



Forsvarets høgskole

våren 2013

Masteroppgave

**Flernasjonalt sanitetssamarbeid i
internasjonale operasjoner**

Utfordringer - hva så?

Lena Øverbye

Forord

Denne studien ble gjennomført som en del av masterstudiet ved Forsvarets stabsskole. Arbeidet er utført vinteren og våren 2013. Det å kunne få muligheten som sanitetsoffiser til å fordype seg i et tema man er opptatt av og interesserer seg for uavbrutt i fem måneder, har vært et stort privilegium. Utfordringene har vært der og sørget for at samvittigheten har jobbet konstant i søken etter kunnskap, gode formuleringer, samt setninger som gir sammenheng og mening. Det er utrolig at man er ferdig.

Jeg vil benytte sjansen til å rette en stor takk til alle de som på forskjellig måte har hjulpet til og bidratt til å gjøre denne studien mulig. En spesiell takk til min veileder Paal Sigurd Hilde ved Institutt for forsvarsstudier (IFS), som gjennom kyndig og tålmodig veiledning skal ha mye av æren for at oppgaven ble slutført på en tilfredsstillende måte.

Jeg vil også rette en stor takk til dere som velvillig stilte opp til intervju. At dere delte deres kompetanse og erfaring har gitt meg innsikt og kunnskap, til å fullføre studien. Videre vil jeg berømme Ellen Kvåle og Monica Mørch for støtte og korrekturlesing.

Til sist vil jeg takke Hege og Nina på høyskolens bibliotek og ikke minst familien min som er tålmodige, og er der for meg.

Akershus, 24. mai 2013

Lena Øverbye

Sammendrag

Denne oppgaven tar for seg flernasjonalt sanitetssamarbeid i internasjonale operasjoner. Norge har siden andre verdenskrig ofte sendt sanitetsavdelinger som bidrag til operasjoner i utlandet. I de senere år har bidragene i større grad vært i samarbeid med andre nasjoner. Forsvarets sykehussystem bygger på beredskapsordninger, hvor sivilt helsepersonell fra norske sykehus rekrutteres, for å opprettholde drift av det militære sykehuset. Spesialister har vært en mangelvare, og for å kunne ha en kontinuitet har Norge etablert sanitetssamarbeid, hvor andre nasjoner har stilt med funksjoner vi har hatt behov for.

Problemstillingen i studien er «Hvilke utfordringer har Norge møtt i flernasjonalt sanitetssamarbeid i internasjonale operasjoner og hvordan ble disse utfordringene løst?» Oppgaven er løst som en kvalitativ studie, med bruk av intervju som primærkilde ved å studere to caser. Den ene casen er et flernasjonalt sanitetssamarbeid med Tyskland, Sverige og Norge i NATO-operasjonen -International Security Assistance Force (ISAF) i 2006. Den andre casen er et sanitetssamarbeid mellom Serbia og Norge i FN-operasjonen United Nations Mission in the Central African Republic and Chad (MINURCAT) i 2009. Begge casene omhandler det norske sykehussystemet Norwegian Deployable Hospital (NDH) og er på flere områder ganske like. Casene er drøftet i forhold til en rekke faktorer som har betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid. Disse faktorene er delt inn i to overordnede rammer. Den første er politiske og organisatoriske rammer og tar for seg faktorene NATO og FNs krav til flernasjonalt sanitetssamarbeid, juridiske avtaler, helselovgivning, nasjonale og politiske agendaer og samlefaktoren nasjonale ordninger og kultur. Den andre overordnede faktoren, militære rammer tar for seg faktorene som gir evne til samarbeid, eller interoperabilitet. Faktorer som kompetanse, trening og øving, materiell, språk og evnen til informasjonsdeling har blitt studert.

Funnene tyder på at de største utfordringene er knyttet til den enkelte nasjons nivå på medisinsk kompetanse og prosedyrer, samt evnen til å gi best mulig helsetjeneste. I tillegg er ulikheten knyttet til nasjonale ordninger og forskjellig kultur en utfordring for det flernasjonale sanitetssamarbeidet i internasjonale operasjoner. Studien viser at flernasjonal trening og øving, for å etablere kunnskap om hverandres organisasjonskultur og utdanningsnivå gir best mulig sanitetssamarbeid. I tillegg ser det ut til at det flernasjonale sanitetssamarbeidet blir mest vellykket når nasjonale team er laveste samarbeidsnivå.

Abstract

The focus of this thesis is multinational medical cooperation in international operations. The main question is: "What challenges has Norway faced in multinational medical cooperation in international operations, and how were these issues resolved? The study examines the occurring challenges in multinational medical cooperation in international operations through two Norwegian cases. The cases follow the Swedish, German and Norwegian cooperation in Norwegian Deployable Hospital (NDH) during a NATO-operation and a Serbian and Norwegian cooperation in NDH during an UN-operation.

The scope has been to study several factors to see how these influence multinational medical cooperation and what challenges may occur. Furthermore the study investigates how these challenges have been resolved in the international operations.

The study has shown that joint requirements to achieve "Best Practice" as well as common medical skills are essential in order to optimise multinational medical cooperation. Furthermore, national regulations and cultural challenges prove significant to multinational cooperation. It appears that multinational training and exercise are important and can give essential preparation before deploying.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	5
1 Innledning	7
1.1 PROBLEMSTILLING	8
1.2 DEFINISJONER.....	9
1.3 AVGRENSNING.....	11
1.4 PROBLEMSTILLINGENS RELEVANS.....	12
1.5 METODE	14
1.6 OPPGAVENS STRUKTUR	16
2 Analytisk rammeverk	17
2.1 NORWEGIAN DEPLOYABLE HOSPITAL (NDH)	19
2.2 POLITISKE OG ORGANISATORISKE RAMMER	21
2.3 MILITÆRE RAMMER.....	28
2.4 ANALYSEMODELL.....	31
3 Casestudie - NDH i ISAF-operasjonen	32
3.1 POLITISKE OG ORGANISATORISKE RAMMER	33
3.2 MILITÆRE RAMMER.....	43
3.3 FUNN	49
4 Casestudie - NDH i MINURCAT-operasjonen	52
4.1 POLITISKE OG ORGANISATORISKE RAMMER	54
4.2 MILITÆRE RAMMER.....	59
4.3 FUNN	65
5 Konklusjon	68
5.1 SAMMENLIGNING AV CASENE	68
5.2 FUNN	71
Kildeliste	73
Vedlegg A Respondentoversikt	76

1 Innledning

Helt siden den andre verdenskrig har Norge valgt å sende sanitetsavdelinger i internasjonale operasjoner. Sanitetsavdelinger ble blant annet valgt som bidrag i krigene på Balkan, fordi det var en sterk politisk vilje om ikke selv delta med maktbruk. Sanitetsavdelinger var viktig for operasjonene, men ufarlig. Videre var det norske forsvar på denne tiden lite rustet for kamphandlinger, men et klart flertall i opinionen ønsket deltagelse av norske styrker for å sikre støtte og hjelp til sivilbefolkningen i kriseområder (Børresen, Gjeseth, & Tamnes, 2004). Denne tradisjonen har også fortsatt det siste tiåret, hvor sanitetsavdelinger har bidratt i Tsjad og som del av den norske styrken som har vært engasjert i Afghanistan. Imidlertid bygger forsvarrets sykehussystem på beredskapsordninger hvor sivilt helsepersonell fra norske sykehus rekrutteres for å etablere kompetente helsetjenester. Helsepersonellet sørger for å opprettholde drift av det militære sykehuset i internasjonale operasjoner. Forsvaret konkurrerer derfor om de samme spesialistene som det sivile helsevesenet, og løsningen blir flernasjonalt sanitetssamarbeid.

Videre beskrives flernasjonalt samarbeid blant annet i *Et forsvar for vår tid*, stortingsproposisjon nummer 73, som en viktig og prioritert oppgave. Innenfor en begrenset styrkestruktur er det flernasjonale samarbeidet nødvendig for at Forsvaret skal kunne bidra og opprettholde styrker både hjemme og internasjonalt (Forsvarsdepartementet, 2012a, s. 30). Videre beskriver også iverksettelsesbrevet for forsvarssektoren 2013 – 2016 (Forsvarsdepartementet, 2012a) at Forsvaret skal prioritere flernasjonalt samarbeid gjennom Nordic Defense Cooperation (NORDEFECO). I tillegg har NATO ansett at sanitetssamarbeid er ett område det skal fokuseres på og Forsvaret har fått i oppdrag å jobbe videre med dette (Forsvarsdepartementet, 2012b). NATO har også vedtatt et nytt strategisk konsept hvor organisasjonen i større grad enn tidligere ser på løsninger for flernasjonalt samarbeid for å fylle alliansens militære behov. Derfor er *Smart Defense* begrepet som beskriver NATOs nye etablering av flernasjonalt samarbeid, hvor sanitet er et av de prosjektene alliansen jobber med. Oppgavene og engasjementet i alliansen er et av Norges viktigste sikkerhetspolitiske verktøy. Dette aktualiserer en studie for å se på utfordringer et flernasjonalt sanitetssamarbeid gir i internasjonale operasjoner og hvordan få det samarbeidet til å bli best mulig.

1.1 Problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å beskrive og forklare hvilke utfordringer Norge har i forbindelse med flernasjonalt sanitetssamarbeid i internasjonale operasjoner, beskrive hvordan disse utfordringene ble løst, og se på hvordan samarbeidet kan bli best mulig. I de siste ti til femten år har sanitetsavdelingene som har deltatt i internasjonale operasjoner vært flernasjonale. I lys av at Norge ønsker å bidra i FN-operasjoner, og at Forsvarets oppdrag med å prioritere flernasjonalt samarbeid også innenfor alliansen NATO, er det interessant å analysere utfordringer i rammen av disse organisasjonene. Min problemstilling vil være:

Hvilke utfordringer har Norge møtt i flernasjonalt sanitetssamarbeid i internasjonale operasjoner og hvordan ble disse utfordringene løst?

Jeg ønsker å tilnærme meg denne problemstillingen ved å ta utgangspunkt i enheten og sykehus-systemet Norwegian Deployable Hospital (NDH), og studere den gjennom to caser ved å spørre:

- Hvilke utfordringer ga det flernasjonale sanitetssamarbeidet mellom Norge, Tyskland og Sverige i en NATO-operasjon og hvordan ble de løst?
- Hvilke utfordringer ga det flernasjonale sanitetssamarbeidet mellom Norge og Serbia i en FN-operasjon og hvordan ble de løst?

Den ene casen tar for seg sanitetssamarbeidet mellom Norge, Tyskland og Sverige i NATO-operasjonen ISAF. Norge etablerte et feltsykehus – Role 2-sykehus – i samarbeid med Tyskland og Sverige som del av International Security Assistance Forces (ISAF) i Mazhar e Sharif, Afghanistan i 2006. Den andre casen tar for seg sanitetssamarbeidet mellom Norge og Serbia i FN-operasjonen i Tsjad i 2009. I United Nations Mission in the Central African Republic and Chad (MINURCAT II) etablerte Norge et feltsykehus – Level II-sykehus – i samarbeid med Serbia i Abeche, Tsjad.

Jeg ønsker å analysere casene i forhold til faktorer som i internasjonal litteratur og dokumenter blir fremhevet som relevante knyttet til flernasjonalt sanitetssamarbeid. Som samlebegreper har jeg valgt å kalle faktorene *politiske og organisatoriske rammer* og *militære rammer*. Med *politiske og organisatoriske rammer* ønsker jeg å studere kravene til

flernasjonale sanitetsbidrag, herunder hvilke krav som ligger til grunn for NATO- og FN-operasjoner. Videre vil jeg se på de juridiske avtalene som ble etablert for de flernasjonale sanitetssamarbeidene, herunder blant annet *Memorandum of Understanding* (MOU), *Technical agreements* (TA) og andre juridiske avtaler, samt helselovgivning. Videre ønsker jeg å analysere politiske og nasjonale agendaer, samt samlefaktoren jeg har kalt nasjonale ordninger og kultur som dekker nasjoners egenhet som synes å ha betydning for flernasjonalt samarbeid. I *militære rammer* ønsker jeg å se på nivået som internasjonal litteratur beskriver som evnen til samarbeid, eller nivået av interoperabilitet. Interoperabilitet bygger på flere faktorer. Jeg vil legge vekt på faglig kompetanse, herunder utdanning og standard, trening og øving, materiell, språk, samt informasjonsdeling som synes å ha innvirkning på graden av interoperabilitet og evne til flernasjonalt sanitetssamarbeid.

1.2 Definisjoner

Oppgaven tar for seg en del begreper som det vil være nyttig å definere. Jeg vil i det videre forklare hva jeg legger i det enkelte begrep.

Jeg definerer i denne oppgaven *internasjonale operasjoner* til å omhandle operasjoner utenfor Norges grenser som har krevd flernasjonale militære styrker.

Flernasjonalt sanitetssamarbeid definerer jeg i denne oppgaven til å være sanitetssamarbeid, hvor flere nasjoner samarbeider med å stille enheter og deler til et sykehussystem. Dette vil si at sanitetssamarbeidet ikke er enkeltindivider av en annen nasjonalitet som fyller en plass i et team. Det flernasjonale sanitetssamarbeidet er nasjonale team og fagkategorier som fyller en funksjon.

Lead Nation (LN) defineres som den nasjonen med ansvar for ledelse, planlegging, koordinering, gjennomføring og rapportering for sanitetsbidraget i et spesielt geografisk område. I denne oppgaven definerer jeg LN-ansvaret til å være sykehussystemet. Ansvaret dekker også det lovmessige ansvaret for korrekt behandling, og det vil være denne nasjonens helselovgivning som kommer til anvendelse. Lead Nation brukes som begrep i NATOs internasjonale operasjoner (NATO, 2006a, s. 2-13).

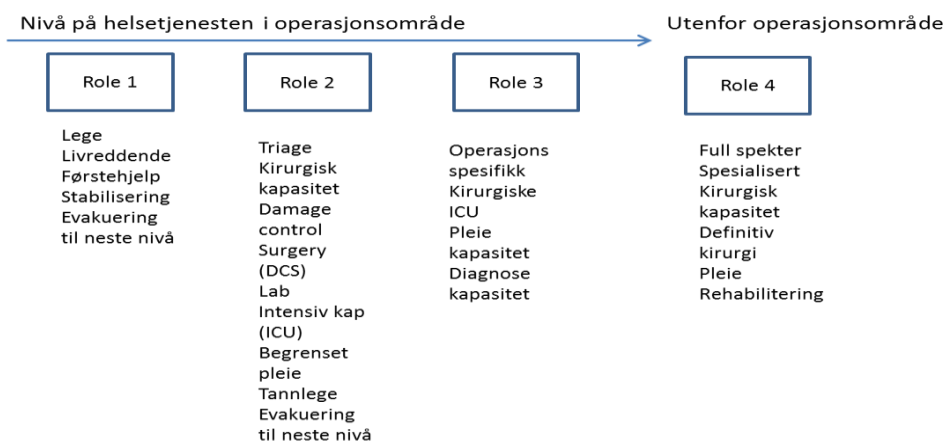
Troop Contributing Country (TCC) defineres i FN som medlemsstaten, som i internasjonale operasjoner stiller med bidraget som skal fylle en funksjon og etablere et bidrag i operasjonen. Det er TCC som etablerer avtaler som Memorandum of Understanding med FN i henhold til organisasjonens og operasjonens krav og behov. I denne oppgaven vil TCC være Norge, som stiller med sykehussystemet i det ene casen.

