til graderte plattformer i Forsvaret

Helseberedskapsrådet

Relevans, oppgaver, roller