Memorandum of Understanding (MOU) er et internasjonalt instrument og en avtale som etablerer et operativt rammeverk knyttet til internasjonalt samarbeid, mellom stater, eller mellom stater og internasjonale organisasjoner. Avtalen kan også brukes for å regulere tekniske eller detaljerte saker. FN bruker MOU med medlemsstatene (TCC) for å organisere FN- operasjonene (UNDPKO, 2008). MOU er i NATO-sammenheng en avtale som utstedes mellom nasjonene som skal samarbeide i en internasjonal operasjon og gir det offisielle rammeverket mellom statene. Avtalen undertegnes av nasjonens forsvarsdepartement (MOD).

Technical Arrangement (TA) er en avtale mellom nasjoner som er på nivået under MOU. Denne avtalen beskriver og legger til grunn for detaljerte krav og bilaterale behov som nasjonene enes om. Jeg definerer TA i denne oppgaven til å være avtalen som forankrer faglige behov, praktiske behov og krav for flernasjonalt sanitetssamarbeid.

Role 1 til 4 defineres som nivåene for sanitetssystemene i internasjonale operasjoner i regi av NATO. Nivåene beskriver hva slags kapasiteter og kompetanse som kan forventes og som det stilles krav om, på det enkelte nivå. Vist i figuren under.

NATO s sanitetsfasiliteter i internasjonale operasjoner



Level 1 til 4 defineres som nivåene for sanitetssystemene i internasjonale operasjoner i regi av FN. Nivåene beskriver de kapasiteter og helsefunksjoner som det minimum stilles krav til på det enkelte nivå. Vist i figuren under.

FNs sanitetssystem i internasjonale operasjoner



Modellene for nivå på helsetjenestene baserer seg på de samme funksjonene og er ganske like. Jeg kommer tilbake til forskjellen mellom det NATO og FN stiller som forventning til den enkelte nasjons bidrag. NATO legger vekt på hvordan bidraget skal drive sanitetstjenesten mens FN legger vekt på hva bidraget trenger for å drive sanitetstjeneste. Dette vil bli beskrevet nærmere i kapittel 2.2.

1.3 Avgrensning

Jeg ønsker å avgrense flernasjonalt sanitetssamarbeidet til å gjelde operasjoner innenfor FN og NATO-rammen, hvor det norske bidraget er *Lead Nation*, eller *Troop Contributing Country*, herunder sanitetsansvarlig for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Videre vil jeg avgrense oppgaven ved å beskrive to caser som har en forholdsvis lik organisasjonstilknytning. Bakgrunnen for dette er at lik organisasjonstilknytning gir muligheten til å studere det flernasjonale aspektet uten for mange kompliserende faktorer. Det første flernasjonale sanitetssamarbeid skjedde i NATO operasjonen SFOR i Bosnia i 1997, hvor norske sanitetsevakeringsstyrker samarbeidet med amerikanere under amerikansk kommando. Norske styrker bidro også med en kirurgisk enhet til støtte for et tysk sykehus i Kabul i 2003 (Forvarsdepartementet, 2004). Disse casene ville gitt andre funn. SFOR-casen var annerledes blant annet fordi Norge stilte med et evakueringsbidrag og USA var Lead

Nation. Kabul-casen var annerledes fordi Norge stilte et bidrag i et tysk sykehus, hvor det var Tyskland som var Lead Nation og ansvarlig for helsetjenesten. Dette er også interessante forhold, men da personell og materiell er forskjellig ønsker jeg å avgrense oppgaven ved å beskrive to caser som er mer lik hverandre.

Jeg har også avgrenset oppgaven til to caser som ikke er så langt fra hverandre i tid. Dette vil gjøre at jeg vil kunne fokusere på færre elementer i delen av oppgaven hvor jeg sammenligner og ser på fellestrekk og eventuelle forskjeller knyttet til type operasjon og hvilken nasjon Norge bidrar sammen med. De to casenes nærhet i tid, gjør muligheten for kildesøk og evnen til å innhente informasjon lettere. Jeg har også avgrenset tidsperspektivet for å kunne innhente informasjon gjennom intervju. Casene er allikevel så langt tilbake i tid at oppdragene er avgradert i Forsvarets arkiv og dokumenter om dem er av den grunn mer tilgjengelige. Det er videre publisert artikler og rapporter som omhandler hva andre nasjoner har gjort vedrørende sanitetssamarbeid, blant annet i Afghanistan. Disse artiklene og erfaringene er knyttet til sykehussystemer. Det er derfor også av kildemessige grunner naturlig å avgrense sammenligningen av de flernasjonale sanitetssamarbeidene til enheter med feltsykehus – sykehussystem.

1.4 Problemstillingens relevans

Flernasjonalt sanitetssamarbeid kan være viktig for å bidra til å opprettholde riktig mengde og kvalitet på helsetjenesten. Dette har betydning for livet og helsen til våre soldater. Ikke minst skal denne kvaliteten sørge for at stridsevnen og moralen holdes oppe. Det er en nasjonal verdi og en moralsk forpliktelse at soldatene i internasjonale operasjoner ivaretas i henhold til nasjonale forventninger og krav. Sanitetssamarbeidet må være effektivt, slik at helsetjenesten er lik den man får på sivil sykehus hjemme og at Best Practice stilles som krav når norske styrker bidrar i internasjonale operasjoner (Forsvarsdepartementet, 2012b, s. 104). Det synes viktig og relevant å studere systemer og faktorer som har betydning for effekten av dette.

Det er i Norge forsket lite på flernasjonalt sanitetssamarbeid og bruk av militære sanitetsstyrker i internasjonale operasjoner, og problemstillingen vil dermed kunne ha en mer snever empirisk og akademisk verdi, for eksempel som grunnlag for andre sammenlignende studier, i tillegg til en praktisk relevans. Det ble i 2004 gitt ut en bok om Hærens sanitets historie, som blant annet beskriver sanitetsbidrag, hvor også flernasjonalt sanitetssamarbeid i

internasjonale operasjoner ble omhandlet (Granå, 2004). Dette er imidlertid en historisk bok som ikke problematiserer samarbeidet. Det er videre også skrevet en oppgave på masternivå ved Forsvarets høyskole om Forsvarsrettet sikkerhetssektorreform, hvor sanitetssamarbeid har vært et av prosjektene innenfor sikkerhetssektor arbeid på Balkan. Det er allikevel bare nevnt som et prosjekt i denne masteroppgaven og ikke studert noe videre. Min oppgave vil således kunne gi bidrag til litteraturen om flernasjonalt samarbeid generelt og sanitetssamarbeid spesielt.

Sanitetssamarbeid kan være blant det mer realistiske og aktuelle bidrag å samarbeide om i internasjonale operasjoner fordi helsetjenester er en nødvendighet for alle nasjoner i internasjonale operasjoner i tillegg til at sanitet oppleves som ufarlig. Bidrag som er ansett som mer essensielle for nasjonens forsvarsevne kan være langt mer vanskeligere å samarbeide om fordi disse bidragene kan ha graderte og sikkerhetsmessige aspekter som gjør dette samarbeidet mer problematisk. Sanitetssamarbeid kan således være et relevant område å satse på.

I iverksettingsbrevet til forsvarssektoren for langtidsplanen for 2013 til 2016, *Et forsvar for vår tid*, beskrives flernasjonalt samarbeid som sentralt, hvor Forsvaret sammen med flernasjonale styrker skal stille relevante styrkebidrag til internasjonale operasjoner (Forsvarsdepartementet, 2012a, s. 30). Flernasjonalt sanitetssamarbeid er således et relevant bidrag å studere.

Videre vil oppgaven kunne gi en verdi i forbindelse med policy knyttet til hvilke krav og hensyn som bør tas i valg av samarbeidspartnere. Funnene kan også ha en praktisk verdi, og være et planleggingsgrunnlag for hva det må legges vekt på, samt hva som er mindre viktig å fokusere på i forbindelse med klargjøring og trening av flernasjonale sanitetsbidrag til internasjonale operasjoner.

Ved å studere casene gjennom en rekke faktorer som kildematerialet beskriver, forsøker jeg å belyse hvilke utfordringer som er mest fremtredende. Disse funnene kan være interessante, og kan være relevante for Norge å ta hensyn til ved utforming av flernasjonalt sanitetssamarbeid i internasjonale operasjoner.

Sverre Diesen skriver om flernasjonalt samarbeid og forsvarsintegrasjon, hvor den kombinerte teknologi og kostnadsutvikling, samt Forsvarets volum i større grad en tidligere har betydning for å måtte samarbeide med andre nasjoner (Diesen, 2011, s. 147). Norges bidrag til *Smart Defense* og samarbeidet knyttet til nordisk samarbeid er mulige elementer i dette. I lys av fremtidens utfordring knyttet til behov for flernasjonalt samarbeid synes problemstillingen interessant og relevant.

1.5 Metode

For å få riktig data til å studere problemstillingen har studien en kvalitativ tilnærming fordi jeg mener denne måten vil være den mest hensiktsmessige. Den er videre beskrivende for å etablere en forståelse for to casestudier. Studien baserer seg på åpen litteratur og dokumentanalyse, samt intervju knyttet til de to casestudiene (Jacobsen, 2005).

Jeg har valgt to caser, da jeg mener studie av to caser vil kunne gi flere og bedre nyanserte funn, samt at det gir muligheten til å sammenligne casene. En casestudie er en helhetlig studie av et studieobjekt i tid og rom. Dette gir muligheten til å forstå hendelser og sammenhenger på en god måte (Jacobsen, 2005). Casestudiene baserer seg på to gjennomførte operasjoner, hvor enheten, et sykehussystem, er ganske organisatorisk lik. Jeg har basert deler av oppgaven til å være en historisk studie basert på sekundærkilder, hvor det flernasjonale sanitetssamarbeidet er beskrevet i rammen av de offentlige dokumentene, som er etablert og styrer forskjellige internasjonale operasjoner, herunder NATO og FN operasjoner. Hensikten er ikke å generalisere funnene, men heller få flere nyanser knyttet til studien av flernasjonalt sanitetssamarbeid.

Kildematerialet er bygget på faglitteratur, offentlige dokumenter, rapporter og intervjuer. Faglitteraturen har bidratt med å beskrive flernasjonalt sanitetssamarbeid og hvordan de internasjonale organisasjonene FN og NATO stiller krav og forventninger knyttet til flernasjonalt sanitetssamarbeid i internasjonale operasjoner. Jeg har studert både relevante FN- og NATO-dokumenter, herunder MC 326/3, som er NATOs øverste sanitetsdoktrine og som definerer standard kapasitetene for sanitetssystemet. Videre doktrinen Allied Joint Doctrine for Medical Support (AJP 4-10) (NATO, 2010b), samt tilsvarende dokumenter for FN-systemet. Sentralt for flernasjonalt sanitetssamarbeid i FN-rammen har vært UN Medical Support Manual (UNDPKO, 1999). I tillegg har Manual on Policies and Procedures

Concerning the Reimbursement and Control of Contingent-Owned Equipment of Troop/Police Contributors Participating in Peacekeeping Missions, forkortet som COE Manualen, innvirkning på det flernasjonale samarbeidet (UNDPKO, 2011). FN-dokumentene er offentlige og tilgjengelig på organisasjonens internettside. NATO- dokumentene er ikke gradert, men ligger allikevel ikke offentlig tilgjengelig. De har blitt gjort tilgjengelig ved søknad og anmodning til NATO Standardisation Agency (nsa.nato.int). En del av dokumentene er hentet fra Forsvarets arkivsystem og kan gjøres tilgjengelig ved anmodning.

Jeg er utdannet sanitetsoffiser og har gjennom de siste tjue årene utviklet en forståelse for sanitetstjeneste. Dette omhandler også flernasjonalt sanitetssamarbeid. Jeg har vært ute som sanitetsoffiser i begge de to operasjoner jeg analyserer. I ISAF-casen hadde jeg en sanitetsstabsoffiserstilling i den tyske staben, hvor det norske sykehuset var et av bidragene. I MINURCAT-casen var jeg sanitetsoperasjonsoffiser i andre halvdel av bidragets varighet. Jeg er bevisst min tilknytning til casene, og er klar over at min kompetanse og erfaring kan farge min analyse. Jeg har valgt tidsperioder jeg selv ikke var ute på oppdrag, og derfor intervjuet personell som ikke har vært ute samtidig med meg, slik at jeg ikke skulle være kjent med og farget av deres erfaringer og opplevelser. Jeg vet at jeg med min bakgrunn blant annet kan ha hatt en undersøkelseeffekt på mine intervjuobjekter (Jacobsen, 2005, s. 226).

For å styrke den interne validiteten i oppgaven har jeg benyttet meg av flere intervju. Jeg har intervjuet den operative sanitetssjefen, den medisinske sanitetssjefen, samt stabssjef for Nasjonal Contingent Command (NCC) i de to casene. Jeg har også valgt å intervju personell som har arbeidet på sykehuset. En oversikt over respondentene finnes i vedlegg A. Jeg har gjennomført 11 intervju. Hensikten med dette har vært å intervju mennesker med kunnskap og erfaring fra forskjellige funksjoner på flere nivå, for å få flest mulig perspektiver og opplevelser. Intervjuene har gitt svar som har fortonet seg forskjellig i forhold til den enkeltes stilling og ansvar. Dette har gitt spennende funn å analysere. Jeg mener det har gitt en mer nyansert besvarelse. Jeg har vært bevisst min kunnskap og valgt intervjuobjekt med annen bakgrunn og fra periodene jeg selv ikke var ute i de internasjonale operasjonene. Dette har gitt meg overraskende svar. Jeg har forsøkt å få til intervju med sanitetsansvarlig fra de landene Norge hadde sanitetssamarbeid med. I det ene casen har imidlertid dette vist seg å være vanskelig å få til. For at respondentene i de to casene skulle være så like som mulig er konsekvensen at primærkildene mine bare er norske. Oppgaven har derfor i stor grad et norsk

perspektiv og syn. Noen av de internasjonale artiklene som jeg har funnet har allikevel gitt en grad av lignende funn i andre nasjoner og operasjoner, og har bidratt til at studien også kan være interessant for andre nasjoner.

Fra begge casene er det skrevet og utarbeidet erfaringsrapporter. NATO sine erfaringsrapporter er graderte, mens FN sine rapporter er ugraderte. Rapportene er lest og har bidratt til en forståelse, herunder å være en støtte til intervjuguide og tema for intervju. Intervjuene, samt litteratur og dokumenter har gitt svar på det oppgaven ønsker belyst og besvart. Casestudiene synes å ha bidratt til å belyse og analysere utfordringene som har vært en del av problemstillingen, og gitt grunnlag for å generalisere funnene til å gjelde for andre sanitetssamarbeid. Casene vil kunne indikere utfordringer innenfor et satsningsområde, hvor det er et sykehussystem som fortsatt er i bruk og under utvikling i det norske forsvaret. Hensikten har vært å synliggjøre likheter og belyse forskjellige utfordringer knyttet til type operasjon og hvilken nasjon Norge har samarbeidet med.

1.6 Oppgavens struktur

Oppgaven er delt i fem kapitler. I neste kapittel vil jeg beskrive mitt analytiske rammeverk for flernasjonalt sanitetssamarbeid i internasjonale operasjoner. I kapittel 3 og 4 vil jeg analysere gjennom to caser hvilke utfordringer flernasjonalt sanitetssamarbeid ga i de internasjonale operasjonene og hvordan utfordringene ble taklet og løst. I kapittel 5 sammenligner jeg de to casene, for å se om det er noen fellestrekk i valg av type internasjonal operasjon. Videre om det har en betydning, hvilken nasjon Norge velger i forhold til utfordringer og løsninger, for hvordan få det flernasjonale sanitetssamarbeidet best mulig.

2 Analytisk rammeverk

Det internasjonale samfunn, og internasjonale organisasjoner som FN og NATO, bygger sin eksistens på flernasjonalt samarbeid. Det er derfor naturlig å stille to spørsmål. For det første hvordan gjennomføres flernasjonalt samarbeid i internasjonale operasjoner? Dernest stille seg spørsmålet om hvilke faktorer som spiller inn i flernasjonalt samarbeid. Spørsmålene er sentrale i forhold til hvordan Norge etablerer og bygger opp sitt sanitetsbidrag og flernasjonale sanitetssamarbeid. Dette er også relevant i min analyse av to flernasjonale sanitetssamarbeid som har forskjellig organisatorisk utgangspunkt.

Norge har utviklet et sykehussystem som kalles Norwegian Deployable Hospital (NDH). Denne organisasjonen er, og har vært, Forsvarets bidrag til internasjonale operasjoner. Enheten er derfor utgangspunkt for den videre studien og vil bli beskrevet i det videre. NDH har et behov for personellkategorier som Forsvaret ikke fullt og helt utdanner og ansetter selv. Behov for rekruttering synes derfor også å ha stor betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid. Allerede på midten av 1990-tallet måtte Norge avvikle feltsykehuset i Bosnia med bakgrunn i manglende rekruttering og mangel på kompetent og trente spesialleger for militær deployering til internasjonale operasjoner (Børresen et al., 2004, s. 205). Rekruttering av personell med kompetanse i henhold til Forsvarets behov var ikke i synergi, men heller konkurrerende med det sivile helsevesenets behov. Det samme har vært gjeldene i internasjonale operasjoner i nyere tid, hvor rekruttering av leger for å fylle en funksjon har vært en mangelvare. Forsvaret har ikke eget militærpsykehus som utdanner og vedlikeholder klinisk medisinsk kompetanse. Sykepleiere og leger med kompetanse til å fylle en stilling i organisasjonen ble rekruttert inn fra sivile sykehus i hele Norge.

I tillegg til dette er det flere sentrale dokumenter som tar utgangspunkt i flernasjonalt samarbeid. AJP- 01 *Allied Joint Doctrine* beskriver faktorer som må tas hensyn til i forbindelse med internasjonale operasjoner og det flernasjonale samarbeidet. Det er tidligere beskrevet elementer som må legges vekt på for å få etablert et godt flernasjonalt samarbeid. De samme elementene vil være gjeldende for flernasjonalt sanitetssamarbeid. Doktrinen legger også til grunn faktorer som kan gi utfordringer. (NATO, 2010a, s. 5-4).

Videre er det faktorer som er spesielle for flernasjonalt sanitetssamarbeid. AJP 4-10 *Allied Joint Medical Support Doctrine* beskriver faktorer som NATO mener har betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid i allianser. Doktrinen skal legge til rette for et fleksibelt, kvalitativt og interoperabelt flernasjonalt sanitetssamarbeid, og gode sanitetsløsninger for alliansen og partneres sanitetsorganisasjon. Dokumentet beskriver faktorer som kan ha betydning for kvaliteten og effektiviteten til sanitetstjenesten (NATO, 2006a, s. 2-2).

Jeg har med bakgrunn i min tilnærming til oppgaven og ovennevnte dokumenter valgt å strukturere faktorene i to grupper, fordi jeg mener dette best gir svar på det jeg ønsker å dokumentere. Faktorene bygger i utgangspunktet på dokumenterte faktorer i ovennevnte kilder, men også på faktorer som har utspring i intervjuene, og som jeg av den grunn ønsker å trekke frem fordi de gir gode funn.

Den første gruppen som jeg kaller *politiske og organisatoriske rammer*, tar for seg FN og NATO sine krav til flernasjonalt samarbeid, juridiske avtaler, samt nasjonale og politiske agendaer. I tillegg til dette inneholder gruppen en faktor jeg har kaldt nasjonale ordninger og kultur som tar for seg spesielle særegenheter med betydning for flernasjonalt samarbeid. Den andre gruppen kaller jeg *militære rammer*, og den tar for seg faktorer som har betydning for etablering av flernasjonalt sanitetssamarbeid i operasjoner og evnen til å samarbeide. Denne evnen til samarbeid, som omhandles og omtales som *interoperabilitet* (Aabakken, 2002). Ola Aabakken skriver i en FFI rapport fra 2002 om hvilke faktorer som spiller inn for å oppnå interoperabilitet og som gir evne til å samarbeide. Flere av disse faktorene spiller inn for å oppnå evne til flernasjonalt sanitetssamarbeid. Aabakken beskriver kultur og språk som to sammenfallende faktorer og et fundament som har betydning for evnen til å samarbeide. Jeg har i min oppgave valgt å skille disse to faktorene, for jeg mener at kultur har en betydning for flernasjonalt samarbeid generelt. Videre er kultur i kraft av organisasjonsforsker Hofstedes forskning spennende å studere, så jeg ønsker å legge til grunn for et bredt kulturbegrep som kan gi gode funn for min studie. Språk er en viktig faktor som i større grad har betydning for interoperabiliteten i det flernasjonale sanitetssamarbeid spesielt. Språk passer bedre å studere under militære rammer. Jeg har derfor valgt å skille disse faktorene som kan oppleves som sammenfallende og vil under militære rammer legge vekt på faktorene medisinsk kompetanse, trening og øving, materiell, språk og informasjonsdeling.

2.1 Norwegian Deployable Hospital (NDH)

Jeg vil starte med å beskrive enheten som er basisen for å kunne analysere faktorene, og som er utgangspunktet for casestudiene.

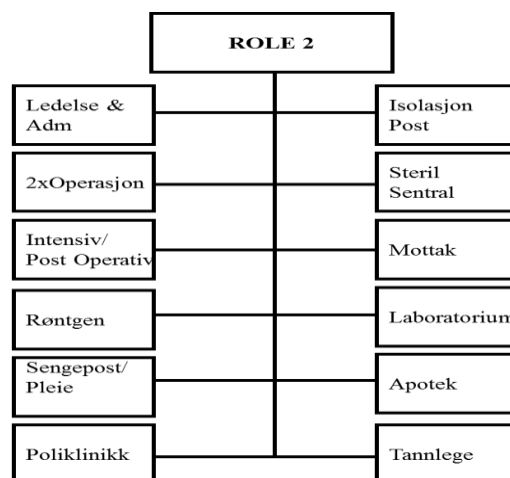
Forsvarets sanitet utviklet på begynnelsen av 2000-tallet en kirurgisk enhet som en nisjekapasitet for livreddende kirurgi. Det ble investert i et kontainersystem som skulle ivareta hygieniske krav og standard til sivil helselovgivning.

I 2003 fikk Forsvaret i oppdrag å stille med et bidrag til International Security Assistance Force (ISAF). Bidraget besto av et vakt og sikringskompani, en sivil-militær samarbeidsenhet, samt en medisinsk kirurgisk enhet (Forvarsdepartementet, 2004). Den kirurgiske enheten var et lite kontainerbasert bidrag på 39 personer og ingen selvstendig enhet. Det ble etter denne operasjonen, som varte i 6 måneder, evaluert at Forsvaret måtte investere i et system som kunne operere alene, med tilførsel av blant annet egen røntgen og egen pleieenhet. Dette synes også å være i tråd med NATO sitt konsept for sykehussystem. Denne erfaringen er bakgrunnen for at Forsvarets sanitet de siste 10 årene har utviklet et sykehussystem for å møte Forsvarets behov for etablerte helsetjenester. Helsetjenestene skal møte kravet om at behandlingen til soldaten skal være kvalitativ lik det man får på sivil sykehus i Norge. Forsvarets sanitet har bygd opp et system innenfor et investeringsprosjekt som blir kalt modulbaserte sanitetssystem, hvor NATO sine prinsipper og krav ble etablert som grunnlag. Systemets intensjon ble etablert for å være fleksibelt til forskjellige typer oppdrag, samt robust nok til forskjellige typer klima. Norwegian Deployable Hospital ble etablert som navn på enheten. Den skulle kunne operere som et selvstendig sykehus, eller kunne deles opp i færre moduler i forhold til oppdrag, trussel og samarbeidsmuligheter. Den kirurgiske kapasiteten ble utvidet til å omfatte diagnostikk, som røntgen, intensivsenhet, pleiekapasitet, laboratorium og tannlege. Denne prosessen gikk parallelt med at Norge bidro med et Role 2-sykehus i Mazhar e Sharif i 2006. Det ble også igangsatt en investering i et kontainerbasert prosjekt, hvor det i perioden 2006 til 2008 ble kjøpt inn to kontainersystem. Det var samme leverandør i Storbritannia som leverte kontainersystemet til den kirurgiske enheten.

I begge casene som vil bli studert videre har det vært behov for kirurgiske team, for å opprettholde utholdenhet og kontinuerlig kapasitet. Uforutsigbar rekruttering av kirurgiske team og problemer med å opprettholde norske kirurgiske bidrag, har medført kortere

engasjement av spesialister. Dette har også vært styrende for etableringen av samarbeid med andre nasjoner. Det norske prosjektet og utviklingen av sykehussystemet bygger på kravene i henhold til NATOs doktrine og prinsipper for Role 2-sykehus. I tillegg har de sivile prinsippene for best mulig helsetjenester vært styrende for behov og valg. Det var dette sykehussystemet som ble tilbudt NATO-operasjonen ISAF i Afghanistan og FN-operasjonen MINURCAT i Tsjad.

Forhandling rundt antall stillinger for å kunne etablere et døgnoperativt sykehus, er en del av planprosessen i forbindelse med internasjonale operasjoner. Denne forhandlingen på antall stillinger i forhold til behov, er også styrende i etableringen av samarbeid med andre nasjoner. Det er naturlig at nasjonen med sykehus, og av den grunn, har bidraget med høyest helsemessig kompetanse i ansvarsområdet, tar ansvaret for helsetjenestene og er *Lead Nation (LN)* i den internasjonale operasjonen. Dette medfører et stort ansvar for den norske militæroverlegen, som i internasjonale operasjoner benevnes *Senior Medical Officer (SMO)*. SMO er under den internasjonale operasjonen ansvarlig for at sanitetstjenesten og helsetjenesten er riktige og i henhold til den gjeldende helselovgivningen og norsk jurisdiksjon. Dette medfører et ansvar for alle medisinske prosedyrer og behandlinger som personell får på det norskledede sykehuset. Norge gjennom SMO har lagt vekt på de amerikanske prinsippene *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* for å bygge prosedyrene ved blant annet mottak av pasienter på sykehuset. Prinsippene styrer og stiller krav til personellet som skal ta i mot en pasient, og fordeler livsviktige oppgaver mellom dem. Prinsippene er innført og brukes i store deler av verden (Bratlie-Jensen, 19. februar 2013).



Figuren viser organisatorisk hva som må etableres av funksjoner og kapasiteter for å kunne bidra som et selvstendig Role 2-sykehus. Figuren er også basis for NDH.

2.2 Politiske og organisatoriske rammer

Jeg vil videre ta for meg de faktorene som jeg mener har størst betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid, og jeg vil som tidligere nevnt dele faktorene i to overordnede rammer.

Politiske og organisatoriske rammer og *militære rammer*. Flere nasjoner har etter operasjoner de siste 20 – 30 år hatt gjennomgang av sine bidrag og identifisert utfordringer og løsninger ved flernasjonalt samarbeid. Flere av disse faktorene og perspektivene er relevante i analysemodellen for å studere flernasjonalt sanitetssamarbeid.

I rammen *politiske og organisatoriske rammer* ønsker jeg å studere fire faktorer. Jeg vil starte med å beskrive *FN og NATO sine sanitetssystem og krav* som stilles for å etablere flernasjonalt sanitetssamarbeid. Deretter vil jeg studere de *juridiske rammer* og avtaler som har betydning for flernasjonalt samarbeid, herunder nasjonal *helselovgivning*. Videre vil jeg studere *nasjonale og politiske agendaer* som synes å være en faktor som kan ha betydning. Til sist vil jeg analysere faktoren jeg har kaldt *nasjonale ordninger og kultur*. Faktoren tar for seg spesielle løsninger som nasjonene velger for å gjennomføre sitt bidrag.

Jeg begynner med å studere hvordan den enkelte internasjonale organisasjon stiller krav til flernasjonalt samarbeid generelt og sanitetssamarbeid spesielt. Dette synes å være en faktor som legges til grunn i forbindelse med generering av bidrag til internasjonale operasjoner. Den ene casen var et FN-mandat, hvor NATO hadde oppdraget med å lede den internasjonale operasjonen.

NATO beskriver gjennom guidelines og prosesser hvilke kapasiteter som kreves for den enkelte internasjonale operasjon (NATO, 2006b, s. 15). Etter flere omorganiseringer er det Allied Command Operations i Belgia som er ansvarlig for alliansens daglige operasjoner (Medcalf, 2006, s. 20). NATO legger opp til planprosesser hvor alliansen styrkegenererer mellom medlemsland, som stiller med nasjonale bidrag til felles styrker i internasjonale operasjoner. NATO med sin organisasjon har etablert doktriner og guidelines som stiller krav og gir retningslinjer for medlemslands kapasiteter. Hensikten med dette er å opprettholde en adekvat militær kapabilitet og en beredskap for å handle kollektivt og flernasjonalt ved behov

(NATO, 2006b, s. 51). NATO sin øverste doktrine for sanitetstjenesten MC 326/3 definerer standardene som det enkelte medlemsland/partner har ansvar for å bidra med (NATO, 2011).

Det å etablere mest mulig optimal flernasjonalt sanitetssamarbeid beskrives i NATOs doktrine for sanitetsstøtte. Denne doktrinen, *AJP-4.10(A) Allied Joint Medical Doctrine* stiller også krav til hvilke bidrag som må iverksettes i forbindelse med etablering og klargjøring av en internasjonal operasjon. Sanitetskonseptet bygges opp med bakgrunn i den militære styrkens størrelse og trusselvurdering som er bakgrunnen for sanitetssystemet der rammeverket fokuserer på «hvordan tenke» heller enn «hva du skal tenke» som stiller krav til alliansens medlemmer om et fleksibelt system som er i henhold til best mulig helsetjeneste.

Sanitetsstøtten må møte alle medlemslands standarder for behandling (NATO, 2006a, s. 1-5). I tillegg skal behandlingen være tidsriktig og relevant.

COMEDS, komiteen av Chiefs of Military Medical Service in NATO, har ledet arbeidet av etableringen av NATOs sanitetsstruktur og -system gjennom utvikling av felles doktriner. Sanitetsystemet i NATO bygger på et nivåbasert system av fire nivå, hvor nivået beskriver den medisinske kapabiliteten som er tilgjengelig. Det første nivået er Role 1, som består av grunnleggende helsetjenester, herunder førstehjelp, gjenoppliving og stabilisering. Det er den enkelte nasjons ansvar og skal være tilgjengelig for NATO soldaten. De neste nivåene kan være nasjonale, men i mange tilfeller velger medlemsland å samarbeide innenfor nivåene, Role 2 til 4. Role 4 har alle medisinske kapabiliteter og definitivt medisinsk behandling.

Sanitetsystemet for NATO har som nevnt tidligere i forbindelse med definisjoner likhetstrekk med FN sitt system, som jeg analyserer under. NATO bygger sitt system på at den enkelte nasjon bekoster sanitetsbidraget. Dette synes å stille større krav til den enkelte nasjons kapasitet, enn i en FN operasjon.

Sanitetstjeneste er i henhold til NATOs prinsipp et nasjonalt ansvar. Dette blir allikevel en prosess og et samarbeid mellom NATO-sjefen for den internasjonale operasjonen og bidragslandene. Den enkelte nasjon har i henhold til doktrinen ansvaret for Role 1, og å etablere en Senior Medical Officer (SMO) som har oversikt og kontroll over nasjonens personell (NATO, 2006a, s. 2-10). Jeg vil videre studere om denne faktoren har betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid.

En FN-operasjon er rammen for den andre casen jeg studerer. De Forente Nasjoner som overordnet organisasjon for fred og sikkerhet har utført internasjonale operasjoner i over 60 år. Det flernasjonale samarbeidet er grunnlaget for å gjennomføre disse operasjonene. Det er FNs sikkerhetsråd med sine 15 medlemsland som har hovedansvaret for å styre hvordan FN skal handle ved sikkerhetsutfordringer i det internasjonale samfunn og for å bevare fred og sikkerhet i verden. Det er i realiteten disse 15 statene som bestemmer hvorvidt det skal etableres en sikkerhetsresolusjon for å håndtere en krise (Weiss, Forsythe, Coate, & Pease, 2007, s. 8). Generalsekretæren, FNs øverste leder, har en stab på 9000 personer som utarbeider og klargjør resolusjoner og saker som skal tas opp i FN sine organ (Weiss et al., 2007, s. 10). Denne staben av medarbeidere har også etablert et verktøy av guidelines og policydokumenter og stiller krav for blant annet flernasjonalt sanitetssamarbeid. Dokumentet som er styrende og stiller krav til sanitetsstøtten til en internasjonal operasjon har navnet UN Medical Support Manual for United Nations Peacekeeping Operations (UNDPKO, 1999). Manualen er et dokument og et verktøy for å beskrive og sette standard for sanitetsstøtte i internasjonale operasjoner. Hensikten er å skissere operasjonelle og prosedyremessige retningslinjer for sanitetsstøtte i operasjoner, slik at alle bidragsland kan etablere den forventede sanitetsstyrken som skal sikre helsen til alt FN personell i operasjonen. Introduksjonen i denne manualen legger til grunn og stiller krav til standard helsetjenester som er akseptert av alle deltagende nasjoner. Videre erkjenner manualen at flernasjonal deltagelse i internasjonale operasjoner medfører variert nasjonal treningsstandard. Manualen skal legge til rette for det flernasjonale sanitetssamarbeidet og være en referanse-guide for planlegging, koordinering og gjennomføring av sanitetsstøtte i alle typer internasjonale operasjoner i regi av FN (UNDPKO, 1999, s. 4).

Det er samme kravet for standard som er bakgrunnen for nivåene for sanitetsstøtten som baserer seg på en struktur fra basis nivå (Level) til Level 4 sanitetsstøtte, som tilsvarer et sykehus med spesialhelsetjenester utenfor operasjonsområdet. Strukturen er standardisert for å sørge for at sanitetsstyrkene kan komme fra forskjellige land med variert standard for helsetjenester. Dette er en ideell tilstand og en standard, som FN ved the Medical Support Unit (MSU), Department of Peacekeeping Operations (DPKO) gir råd til godkjenning, koordinerer og monitorerer bidragslandene, før og under den internasjonale operasjonen.

FN har som organisasjon ingen egenfinansiert militær styrke. FNs generalforsamling etablerte og autoriserte i 1996 en prosedyre for å bestemme refusjon til medlemsland, *Troop contributing Countries (TCC)*, i forbindelse med kontingenteiet utstyr. Denne Contingent Owned Equipment manualen (COE-manualen) er derfor styrende for hva slags sanitetsmateriell den flernasjonale styrken skal ha (UNDPKO, 2011). Manualen er retningslinjer for at deltagerstater i internasjonale operasjoner stiller med riktig materiell. FN systemet har med manualen et verktøy for å styre prosessene knyttet til funksjoner og kapasiteter som må etableres. Manualen består av i tillegg til prinsipper for hva som nasjonene må anskaffe av sanitetskapabiliteter, materiellister som etablerer en forutsetning til et flernasjonalt sanitetssamarbeid i henhold til UN Medical Support Manual. COE-manualen er utgangspunktet den enkelte nasjon kan bruke for å kreve tilbakebetaling fra FN.

Ved etablering av en internasjonal operasjon, etablerer det Medical Concept/sanitetskonsept for operasjonen. Dette konseptet som utarbeides av MSU/DPKO i FN er grunnlaget for å etablere styrkegenereringsprosesser med det enkelte bidragsland (TCC). Bidrag kontrolleres i henhold til COE – Manualen av inspeksjonsteam fra FN. Sanitetsbidraget/avdelingen gjennomfører sitt oppdrag i henhold til mandat, medisinsk konsept og forventning knyttet til et samhandlende sanitetssystem i henhold til Medical support Manual for United Nations Peacekeeping Operations (UNDPKO, 1999, s. 35). I FN-systemet er det type materiell som skal være med i henhold til COE- manualen som styrer at TCC får godkjent sitt styrkebidrag. Dette er funksjonskravet som stilles og som gir en forventning av det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Hvilket krav som legges til grunn for det flernasjonale sanitetssamarbeidet synes viktig å studere videre.

Juridisk avtaler er en faktor som er forskjellig i nasjoner som skal samarbeide. Det etableres juridiske avtaler som skal gi grunnlag for flernasjonalt samarbeid. Som nevnt i definisjoner er dette bygget opp med formelle avtaler som Memorandum of Understanding mellom nasjoner eller nasjoner og internasjonale operasjoner. Technical Agreements mellom nasjoners forsvarsdepartement i forbindelse med internasjonale operasjoner søker å bidra til forståelse og enighet for hvordan bidraget skal løse oppdraget i fellesskap. Hvordan og i hvilken grad disse avtalene er utarbeidet og forankret synes og ha betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid og er en faktor som jeg ønsker å studere nærmere.

Det er United Nations Department of Peacekeeping Operations (UN DPKO) som har det politiske ansvaret med å assistere Generalsekretæren i å omsette resolusjoner og deres mandat til handling. DPKO sender en forespørsel til aktuelle nasjoner, hvor det er en politisk prosess mellom FN og TCC. Det er i forbindelse med en beslutning det fremforhandles Memorandum of Understanding (MOU) for trening og utrusting i henhold til oppdrag, hvor strategisk forflytning også er med. MOUen er grunnlaget for FN og deres ansvar knyttet til finansiering av den internasjonale operasjonen. Hvordan denne prosessen har innvirkning på det flernasjonale sanitetssamarbeidet synes å være relevant (Berli, 2012, s. 255).

MOU er også viktig i NATO-operasjoner, men da er det forhandlingen mellom nasjonene som har betydning. I NATO-operasjonene er det nasjonene selv som finansierer det flernasjonale samarbeidet, og NATO som organisasjon styrer ikke MOU-prosessen.

I tillegg til ovennevnte avtaler, kan nasjonal *helselovgivning* være styrende i samarbeidet mellom nasjoner i internasjonale operasjoner. Dette er en faktor som er beskrevet i NATOs doktriner for internasjonale operasjoner, for helseloven i den enkelte nasjon kan være forskjellig og gjenstand for studie. (NATO, 2006a, s. 2-2) Helseloven stiller krav til den enkelte nasjons helsetjenester og har en betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeidet. Ansvaret for nivået for helsetjenesten og hvilken helselov som skal brukes, knyttes til rollen som Lead Nation, som får i oppdrag å ivareta dette ansvaret. Flere britiske artikler beskriver LN som mulig løsning knyttet til denne faktoren for eksempel, (Mahoney, Hodgetts, & Hicks, 2011). I FN-operasjoner er det TCC for det høyeste nivået (Level) for helsetjenesten i operasjonen som tar dette ansvaret. Det juridiske medisinske ansvaret synes å være en faktor som kan ha innvirkning på det flernasjonale samarbeidet og vil bli analysert i den videre studien.

Nasjonale og politiske agendaer i forbindelse med at en nasjon stiller med bidrag til internasjonale operasjoner synes å være en faktor for flernasjonalt samarbeid generelt og sanitetssamarbeid spesielt, og synes å være relevant å studere. Hvilke politiske agendaer som ligger til grunn for det enkelte bidrag kan ha betydning for det flernasjonale samarbeidet. Er det relevante begrensninger så må dette forankres i avtaler mellom nasjonene som skal samarbeide. Det kan være avtaler på tvers av departement som forankrer og beslutter bidrag

som kan få betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid. Dette er en faktor jeg ønsker å studere videre.

I en artikkel skrevet av W. Doll og S. Metz fra US Army i 1993 beskrives flere problemer, eller utfordringer som kom til uttrykk etter gjennomgang av internasjonale FN operasjoner i forbindelse med en konferanse. På konferansen ble det konkludert at nasjonal agenda i sammenheng med flernasjonalt samarbeid er en faktor, hvor nasjonal vilje og uskreven policy går utover evnen til flernasjonalt sanitetssamarbeid (Doll & Metz, 1993).

Videre beskriver NATO i sin AJP-01 *Allied Joint Doctrine*, at nasjoner som er avhengig av flernasjonalt samarbeid av forskjellige grunner har andre interesser og agendaer knyttet til det flernasjonale samarbeidet, enn nasjonen de samarbeider med. Politiske og nasjonale agendaer synes å være en faktor som kan spille inn (NATO, 2010a, s. 5-4).

Nasjonale ordninger og kultur er den tredje faktoren i den overordnede rammen jeg ønsker å studere fordi denne faktoren synes å spille inn på hvilke ordninger nasjoner etablerer for å løse sine bidrag i internasjonale operasjoner. En ordning som synes å ha betydning for flernasjonalt samarbeid er lengden på tjenesten til bidraget. Kontingenten kan variere og nasjoner har forskjellig tilnærming til om personell roterer enkeltvis eller sammen som team og avdeling. Lengden for norske kontingenter og disponeringer er normalt på 6 måneder. Rotasjonshyppigheten kan derimot variere med bakgrunn i personellets funksjon og spesielle kompetanse, samt funksjonens etterspørsel (Forsvarsstaben, 2010b, s. 39). Rotasjonsordning kan ha betydning for flernasjonalt samarbeid og vil bli studert senere i oppgaven.

FN og NATO er internasjonale organisasjoner som legger til grunn flernasjonalt samarbeid for sine internasjonale operasjoner. NATO doktrinen AJP-01 *Allied Joint Doctrine*, forventer og forplikter den enkelte nasjon til å søke og forstå forskjellige staters perspektiv og hvordan finne felles løsninger (NATO, 2010a, s. 1-8) Herunder ligger også aksept, forståelse og respekt for andre nasjoners kultur, holdning er og verdier. (NATO, 2009, s. 5-3). I tillegg hvordan nasjoners kultur synes å ha betydning for flernasjonalt samarbeid. Kulturbegrepet synes å ha betydning for flernasjonalt samarbeid generelt og jeg ønsker å ha en utvidet tilnærming til begrepet. Ved å la kultur omfatte både organisasjonskultur og sosial kultur mener jeg faktoren kan belyse interessante utfordringer knyttet til det flernasjonale

samarbeidet. Faktoren er litt vag og bred, og favner nasjoners ulike måter å organisere seg på som også gjenspeiler seg i kulturen.

Kultur defineres av organisasjonsforsker Gert Hofstede til å være... «Den kollektive programmering av sinnet som atskiller medlemmene av en gruppe eller kategori av mennesker» (Hofstede, 1993, s. 19). Hofstede beskriver i en av sine bøker forskjellige indekser som beskriver nasjoners tilnærming til denne eksistensen gjennom fire dimensjoner. Disse dimensjonene omtales som: maktdistanse, individualisme, rasjonalitet og toleranse. De forskjellige indeksene nasjonene får, synliggjør en kultur som er signifikant i det samfunnet/nasjonen (Hofstede, Hofstede, Minkov, & Trier, 2010).

Maktdistanse beskriver hvordan fordeler og goder, fordeles i samfunnet. Der maktdistansen er høy, godtar de svake individene hvordan makt fordeles. Norge har en lav maktdistanse i forhold til andre land, mens andre nasjoner som eksempelvis Russland har høy maktdistanse. Hofstede beskriver også nasjoner med maskulin kultur fokuserer på oppgaven og at lederen bestemmer. Mens nasjoner med feminin kultur legger større vekt på at individene i en gruppe deltar ved medbestemmelsesrett. Dette beskrives i en britisk artikkel, hvor dansker og briter samarbeider på et sykehus i Afghanistan. Den danske kulturen er mer feminin enn den britiske. Danskene legger større vekt på tverrfaglig forståelse og teambygging i behandlingssituasjon, og dette får en betydning i det flernasjonale sanitetssamarbeidet hvis denne kulturforskjellen ikke blir forstått (Mahoney et al., 2011, s. 354).

Gjennom studier av erfaringsrapporter og artikler som omhandler flernasjonalt sanitetssamarbeid er forskjellig kultur, og mangel på kulturforståelse mellom de samarbeidende nasjonene en faktor som ofte spiller inn. Jeg synes derfor det er viktig å analysere denne faktoren spesielt fordi kulturbegrepet har flere nyanser knyttet til det flernasjonale samarbeidet. Som tidligere nevnt omhandler kilder kultur og språk som sammenfallende faktorer (Aabakken, 2002). Jeg mener det utvidede kulturbegreps betydning i min studie er viktig å få belyst og skiller derfor kultur fra faktoren språk. Jeg har valgt å studere språk som del av den neste hovedgruppen av faktorer som jeg har valgt å kalle *militære rammer* fordi språk er en viktig faktor knyttet til interoperabilitet i flernasjonalt sanitetssamarbeid.

2.3 Militære rammer

Militære rammer er et felles begrep som beskriver faktorer som gir grunnlag for evnen til flernasjonalt sanitetssamarbeid i den internasjonale operasjonen. Militære rammer beskriver faktorer som har betydning for gjennomføringen og effektiviteten til det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Jeg vil redegjøre for nivåene for evne til flernasjonalt samarbeid generelt, for deretter og studere hvordan de fem faktorene medisinsk kompetanse og prosedyrer, trening og øving, materiell, språk, samt deling av informasjon synes å være faktorer som har betydning for evnen til flernasjonalt sanitetssamarbeid spesielt.

Jeg vil først redegjøre for det litteraturen har kalt nivåene for flernasjonalt samarbeid. Ambisjonsnivået for flernasjonalt samarbeid kan deles inn i tre nivåer (Berli, 2012, s. 206). Aabakken beskriver i en FFI-rapport at NATO har definert tre ambisjonsnivåer for evne til å samarbeide. Det laveste nivået for samarbeid beskrives som *kompatibilitet*. Kompatibilitet defineres som et samarbeid der ulike systemer ikke forstyrrer hverandre funksjonelt (Aabakken, 2002). *Interoperabilitet* beskrives som det neste nivået, hvor målet for samarbeidet er å oppnå synergi og effektivitet i løsning av tildelt oppdrag. Dette er begrepet som beskriver evnen til samarbeid (NATO, 2012, s. 2-I-8). Det tredje og høyeste nivået for samarbeid beskrives som *integrasjon*. Jeg vil forstå integrasjon i flernasjonalt samarbeid til å være at materiell, personell og system er likt og blir en helhet, slik at man har en funksjonell avhengighet (Aabakken, 2002).

Jeg vil videre legge vekt på å studere evnen til samarbeid, *interoperabilitet*. Samarbeidet som gjør at nasjoner med type materiell, organisasjon, prosedyrer, kompetanse og trening evner å etablere synergi og effektivt flernasjonalt sanitetssamarbeid. Dette er noe NATO i de siste årene har hatt på sin agenda og jobbet mye med gjennom Chiefs of Military Medical Services in NATO (COMEDS). Arbeidsgrupper jobber med tilnærminger som medlemslandene kan enes om og legges som grunnlag for AJP-4.10 som er doktrinen for flernasjonalt sanitetstjeneste (NATO, 2006a, s. 2-1). NATOs erfaring fra blant annet den internasjonale operasjonen i Afghanistan er at interoperabilitet er nødvendig for å utvikle et helhetlig flernasjonalt sanitetssamarbeid. Suksessfullt flernasjonalt sanitetssamarbeid må etablere enhetlige og like løsninger innenfor interoperabilitet på flere områder.

COMEDS og NATO har diskutert og funnet at det er spesielt innenfor områdene medisinsk behandlingsproblematikk, og hvordan sanitetsbidraget er bygd opp, som er relevant for mangel på interoperabilitet og godt samarbeid (COMEDS, 2009). De fem faktorene som knyttes opp mot interoperabilitet har betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid og vil bli studert videre. Jeg vil starte med å studere medisinsk kompetanse.

Medisinsk kompetanse og kliniske prosedyrer for hvordan behandling gjennomføres har betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid. Nasjoner har ulike sivile utdanningsprogram og forskjellige måter å utdanne leger, og ikke minst sykepleiere og teknikere på. Både NATO og FN sine retningslinjer og doktriner viser til at nasjonal standard for helsetjenester skal være lik den behandlingen de får i hjemlandet. Forventning knyttet til hvor dyktig den enkelte nasjon er synes å være en faktor som har betydning knyttet til det flernasjonale sanitetssamarbeidet (Bricknell, 2007). Forskjellige nasjonale standarder på helsetjenester som er studert tidligere i forbindelse med politiske og organisatoriske rammer synes å være en faktor som også etablerer krav til kompetanse. Dette er beskrevet i NATO doktrinen AJP 4-10 og omfatter også hvordan den enkelte nasjon har bygd opp sin utdanning og fordeling av oppgaver for helsepersonell. Den enkelte nasjons medisinske kompetanse blir en faktor å studere. Det er internasjonale forskjeller mellom utdanningen og statusen til medisinsk personell som leger og sykepleiere. Det kan ha en betydning i forhold til prosessen knyttet til generering av styrker og avtaler om styrkebehov. Gjøres det avtaler om en kompetanse knyttet til et behov, eller stilles det krav om hvorvidt man har ekspertisen til å utføre kompetansen (Cordell, 2012, s. 24)? Dette kan være forskjellig fra nasjon til nasjon og derfor en faktor i det flernasjonale sanitetssamarbeidet som må studeres videre.

Flernasjonal *trening og øving* på oppgaver og oppdrag i forkant av internasjonale operasjoner er en faktor som sannsynligvis spiller inn på flernasjonalt samarbeid. Hva slags ressurser som finnes og løsninger som velges før og under den internasjonale operasjonen for å få til trening og øving flernasjonalt kan ha en betydning for sanitetssamarbeidet. Det å trene og øve på felles prosedyrer og etablere felles rutiner gir høyere effektivitet og trygghet for at helsetjenesten blir best mulig. Flernasjonal trening og øving gir også kjennskap og forståelse for andre nasjoners rutiner og legger forhold til rette for å få en felles standard. Det å prioritere denne faktoren, og hvilke valg som gjøres i forhold til det å bli samtrent, synes å ha en betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid. Samtrening og øvelse av den flernasjonale

sanitetstyrken for å etablere sanitetssamarbeid er også beskrevet i NATO doktriner som viktig og nødvendig (NATO, 2006a, s. 2-2). Det synes å være en faktor som er nødvendig for flernasjonalt sanitetssamarbeid. Jeg finner det relevant å studere dette videre.

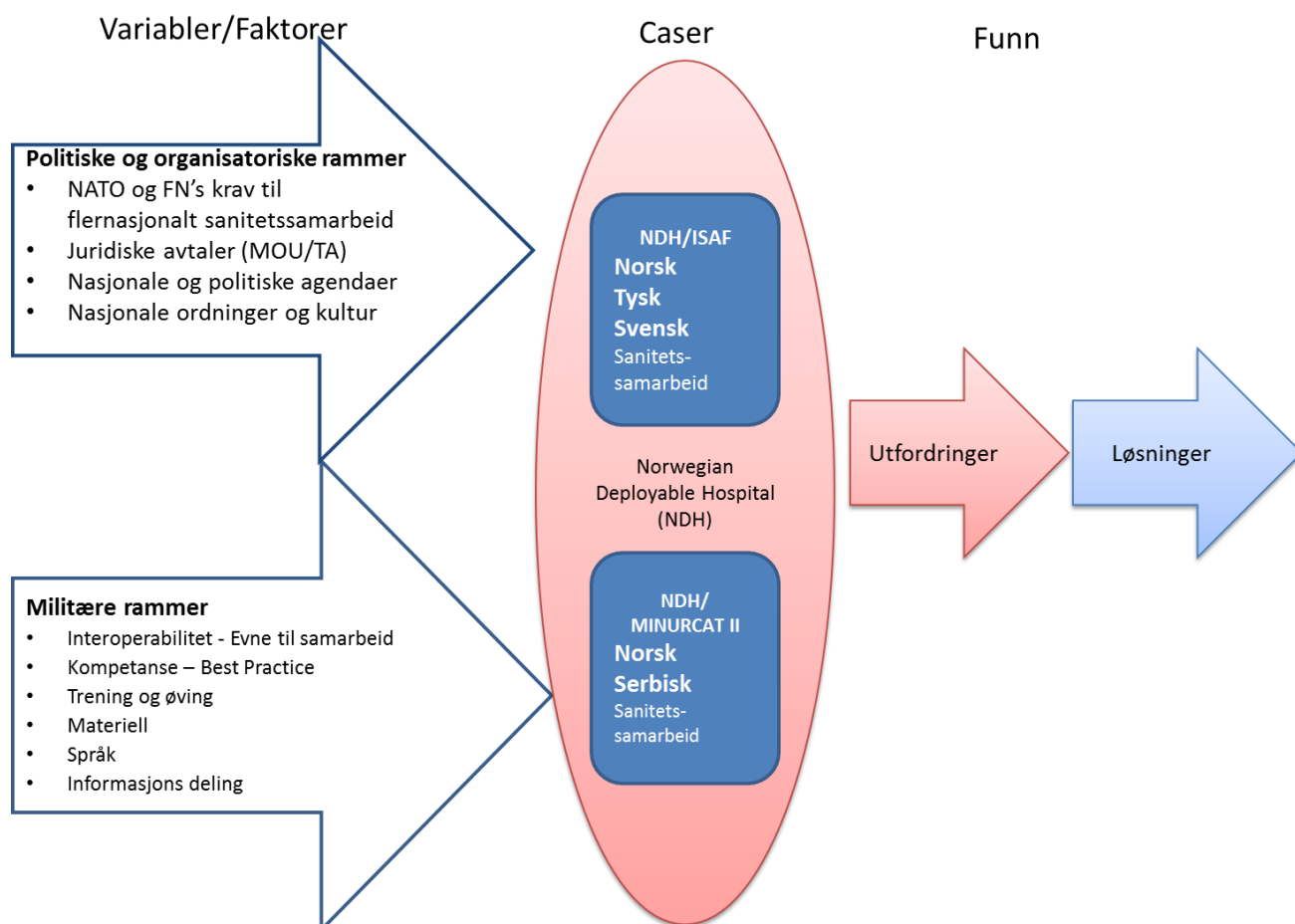
Materiell og materiellsystemer er en faktor som i henhold til Aabakken har betydning for å oppnå interoperabilitet, og gir løsning for godt og effektivt samarbeid. FN og NATO har erfart gjennom flernasjonale operasjoner de siste femten årene at materiell ikke skaper de største utfordringene (Aabakken, 2002). Materiell og utstyr til å behandle pasienter synes å ha en internasjonal standard, og synes derfor å kunne gi løsninger for godt sanitetssamarbeid. Det finnes allikevel elektromedisinsk utstyr som er forskjellig og krav til utstyr som er annerledes, og kan ha betydning for bruk i internasjonale operasjoner. Jeg mener at dette er en faktor det er interessant å studere videre i studien, og at faktoren kan ha betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid.

Språk er en den fjerde faktoren som jeg mener spiller inn for flernasjonalt sanitetssamarbeid og evnen til å oppnå interoperabilitet i internasjonale operasjoner. I NATOs operasjoner er det engelsk som er «operasjonsspråket». I FN er det flere språk som kan benyttes som arbeidsspråk. Norge har deltatt i internasjonale operasjoner hvor engelsk har vært arbeidsspråket. Dette stiller krav til nasjonenes evne til å stille med personell, team og grupper som er kompetente nok til å forstå, og gjøre seg forstått på dette arbeidsspråket. Flere artikler beskriver denne faktoren som betydelig i forhold til sanitetssamarbeidet, og effektiviteten på helsetjenestene som forventes. Det å forstå språket i kraft av å kunne lese doktriner, prosedyrer og retningslinjer har betydning for flernasjonalt samarbeid generelt (Bricknell & Hanhart, 2007, s. 19) I en artikkel av en medisinsk rådgiver i NATO-hovedkvarteret beskrives viktigheten av å snakke medisinkteknisk engelsk i forbindelse med flernasjonalt sanitetsbidrag. Dette har en betydning for både krisehåndtering og effektiviteten i det flernasjonale sanitetssamarbeidet (Cordell, 2012). Jeg ønsker å studere denne faktoren under militære rammer da jeg mener språk spiller inn på evnen til å samarbeide, og språkkunnskap har betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid i internasjonale operasjoner.

Til sist vil jeg studere hvordan *informasjonsdeling* mellom nasjoner synes å være en faktor som spiller inn på flernasjonalt sanitetssamarbeid. Dette gjelder de nasjonale valg og lover knyttet til deling av pasientopplysninger, men også informasjonsdeling knyttet til IT systemer

for deling av behandlingsprosedyrer og sanitetsinformasjon. Dette beskrives både i AJP4-10, NATO sin sanitetsdoktrine, men og i artikler skrevet etter internasjonale operasjoner (Bricknell, 2007, s. 47). Mangel på evne til å samarbeide innenfor denne faktoren synes å ha betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid, så jeg vil studere dette videre.

2.4 Analysemodell



Figuren viser rammegrunnlaget for hvordan jeg vil løse oppgaven min.

Jeg vil i de neste kapitlene belyse hvilke utfordringer som kom til syne gjennom det flernasjonale sanitetssamarbeidet i to internasjonale operasjoner, samt hvordan utfordringene ble løst i den enkelte case. Jeg vil avslutningsvis sammenligne de to casene, for å se om funnene viser fellestrekk og gir løsninger for hvordan få flernasjonalt samarbeid til å bli best mulig i internasjonale operasjoner. Jeg vil først studere NDH i operasjonen ISAF i Afghanistan, for deretter å studere NDH i operasjonen MINURCAT i Tsjad.

3 Casestudie - NDH i ISAF-operasjonen

Jeg vil i dette kapittelet studere hvilke utfordringer det var for flernasjonalt sanitetssamarbeid i en NATO-operasjon ved å analysere casen opp mot de foregående faktorene. Jeg vil videre se på hvordan utfordringene ble løst. Det synes som flere av utfordringene har vært utløst av mer enn en faktor. Jeg vil søke å belyse også dette. Jeg vil først innlede med å gi en beskrivelse av casen.

NATO overtok ansvaret for den FN-mandaterte ISAF-operasjonen i Afghanistan i august 2003. Norske styrker deltok med F-16 bidrag til den amerikansklede operasjonen Enduring Freedom og deltok med et vakt- og sikringskompani i den Multinasjonale brigaden som utgjorde bakkestyrken i hovedstaden Kabul fra starten av. Norge avvirket de norske styrkene i Kabul i løpet av januar 2006 og startet etablering av ny leir, og deployering av enheter til Mazhar e Sharif (MeS) nord i Afghanistan (Forsvarsdepartementet, 2006a). Dette var som del av ISAFs mandat med å utvide operasjonsområde i Afghanistan, hvor Tyskland fikk i oppdrag å etablere og lede en multinasjonal regional ledelse i Nord-Afghanistan med oppgave om å støtte den operative aktiviteten til ISAF i dette operasjonsområdet.

Gjennom 2005 ble det også startet planlegging for deployering av et Role 2-sykehus til ISAF og etablering i det tyske Regional Area- Co-ordinator, senere Regional Command North (RAC/RCN) sitt operasjonsområde. Hovedkvarteret som var tyskledet ble etablert som en *Forward Support Base (FSB)* og skulle støtte nasjonene som etablerte de operative enhetene *Provincial Reconstruction team (PRT)* i egne ansvarsområder i nordområdene. FSB RCN ble etablert i tilknytning til den afghanske flyplassen utenfor byen Mazhar e Sharif (MeS), som er den største byen i Nord-Afghanistan.

Avtalen med Tyskland gikk ut på at Norge skulle bidra med et norskledet Role 2-bidrag i 12 måneder, for å gi Tyskland handlefrihet og mulighet til å bygge opp og etablere et mer stasjonært Role 2 til 3 sykehus i den tyskledede FSB. Sykehuset ble planlagt til å skulle være ferdig etablert i mars 2007 (Skaarer Johansen, 20. mars 2013). Norge tilbød også å stille *Quick Reaction Force (QRF)*. Dette var en utrykningsstyrke for sjef RAC/RCN, som fikk base i MeS. Styrken hadde, som en hurtig innsatsstyrke, i oppdrag å kunne settes inn ved uroligheter i hele Nord-Afghanistan ved behov. Den talte omtrent 230 personer.

Utrykningsstyrken og det tyske bidraget på ca. 600 personer, i tillegg til den svenske PRTen som hadde ansvarsområde rundt MeS, utgjorde pasientgrunnlaget til sykehuset. Det var også etablert et Nasjonalt norsk ledelselement som i internasjonale operasjoner forvalter de nasjonale regler og forordninger som skal følges, når norske bidrag av en viss størrelse deltar i operasjoner i utlandet. Dette ledelselementet kalles NCC, og står for *National Contingent Command*. Denne enheten ble etablert i Camp Nidaros som var den norske leiren som ble etablert først fra februar 2006, og som etter hvert ble liggende midt i den tyske Camp Marmal.

Sykehuset besto av 37 nordmenn, hvorav ti kvinner (Bull-Hansen, 2008, s. 178) og var organisert med funksjonene i henhold til funksjonene som er etablert i Norwegian Deployable Hospital. Lederteamet besto av sjef, SMO og oversykepleier. Ansvar ble fordelt ved at sjef hadde den overordnede kommandoen, SMO var eldste norske kirurg og hadde det medisinske ansvaret for sykehuset, og oversykepleier med spesialsykepleierbakgrunn, ledet organiseringen og driften av sykehuset. Det tyske bidraget bestod av 22 personer, hvor det kirurgiske teamet besto av 6 personer. Kirurgen på det kirurgiske teamet var senior nasjonal offiser og ledet det tyske bidraget, samt det kirurgiske teamet. Bidraget besto i tillegg til det kirurgiske teamet av kapasiteter som tyskerne mente det var behov for å ha på plass i påvente av byggingen av et tysk sykehus. Herunder også sykepleiere og sanitetsassistenter som hadde ansvar for pleie avdelingen ved sykehuset.

Sverige stilte med en lege og besto til sammen av 7 personer. Nasjonen etablerte Role 1-legekontor inne i de norske fasilitetene. De fikk tilgang til norsk infrastruktur, og ble forsynt gjennom svenske og norske logistikk-løsninger. I tillegg til legekontor og primærhelsetjenester bidro de med 1 pansret ambulanse med ledelse, sykepleiere og sjåfør som var en del av evakueringsressursen i og rundt leiren i Mazhar e Sharif (Olsen, 21. februar 2013).

3.1 Politiske og organisatoriske rammer

Jeg vil studere hvorvidt NATO sine *krav til flernasjonalt sanitetssamarbeid* hadde betydning for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Videre om *juridiske avtaler*, herunder også *nasjonal helselovgivning*, hadde betydning for det sanitetssamarbeidet mellom Tyskland, Sverige og Norge. Deretter vil jeg se hvilken betydning *politiske og nasjonale agendaer* hadde for samarbeidet, for til slutt å ta for meg om *nasjonale ordninger og kultur* ga spesielle utfordringer i forbindelse med samarbeidet i NDH.

Jeg vil starte med å se på hvilken betydning NATO sitt krav til Role 2 hadde for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Tidligere redegjorde jeg for NATO sine krav knyttet til Role 2-system, hvor doktriner beskriver hvilke krav som stilles og hvilke funksjoner som må være til stede for å kunne ta dette ansvaret. Organisasjonsstrukturen for sykehuset var i større grad styrt av antall norske stillingshjemler, enn av antall stillinger for hvordan drifte sykehuset. Dette har normalt blitt løst i rene nasjonale bidrag ved at funksjoner ble løst ved fleksible løsninger i henhold til de NATO-krav som er etablert for Role 2-sykehus. Personell med spesialkompetanse og lang klinisk bakgrunn fylte flere funksjoner og bidro til fleksible løsninger. Oppgavene ble løst tross for få stillinger i forhold til ønsket behov. Mangel på fleksibilitet ble en utfordring i samarbeidet med tyskerne med bakgrunn i at de organiserte seg annerledes. Dette vil jeg komme nærmere tilbake til i forbindelse med faktoren kultur senere. NATO sitt krav til Role 2-system synes å være styrende for å oppnå best mulige helsetjenester, *Best Practice*, og syntes ikke å være noen utfordring for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Alle tre nasjonene som samarbeidet hadde velutviklet europeisk standard på sine helsetjenester (Bratlie-Jensen 19. februar 2013). Dette er en faktor som også vil bli omhandlet senere.

I forhold til *juridiske avtaler* hadde Sverige ansvaret for en av PRTene i RCN, som var lokalisert i MeS. Det var derfor naturlig at det ble inngått en avtale mellom Norge og Sverige i forhold til et sanitetssamarbeid, hvor svenske pasienter fra PRTen som var lokalisert i leiren Nothern Light utenfor MeS hadde nasjonal tilhørighet også på NDH i Camp Nidaros (Skaarer Johansen, 20. mars 2013). Denne avtalen synes å gi gode løsninger for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Det ble etablert en prosess knyttet til avtaler som skulle legge til rette for samarbeid mellom Tyskland, Sverige og Norge. Memorandum of Understanding (MOU) som var den overordnede avtalen som la til rette for å etablere en forståelse for ansvarsfordeling, prosedyrer og prinsipper, som er nødvendig for et samarbeid. MOUen skulle være i samsvar med nasjonal lovgivning og internasjonal lov og var en overordnet avtale mellom alle bidragene som Norge, Sverige og Tyskland stilte. Denne avtalen ble først underskrevet 16. mai 2006. Dette var 2 måneder etter at NDH og det norske bidraget skulle overta og være operative. NDH skulle være operativ 15. mars 2006. Dette ble utfordrende for det flernasjonale sanitetssamarbeidet i flere enkeltsaker, hvor tyskerne stilte krav til godkjente avtaler (Skaarer Johansen, 20. mars 2013).

Utfordringen var også at det i prosessen videre knyttet til utarbeidelse av TA ikke ble forankret og underskrevet noen avtale noe som skapte unødige diskusjoner mellom det tyske og norske sanitetsbidragene. Dokumentasjonen på detaljene som ble gjennomgått på møtet var utarbeidet i et referat mellom avdelingene og personellet som hadde deltatt på møtet i Tyskland. Referatet ble benyttet av NDH-ledelsen for å løse uoverensstemmelser.

Jeg vil videre se på faktoren nasjonal *helselovgivning*. Som nevnt i innledningen av denne casen var det norsk helselovgivning som lå til grunn for behandlingen på NDH. Tyskland er med sine ca. 82 millioner mennesker en stormakt i Europa og hadde i ISAF-organisasjonen store styrkebidrag i Afghanistan. I et sanitetsperspektiv har de en sanitetsorganisasjon i Tyskland som er større enn det norske forsvaret til sammen. Sanitetsorganisasjonen består av nesten 20 000 personell, hvor det er 5 militærpsykehus i Tyskland som har leger og spesialister ansatt til en hver tid. Disse sykehusene behandler også sivile pasienter (Sanitätsdienst der Bundeswehr, 2013). Den tyske sanitetsorganisasjonen er en egen forsvarsgren, og dette er sterkt forankret ved at sanitetsstyrkene i stor grad er organisert utenfor de operative og stridende styrkebidragene. Bakgrunnen for dette synes å ha forankring i den strenge helselovgivningen i landet. Dette ble utfordrende i enkelte sammenheng, hvor tyskerne hadde prosedyrer som nordmennene mente var lite løsningsorientert (Olsen, 21. februar 2013).

I henhold til NATO-krav og nasjonalt ansvar hadde både Tyskland og Sverige egen Role 1-legekontor. Avtalen var at det norske bidraget fasiliterte legekontorene, mot at norsk personell skulle støtte seg til de tilgjengelige legekontor. Norsk personell brukte det svenske legekontoret og ordningen fungerte meget tilfredsstillende (Olsen, 21. februar 2013). Tyskland har i henhold til sin helselovgivning en annen tilnærming til helse, miljø og sikkerhet (HMS) og krav på helsetjenester. Dette gjorde at det var et annet behandlingsregime enn det Norge og Sverige hadde. Det var større pågang på legetjenester hos den tyske legen av tyske soldater. De var også den største kontingenten, så det ble et egen tysk legekontor. Denne høyere arbeidsmedisinske tilnærmingen gjorde at det ble utfordrende for ledelsen av sykehuset da det ble stor tilstrømming av pasienter (Bratlie-Jensen, 19. februar 2013). Tyske standarder for helsetjenester er utvidet for tysk personell, enn hva norsk personell har tilgang til. Dette medførte at den tyske Role 1-tjenesten var utvidet for tysk personell med screening, røntgen, fysioterapi mm, som ikke er vanlig for norsk personell som er i internasjonale

operasjoner. Dette medførte spesial behandling av tysk personell og var utfordrende for oversykepleier å styre. Det ble oppfattet som nødvendig å styre. Dette skapte en del unødig aktivitet på sykehuset for tyske soldater. Det ble funnet løsninger og norsk helsepersonell ble kjent med den tyske modellen og tysk organisering og kultur (Bratlie-Jensen, 19.februar 2013).

I forhold til implementering av norsk helselovgivning og krav ble det i forlengelse av MOU-arbeidet startet utarbeidelse av en TA. Det ble arrangert møter mellom Forsvarets Sanitet som styrkeprodusent for hele NDH, og de andre nasjonene. TA-møtet ble arrangert i Potsdam i Tyskland. Her ble det gjennomgått en rekke scenarioer i forhold til hvilke forskjellige medisinske prinsipper som gjelder i den enkelte nasjon. Det ble på dette møte avklart at det var Norge som skulle være Lead Nation (LN) og ansvarlig for den medisinske behandlingen ved Role 2-sykehuset NDH. Både sjef for NDH og SMO deltok på dette møtet. Svenskene stilte ikke med noen representant, mens tyskerne stilte med sanitetsoffiserer og kompetent personell. Det viste seg at ingen av det tyske personellet som deltok på avklaringsmøtet mellom nasjonene, reiste ut med det tyske bidraget til Afghanistan. Sjefen for sykehuset opplevde møtet i Potsdam som meget verdifullt og nyttig. Han mente at å avklare de forskjellige medisinske reglene i den enkelte nasjon, ville gi gode løsninger for sanitetssamarbeidet (Olsen, 19. februar 2013).

Utfordringen knyttet til forståelse for den gjeldende helselovgivning var at personellet som deltok på møtet i Potsdam, ikke reiste ut sammen med sjef NDH og SMO. Dette skapte vanskeligheter i enkeltsituasjoner, hvor de tyske sanitetslederne som roterte hver 6. uke ikke var kjent med den norsk-tyske gjennomgangen av gjeldende helselovgivning og prinsippene etablert ved Role 2-sykehuset.

SMO opplevde at tyskerne var veldig styrt av egen helselovgivning selv om han hadde det overordnede ansvaret for sanitetstjenesten ved sykehuset. Dette medførte at sjef NDH og SMO i flere sammenhenger måtte ha egne møter med de tyske lederne under den internasjonale operasjonen, for avtalen om norsk ledelse og norske prinsipper var ikke godt nok forankret. Juridiske avtaler og norsk helselovgivning synes ikke å være noen utfordring i sanitetssamarbeidet med Sverige. Det svenske bidraget fulgte de avtalene og de

retningslinjene som ble gitt og dette ga gode løsninger for flernasjonalt samarbeid. De utfordringene som ble synliggjort var mellom Norge og Tyskland.

Jeg vil videre se på hvilken betydning *politiske og nasjonale agendaer* hadde for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Fra norsk side ble det gjennomført en dreining av militære aktiviteter som F-16 bidrag og infanteristyrke i Kabul til et hoved-bidrag konsentrert i Nord-Afghanistan. Det ble fra februar et fokus mot en PRT i Meymaneh og en utrykningsstyrke i MeS. Dette syntes å være en grunn til å forsterke helsetjenestene i nord, og dette ble bekreftet etter et angrep mot den norske PRTen i februar 2006.

Det norske sykehusbidraget fikk i oppdrag å ta seg av hovedfunksjonene på sykehuset, mens tyskerne skulle stille et kirurgisk team og spesialfunksjoner og områder som de så nødvendigheten av, ved at Tyskland selv skulle etablerere et sykehus i MeS. Etter norsk oppfatning var samarbeidet med Tyskland i 2003 godt. Et nytt samarbeid med et tysk bidrag som komplettering av det norske sykehussystemets behov, ville være tilfredsstillende for norske interesser og ville kunne gi gode løsninger for uttrekning av NDH etter ett år, ved at Tyskland allerede var etablert i operasjonen. Det tyske bidraget hadde nasjonale begrensninger (caveats) knyttet til bevegelse utenfor Camp Marmal og flyvning i mørket med evakueringshelikoptrene sine. Dette hadde betydning, men er ikke vurdert da det ikke ble opplevd som vanskelig i det flernasjonale sanitetssamarbeidet på NDH. Videre synes det ikke som det var noen utfordring knyttet til politisk agenda, for Norge valgte og etablere et sanitetssamarbeid med nasjoner som også hadde interesser i det geografiske området. Det kunne synes som om Tyskland hadde politisk og nasjonal agenda i og med at de visste at de skulle overta etter ett år, og derfor sendte spesialister og utstyr som ikke alltid var avtalt med sjefen for NDH, eller Norge. Dette resulterte i praktiske utfordringer, som å få plass til ekstra containere, og tilgang på nok strøm. Sjef NDH ønsket å løse utfordringene, og dette lyktes de med (Olsen, 19. februar 2013). Dette vil også bli behandlet senere under faktoren kultur.

Jeg vil videre studere hvorvidt *nasjonale ordninger og kultur*, blant annet rotasjonsordninger og kultur i utvidet forstand hadde betydning for utfordringer i det flernasjonale sanitetssamarbeidet for NDH, og hvordan utfordringene ble løst. Jeg har tidligere redegjort for at NATO stiller krav gjennom doktrinen AJP 01, at nasjoner forplikter å søke å forstå andre nasjoners holdninger og kultur.

Rotasjonsordningen for tysk personell var annerledes en for de andre i kontingenten. Det tyske sanitetsbidraget hadde betydelig kortere rotasjoner enn hoveddelen av det norske og svenske bidraget. Denne ordningen synes å ha hatt betydning og ga visse utfordringer for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Normaldisponeringen for NDH var på 6 måneder, men Norge hadde også kirurger og anestesileger på kortere rotasjoner hvor de fleste hadde kontrakter på 3 måneder. Tyskerne hadde 6-ukers rotasjoner og dette sørget for et stort gjennomtrekk av personell, noe som gjorde at utfordringene som dukket opp, av denne grunn ble løst fortløpende.

Et annet forhold var at det tyske personellet i stor grad kom fra et tysk militærpsykehus, og flere hadde liten forståelse for at Norge med sin sanitetsorganisasjon skulle være LN. Det tyske gradssystemet var høyere enn det norske, hvor den tyske kirurgen hadde oberst grad mens den norske SMO med det medisinske ansvaret var oberstløytnant. Oberstløytnant er graden under oberst. En høy respekt til militær autoritet, samt en forventning om at tyske ordninger, kultur og tyske krav skulle etterkommes, var vanskelig. Dette medførte utfordringer for ledelsen og SMO på sykehuset, spesielt i forhold til rotasjonsordningen, hvor nye tyske spesialister etablerte egne rutiner. Dette ble en kontinuerlig utfordring for den norske ledelsen på NDH. Det ble allikevel løst ved at problematiske enkeltpersonell ble byttet ut jevnlig (Bratlie-Jensen, 19. februar 2013).

Det tyske systemet for sanitetsorganisasjonen, hvor tyske sanitetsbidrag ble etablert utenfor den operative og stridende organisasjonen, skapte utfordring for sjef NDH. I forbindelse med at det skulle bygges opp et Role 3-sykehus i Camp Marmal, ble det etablert en tysk sanitetsavdeling, Joint Medical Task Force. Denne avdelingen utgjorde den nasjonale støttefunksjonen som skulle bidra til at Role 3 sykehuset kunne erstatte og overta etter NDH, som var et 12 måneders bidrag. Denne avdelingen ble ledet av en tysk lege med oberst grad. Han hadde flere funksjoner. I tillegg til å være sjef for avdelingen, var han det tyske bidragets SMO og sjef for RCN sin sanitetsrådgiver. Den tyske holdningen var derfor at det norske sykehuset naturlig skulle underlegges denne tyske avdelingen, hvor sykehuset kommandomessig ikke lenger skulle være en del av RCN, men være en støtte til sjef RCN og underlagt den tyske Joint Medical Task Force. Denne holdningen ble en organisatorisk utfordring for sjef NDH, for dette var ikke en del av det norske mandatet og det norske

oppdraget. Det ble ikke brukt ressurser fra NCC sin side. Oppdraget til NDH var klart, og skulle være en del av RAC/RCN. Dette er heller ingen ordning som etableres i NATO-operasjoner, og var ikke noe NCC brukte ressurser på (Skaarer Johansen, 20. mars 2013). I tillegg sørget et utbrudd av en Shigella bakterie-epidemi i starten av kontingenten, for at sjef RCN forsto viktigheten av å ha sjefen for sykehuset i sin ledergruppe (Olsen, 21. februar 2013).

Den samme holdningen til autoritet og forventning knyttet til hvem som hadde ansvaret i Camp Marmal ble utfordrende for sanitetssamarbeidet da sjefen for NDH ikke alltid fikk informasjon om hva som kom av sanitetsbidrag, og hva som var hensikten med de ressursene som ble sendt fra Tyskland. Tyske funksjoner som kom mer eller mindre uanmeldt måtte i flere sammenheng fasiliteres ved, og forvaltes av det norske sykehuset, som en selvfølge. Dette var det flere eksempel på. Sjef NDH ble orientert om at det ville komme en psykiater medbringende en egen kontainer. Videre ble det sendt fra Tyskland en øre-, nese-, hals lege som trengte plass på sykehuset. Dette er spesialister som innehar en funksjon som det ikke er krav om i et Role 2-sykehus. Utfordringen var å tilpasse nye bidrag som ikke var planlagt i et område som var begrenset av et tilmålt areal til sykehuset. Dette ble en utfordring for sanitetssamarbeidet. Det ble løst ved praktisk tilrettelegging og norsk fleksibilitet (Olsen, 21. februar 2013).

Oversykepleier ved NDH var som tidligere nevnt en del av sykehusets ledergruppe. Funksjonen ledet og administrerte driften av sykehuset. Det at hun ikke var lege, men spesialsykepleier og hadde erfaring som avdelingssykepleier, var utfordrende i begynnelsen av kontingenten. Det var en holdning hos flere av de tyske legene om at dette ikke var i henhold til egne tyske lover og standarder. Dette ble en praktisk utfordring for oversykepleieren, samt en organisatorisk utfordring for SMO og sjef NDH i deres møter med det tyske bidraget. (Gulliksen, 7. mars 2013). Det kan synes som den tyske organisasjonskulturen knyttet til legens ansvar og rolle ble problematisk i forhold til norsk organisasjonskultur. Dette stemmer overens med Hofstede sin studie av maskuline og feminine kulturer, hvor tysk kultur i større grad en norsk legger stor vekt på lederen, her kirurgen, eller legen og hans ansvar om å bestemme. Norsk kultur bygger mer på en feminin kultur, hvor et tverrfaglig samarbeid på tvers av fagkategorier legges vekt på i beslutninger, noe som gjorde at flernasjonalt sanitetssamarbeid ble utfordrende knyttet til hvordan de

forskjellige kulturene kom til anvendelse. Videre var organisasjonskulturen og bestemmelsene for tysk helsepersonell slik at de tyske legene bestemte hvilke oppgaver sykepleiere og medisinske assistenter skulle utføre. Dette var kjent for NDH sin ledergruppe, og gjennomgått og i samsvar med møtevirksomheten som ble gjennomført i forkant av utreisen. Det kan synes som om de tyske legene følte en utrygghet til den norske modellen, hvor norske sykepleiere hadde en mer utvidet funksjon og rolle. Det norske systemet hvor sykepleiere i større grad fikk delegert medisinske oppgaver fra de norske legene ble utfordrende for tyske leger. Det tyske systemet bygget på at legen som hadde ansvaret i større grad gjennomførte de medisinske oppgavene selv, som normalt norske sykepleiere gjorde (Gulliksen, 7. mars 2013). Dette løste seg over en tid ved at personellet som jobbet sammen ble kjent med hverandres organiseringskultur. Det var allikevel utfordrende med bakgrunn i rotasjonsordningen til det tyske personellet.

Hyppe rotasjoner for det tyske personellet medførte at det til en hver tid var nytt personell som måtte ha innføring i NDH sine prinsipper og rutiner. Dette skapte vanskeligheter, som eksempel fra begynnelsen av NDH sin kontingent. Leiren, Camp Marmal var under etablering, og tyskerne hadde ansvar for alt av felles funksjoner som blant annet bespisning og vaskeri (Bratlie-Jensen, 19. februar 2013). Spisesalen skulle åpnes for alt personell i campen i slutten av mars og under den første lunsjen ble personell smittet av en meget smittsom Shigellabakterie. 1 april fikk dermed det norske sykehuset inn 20-30 pasienter med diare og oppkast. Norsk sykehus personell, SMO og legen hos Nasjonal Contingent Command (NCC) skjønte fort at dette kunne være starten på en meget omfattende og alvorlig epidemi. Det ble konstatert Shigellabakterie, som gir en meget smittsom mage- og tarminfeksjon (Veterinærinstituttet, 2011). Nordmennene orienterte om smittefaren og iverksatte raskt tiltak for å isolere smitten. Dette omfattet blant annet at norsk personell bare kunne spise tørrmat i spisesalen, bare bruke engangsbestikk og at pålegg måtte være fra forseglede forpakninger. Dette var en ordning og rutine som raskt ble etablert i den norske leiren og ble iverksatt for alt sykehuspersonell. Dette gjorde at smitten forholdsvis raskt kom under kontroll i den norske kontingenten.

De tyske bidragene fikk også informasjon og ble anbefalt å gjøre det samme, men det tok fortsatt flere dager før de tyske styrkene besluttet å stanse normal bespisning i spisesalen og på kjøkkenet. I tillegg tok det også flere dager før de fikk iverksatt tiltak for å få kontroll på

smittekilden, som viste seg å jobbe i oppvasken. Det ble gitt informasjon til hele leiren om at ved mistanke om smitte, så var det viktig å la seg innlegge på sykehuset. De første dagene var det mange flere nordmenn enn tyskere innlagt. Det viste seg at flere tyskere var syke på egen kontainer og brukte samme toalett som friske. Dette medførte at sykdommen vanskeligere lot seg isolere i den tyske leiren. Ledelsen ved sykehuset og NCC opplevde at dette var akseptert av tysk ledelse. Det var først da en tysk general ble innlagt med symptomer og sykdommen at flere tyskere lot seg legge inn. Det kunne synes som sykdommen måtte leder-forankres (Gulliksen, 6. mars 2013).

Et annet eksempel knyttet til den tyske kulturen som skapte utfordringer i det flernasjonale sanitetssamarbeidet var viktigheten knyttet til det å vise respekt og formelt hilse på hverandre hver morgen. Det ble i forbindelse med den tidligere omtalte Shigella-epidemien iverksatt forbud mot å hilse på hverandre. Det gjaldt spesielt personellet på NDH. Det tyske personellet ble i større grad fornærmet og hadde store utfordringer med å gjennomføre dette forbudet tross smittefaren. Det kan synes som om denne tyske rangordningen og forskjellen fra det norske mer tverrfaglige fleksible og løsningsorienterte kulturen skapte utfordringer for sanitetssamarbeidet. De tyske sykepleierne og sanitetsassistentene antydte at de kunne bli sendt hjem hvis de ikke gjorde som legene bestemte og viste mer respekt for personens stilling og grad, selv på bekostning av utøvelsen av sin medisinske profesjon (Gjefsen, 4. mars 2013).

Studerer man Hofstede og Hofstede sin oversikt over hva som kjennetegner enkelte nasjoners kulturer vil man se at tysk og norsk kultur er forskjellig knyttet opp mot maktavstand og maskulin versus feminin kultur. Norge og Sverige har mye av den samme feminine kulturen, hvor alle personer uavhengig av oppgave og funksjon kan bidra i prosesser. På sykehuset kom dette til syne i måten det ble lagt opp til en tverrfaglig samhandling mellom fagkategoriene på sykehusets personell. De norske legene var interessert til å høre hva sykepleierne hadde vurdert gjennom de siste timene på vakt. De hadde vært i kontakt med pasienten de siste 8 til 24 timene, og kunne med sin bakgrunn gi viktige opplysninger og råd. Det kunne være denne faktoren som spilte inn i forbindelse med den tyske kulturen, hvor det var en helt annen hierarkisk måte å drive helsetjeneste på. Sykepleierne og sanitetsassistentene fikk i mindre, eller liten grad lov til å ta egne beslutninger i forhold til behandling av en pasient. De skulle utføre oppgaven de ble satt til, ofte nøye overvåket av en lege. Dette var uavhengig av hvor

erfarne sykepleierne og sanitetsassistentene var. Legene anerkjente i mindre grad kompetanse og erfaring. Dette ble en utfordring i samarbeid med norske sykepleiere, hvor den norske kulturen stiller krav til at faglig kompetanse og at erfaring anerkjennes i arbeidsmiljøet. Kulturforskjellene ble løst med at personellet ble kjent med hverandre og fikk jobbet sammen, øvd sammen, og hvor de tyske legene fikk tillit til det norske systemet. De tyske sykepleierne fikk også muligheten til å gjøre medisinske prosedyrer som er vanlig for sykepleiere i det norske systemet (Gjefsen, 4. mars 2013).

Det tyske kirurgiske teamet og det tyske bidraget ble integrert i NDH sitt vaktssystem, hvor de kirurgiske teamene delte på å ha beredskap i forhold til mulige innkomne pasienter og mottak av kritisk skadde personer. Prosedyrer om å kunne være tilstede innen 10 til 15 minutter ble innøvd. Det var som tidligere nevnt utfordrende for sanitetssamarbeidet at SMO måtte kreve at den tyske kirurgen tok hensyn til prosedyrene for sykehuset. Den tyske sanitetsavdelingen etablerte bo fasiliteter og møtekontainere for tysk personell, slik at det tyske sykehuspersonellet ble ikke administrativt bosatt sammen med det norske personellet. Dette skapte organisatoriske utfordringer for sanitetssamarbeidet ved at den tyske lederen for det kirurgiske teamet gikk ut over den formelle avtalen om tilstedeværelse som SMO stilte krav om (Bratlie-Jensen, 19. februar 2013). Den tyske kirurgen var i tillegg til kirurg i det kirurgiske teamet, sjef for det tyske bidraget på sykehuset og hadde i kraft av denne funksjonen eget kontor og kontainer i den tyske leiren. Den tyske holdningen, og kulturen til enkelte tyske leger var at de selv kunne bestemme og hadde høyere rang, enn selv SMO, som var medisinsk ansvarlig. Dette var i stor grad personavhengig og forandret seg hver 6 uke, men kunne være utfordrende (Bratlie-Jensen, 19. februar 2013). Det kunne tyde på at leger som hadde lite erfaring og var usikre på egen kompetanse var mindre villig til å være fleksible til skrevne og innlærte prosedyrer.

Som tidligere introdusert i denne oppgaven etablerte Sverige en Role 1 integrert i sykehuset. Det svenske bidraget på 7 personer fikk tildelt norsk infrastruktur. De fikk også et sted, hvor den svenske senioren kunne orientere sine medarbeidere om nasjonale saker. Mange svensker arbeider på norske sykehus, og er både språklig og kulturelt like sine norske kollegaer. De nordiske land som er småstater med feminin kulturtilnærming forstår den norske kulturen og lede på. Det ble i mange sammenhenger kommentert at det svenske bidraget var fullstendig integrert og ga gode løsninger for sanitetssamarbeid.

Kultur synes å ha vært en faktor som ga betydelige utfordringer i det flernasjonale samarbeidet. Det at det tyske bidraget besto av 22 personer og ble et betydelig bidrag til sykehuset kan være medvirkende til at den tyske kulturen ble en utfordrende faktor. Den svenske kulturen synes ikke å ha gitt noen nevneverdig utfordring for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Jeg vil videre studere hvilken betydning militære rammer hadde for flernasjonale sanitetssamarbeid.

3.2 Militære rammer

Som tidligere redegjort for vil jeg med militær ramme studere flere faktorer som har betydning for evnen til å samarbeide, *interoperabilitet*, og hvilke utfordringer som hadde betydning for NDH i ISAF i det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Jeg vil se på evnen til å samarbeide i forbindelse med å studere medisinsk kompetanse, deretter trening og øving, materiell, språk, samt informasjonsdeling. I henhold til MOU, datert 19. mai 2006, skulle Tyskland støtte NDH med et kirurgisk team og røntgenkapasitet. Det ble gjennom møtevirkosomhet som tidligere nevnt gått igjennom hvilke funksjoner og systemer som Tyskland og Sverige måtte bidra med. Det ble lagt til grunn at det var muligheter for interoperable løsninger.

I forhold til *medisinsk kompetanse* og prosedyrer var den faglige standarden på helsetjenesten til de tyske legene på tilsvarende nivå som den norske. Det tyske bidraget hadde også meget god legedekning, slik at faglig ga dette gode løsninger for flernasjonalt sanitetssamarbeid. De opplevdes som meget dyktige, hvor en lege hadde og tok det fagmessige ansvaret for sine pasienter og holdt et høyt internasjonalt nivå (Bratlie-Jensen, 19.februar 2013).

Tyske, svenske og norske sanitetsavdelinger har en medisinsk utdanning som er kvalitativ lik i forhold til europeisk standard og krav til *Best Practice* gjennom å gi pasienten like gode helsetjenester i internasjonale operasjoner som i hjemlandet har stor betydning i nasjonene. Svenske og norske leger har godkjent lisens i Norden (Gulliksen, 7.mars 2013). Kompetanse var derfor ingen utfordring i sanitetssamarbeidet mellom Sverige og Norge. Den faglige standarden ga gode løsninger for flernasjonal standard i tråd med generell *Best Practice*.

I Norge er sykepleierutdannelsen på tre år. Etter dette må de ha klinisk praksis som sykepleier før de kan ta videreutdanning som spesialsykepleier. Det norske sykepleierbidraget på sykehuset besto i høy grad av spesialsykepleiere. Holdningen i forbindelse med rekruttering var å få til en fleksibilitet ved sykehuset ved at spesialsykepleierne med deres allsidige og gode erfaring kunne fylle flere funksjoner, da sykehuset ble styrt av 37 norske stillinger (Olsen, 21. februar 2013). Det tyske bidraget besto også av sykepleiere, og av soldater som var utdannet som sanitetsassistenter, hvor de hadde fått en grunnleggende sanitetsutdanning for å kunne pleie å legge til rette for behandling av sykehusets pasienter. Deres faglige kompetanse ble brukt på en annen måte, enn de norske og svenske sykepleierne. Den faglige kompetansen til det tyske personellet syntes ikke å gi utfordringer knyttet til krav til helsetjenesten, ei heller til sanitetssamarbeidet. De norske legene som hadde studert i Tyskland var kjent med det tyske systemet som i mye større grad bygger på prosedyrer, hvor legen står personlig ansvarlig for sin behandling av pasienten. Som tidligere nevnt under faktoren kultur bygger de norske helsetjenester på et mer fleksibelt funksjonssystem. Det er likhetstrekk mellom hva slags organisasjonskultur en nasjon har og hvordan kompetansen er bygget opp. Jeg ønsker allikevel å nevne det her, for jeg mener det har en betydning.

Det norske utdannings og kompetansesystem gir norske leger en større mulighet til å la sykepleiere utføre medisinske prosedyrer og behandling. Sykepleierne kan med sin kompetanse frigjøre et handlingsrom for den norske legen til å ha oversikt over den medisinske situasjonen. Dette er en del av den norske helsekompetansen, som bygger på en behandling som skal bidra til det beste for pasienten. Sykepleiere passer på og er sammen med pasienten 8 til 12 timer i døgnet og har i større grad enn legene muligheten til å være oppmerksom på den enkelte pasient sin behandlingssituasjon og tilstand. Deres fagkompetanse og erfaring gir føring for hva de kan gjøre som beste behandling i lojalitet til legen og best mulig helsetjeneste og beste praksis (Gjefsen, 4.mars 2013). Den forskjellige måten å utøve faglige kompetanse synes å ha skapt utfordringer for tyske leger, for de var ikke vant til at sykepleiere hadde så mye myndighet, og ble utfordrende i situasjoner. Den tyske standarden og prosedyren for behandling opplevdes også i episoder som utfordrende, hvor blant annet tyske leger tok ut kanyler hos pasienter, slik at de selv kunne sette inn nye kanyler, da det var de som hadde ansvaret for medisineringen. Andre prinsipper og prosedyrer ble også oppfattet som utfordrende for sanitetssamarbeidet, hvor transport av pasienter skulle gjøres på tysk måte og i mindre grad fleksibelt. Det kunne oppleves som om de ikke kunne ta

egne avgjørelser, men måtte ha ordre fra overordnede (Bull-Hansen, 2008, s. 178). Det kan synes som om det var en sammenheng mellom egen kompetanse og nasjonens organisasjonskultur. Det var utfordrende for det flernasjonale sanitetssamarbeidet, men ble løst ved hyppige møter og samtaler (Olsen, 21. februar 2013)

Mens norske leger delegerte medisinske oppgaver til sykepleiere som hadde kunnskap og erfaring om oppgaven, var det tyske leger som gjennomførte nesten alle medisinske oppgaver. Et eksempel var klargjøring for å sette intravenøs veske-behandling ved å sette kanyler på pasienten. Dette gjorde norske og svenske spesialsykepleiere, og de kunne også sette medisiner på delegering av lege. De tyske legene ville gjøre dette selv. De tyske sykepleiere utførte kun oppgaver de ble bedt om å gjøre. Dette ble en utfordring og kunne også by på misforståelser ved at norske sykepleiere utførte prosedyrer som tyske leger ikke ønsket. Det ble stilt spørsmål om den beste behandlingen til pasienten i og med at sykepleierne var sammen med pasientene mest. Dette var utfordrende til personellet ble bedre kjent, og til de tyske legene ble klar over kompetansen til de norske og svenske sykepleierne (Gjefsen, 4. mars 2013). Problemer knyttet til disse utfordringene ble i stor grad løst ved at tyske og norske team jobbet separat og parallelt, hvor medisinsk tekniske nasjonale prosedyrer ble utført på en best mulig måte.

Jeg vil videre studere hvilke utfordringer som hadde betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid innen faktoren *trening og øving*. Trening og øving gjennomføres før og under en internasjonal operasjon. Det ble i liten grad prioritert og gitt mulighet til flernasjonal trening og øving før utreise. Dette synes å være bygget på den hyppige rotasjonen til det tyske personellet. Det ble i forbindelse med møtevirksomheten knyttet til utarbeidelsen av TA oppfordret til samtrening før utreise. Derfor ble det gjennomført et krigskirurgiskurs i Norge for det norske og tyske kirurgiske teamet før utreise. Det ble imidlertid ikke gjennomført av alle, grunnet rotasjon.

SMO ønsket å legge til rette for en enhetlig prosedyre for mottak av kritisk skadde pasienter. ATLS ble innført for å få muligheten til en trent flernasjonal prosedyre for NDH. ATLS er et medisinsk system over prinsipper som brukes i forbindelse med mottak av pasienter på sykehuset. Dette er et amerikansk system som er innført på norske sivile sykehus, samt også implementert i det militære sykehussystemet. Forkortelsen står for Advanced Trauma Life

Support og er prinsipper som fordeler oppgavene mellom personellet som tar i mot en hardt skadet person. Dette var prinsipper som SMO gjennom norske ambisjoner for å løse oppdrag, satte som krav, spesielt i forbindelse med mottak av pasienter. Dette var en prosedyre for mottak av kritisk skadet pasient som ikke var innøvet og kjent i det tyske sanitetssystemet.

Trening i Afghanistan ga en løsning for å få en enhetlig trening og standard som var i henhold til SMO sitt krav til mottak av kritiske skadde pasienter. Hyppige rotasjoner, dårlige overlappinger mellom leger og personells vilje til å være lojal mot tyske prosedyrer, ble utfordrende for å kunne gi best mulig behandling i kritiske situasjoner. Flere av de unge tyske anestesilegene som kom ned var kjent med ATLS-prosedyren, og dette ga løsninger for å følge opp de enkelte prinsippene som ble krevd. Bruk av ATLS prinsippene og mottak av kritisk skadde pasienter ble det øvd mye på, men det skjedde først etter at NDH var etablert (Bratlie-Jensen, 19. februar 2013). Behov for felles trening og øving synes å være en faktor som kan løse utfordringer og bidra til et bedre og mer effektivt flernasjonalt sanitetssamarbeid i henhold til kravene som stilles.

Jeg vil videre se på hvorvidt faktoren *materiell* har betydning for evnen til flernasjonalt sanitets samarbeid. I forbindelse med interoperabilitet er den en sentral faktor som spiller inn i forbindelse med samarbeid generelt (Aabakken, 2002). I forbindelse med sanitetssamarbeid kan det være en utfordring spesielt når det gjelder elektromedisinsk utstyr og bruken av disse. Det tyske kirurgiske teamet hadde egen kirurgisk kontainer og eget materiell og utstyr som de fikk koblet til det norske kontainerutstyret. Bidraget var i stor grad kompatibelt med det norske systemet. Det var utfordringer knyttet til tekniske løsninger for å få dette til i begynnelsen, men det tekniske og administrative personellet knyttet til sykehuset sørget for at dette gikk i orden og løste seg. Det at det tyske bidraget stilte med eget materiell og system, gjorde at de norske og tyske kirurgiske teamene jobbet hver for seg i sine system (Olsen, 21. februar 2013). Dette skapte få materielle utfordringer for sanitetssamarbeidet.

I starten av driften til NDH hadde sykehuset et norsk røntgenapparat som ble driftet av norske sykepleiere. Denne kapasiteten ble erstattet og forsterket ved at tyskerne bidro med en egen CT-skanner. Dette er et avansert diagnoseverktøy, som det norske forsvaret ikke har tilgang til i internasjonale operasjoner. Dette ga NDH en medisinsk faglig fordel, hvor behandlingen ble forbedret og kvalitetssikret (Gjefsen, 4. mars 2013). Dette gjaldt også annet type

sanitetsmateriell som ikke kunne skaffes gjennom det norske systemet. Det tyske bidraget hadde en luftbro til Europa, som ga både løsninger for pasienttransport og logistisk etterforsyning. Dette ga gode helsemessige løsninger, men ble også vanskelig pga lagringsmuligheter og de innarbeidede norske prinsippene som skulle følges. Det ble etablert norsk og tysk system for medikamenter og spesielle løsninger som den enkelte nasjon hadde for sin behandling. I tråd med SMO sin beslutning og best mulig behandling benyttet de norske og tyske kirurgiske teamene i stor grad seg av egen nasjons utstyr i forbindelse med operasjonsprosedyrer. Teamene tok ansvar for sin pasient. Dette skapte utfordringer på intensiv og pleieavdelingen som skulle ta i mot den opererte pasienten. Avdelingen ble ledet av en norsk spesialsykepleier, og måtte forholde seg til tyske medikamenter og behandlingsprosedyrer på de tyske pasientene og norsk system på de andre pasientene. Standarden var i henhold til SMO sine krav. Dette skapte utfordring i forhold til ukjente prosedyrer som måtte innlæres, men ble løst ved imøtekommenhet og fleksibel holdning (Gjefsen, 4. mars 2013).

Den neste faktoren som synes å ha betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid og interoperabilitet er *språk*, og evnen til å kommunisere medisinskfaglig. Behandling av kritisk skadde pasienter har behov for en korrekt og nøyaktig kommunikasjon.

I henhold til MOU og kravet til ISAF som NATO operasjon var det bestemt at arbeidsspråket skulle være engelsk. Engelsk ble benyttet i forbindelse med felles orienteringer, eller i forbindelse med avlevering av pasienter fra en avdeling til en annen. De tyske og norske kirurgiske teamene arbeidet mye hver for seg, slik at arbeidsspråket i forbindelse med den kirurgiske behandlingen var tysk og norsk. Språk ble i denne sammenhengen ingen stor utfordring.

Hver morgen ble det avholdt en morgenorientering for alt personell, for å holde personellet orientert om situasjonen i operasjonsområdet, samt redegjøre for siste døgn status og å legge grunnlag for mulig planlagt aktivitet. Denne briefen ble avholdt på arbeidsspråket som var engelsk. Orienteringene ga mulighet for språklig trening for personellet, og var ingen stor utfordring, hvis det var personell som ikke forsto hva som ble sagt. Sjefen for det tyske bidraget hadde egne møter sammen med sitt personell, hvor de kommuniserte på tysk. Flere nordmenn hadde også lært tysk på skolen og språk ble ikke oppfattet som en utfordring av sjef

NDH (Olsen, 21. februar 2013). Språklig var de tyske legene ganske gode til å snakke engelsk, men sanitetsassistentene og sykepleierne behersket engelsk til dels dårlig, blant annet fordi flere av dem kom fra tidligere Øst Tyskland. Dette førte til utfordringer i forbindelse øvelse på kriser og mottak av mange pasienter, hvor sykehuset måtte omorganisere og personellet måtte samarbeide om traumebehandling under tidspress (Bratlie-Jensen, 19. februar 2013). Språk ga allikevel også utfordringer i samarbeidet mellom tyske og norske leger og sykepleiere i enkelt situasjoner med både behandling av pasienter og etablering av medikamentregime, samt at det var utfordrende i forbindelse med overføring av beskjeder og overtagelse ved vaktbytte (Gjefsen, 4. mars 2013). Språk og kommunikasjon syntes også å være en faktor som skapte utfordringer når personell ble satt under press, og når nye og annerledes prosedyrer skulle gjennomføres. Med bakgrunn i at det tyske kirurgiske teamet hadde sitt eget materiell og arbeidet som selvstendig team, ble de språklige utfordrende løsbare. Kommunikasjon ga få utfordringer knyttet til det svenske bidraget, fordi primærspråket ble brukt hvis det var utfordringer i forbindelse med bruk av arbeidsspråket.

Jeg vil til slutt studere om faktoren *informasjonsdeling*, slik det pekes på i litteraturen, synes å ha betydning for flernasjonalt sanitetssamarbeid i dette tilfellet. Ledergruppen på sykehuset gjennomførte, som tidligere nevnt hver morgen en morgenorientering, brief for å holde alt personell oppdatert på situasjonen i operasjonsområdet, samt en status og oppdatering om det siste døgnet aktivitet og planen for det neste døgnet. Denne orienteringen løste utfordringer knyttet til forskjellige informasjonssystemer og ga god informasjonsdeling (Olsen, 21. februar 2013).

Pasientjournaler og felles system for deling av pasientinformasjon ble derimot en utfordring. Det ble etablert nasjonale informasjons- og kommunikasjonssystemer. Disse systemene var graderte og hadde egne systemer for pasientjournaler. Systemene var ikke kompatible og kunne ikke dele informasjon. Dette ble løst ved at pasienter ble tilknyttet et system avhengig av hvilken nasjon som fikk ansvaret for behandlingen. Videre ble utfordringen løst ved at pasientene fikk en papirjournal som fulgte dem. Dette var tungvint og tidkrevende, men løsbart og skapte ingen store utfordringer for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Denne delingen av pasientjournalssystem synes også å være en utfordring for SMO, og hans rapporteringsansvar og muligheten til å ha en helhetsoversikt. Denne utfordringen er også

beskrevet i artikler knyttet til flernasjonalt sanitetssamarbeid, men synes ikke å ha hatt stor betydning for sanitetssamarbeidet i NDH.

3.3 Funn

Jeg har i denne beskrivelsen av casen NDH ISAF studert hvilke utfordringer Norge møtte i flernasjonalt sanitetssamarbeid med Tyskland og Sverige i en NATO-operasjon. Ved å studere casen i forhold til en liste med faktorer ønsker jeg å oppsummere funnene.

NATO sine krav som lå til grunn for NDH og Role 2-konseptet synes ikke å ha vært noen utfordring for det flernasjonale sanitetssamarbeidet hverken i forhold til Tyskland, eller Sverige. Det at NDH var i henhold til NATO sine forventninger, ga gode løsninger for flernasjonalt samarbeid med både Sverige og Tyskland.

MOU ble underskrevet 2 måneder etter at sykehuset var operativt og TA ble aldri ferdigstilt mellom nasjonene. Dette synes å ha vært uproblematisk mellom Sverige og Norge, men ga store utfordringer mellom den norske sykehusledelsen og det tyske bidraget ved at sistnevnte stilte krav til underskrevne avtaler, for å ha en sikkerhet knyttet til hva de kunne gjøre og ikke gjøre. Dette medførte at enkelte oppgaver ikke ble løst, fordi det ikke sto i en avtale.

Tyskerne har en stor og godt etablert sanitetsorganisasjon med en helselovgivning som er strengere enn den norske. Dette ga ingen store utfordringer for det flernasjonale sanitetssamarbeidet, til tross for at det var norsk helselovgivning som skulle følges.

Den hyppige rotasjonsordningen til det tyske bidraget ga betydelige utfordringer for det flernasjonale samarbeidet. Denne ordningen medførte dårlig overlapping mellom tysk personell og et behov for kontinuerlig oppdatering og trening. Rotasjonene ga utfordringer også knyttet til kjennskap til medisinske prosedyrer og evnen til å være samtrent. Ordningen skapte også utfordringer for sykehusets ledelse på grunn av mangel på kontinuitet.

Tyskland synes å ha en mer hierarkisk og maskulin kultur som stiller store krav til internkontroll og skaper store forskjeller mellom hvem som har ansvar og løser oppgaver i sine kirurgiske team og øvrige sanitetsbidrag. Videre besto det tyske bidraget av i alt 22 personer og var godt representert i sykehuset. Deres holdninger og organisasjonskultur var

synlig og betydelig i NDH sin organisasjon. Denne maskuline kulturen skapte ledelsesutfordringer og hadde betydning for det flernasjonale samarbeidet.

Tysk, svensk og norsk medisinsk kompetanse ligger på et godt europeisk nivå. Personellet var derimot utdannet til å utføre de medisinske prosedyrene på forskjellige måter. Dette skapte allikevel ikke store utfordringer i det flernasjonale sanitetssamarbeidet.

Videre ga mangel på trening og øving mellom nasjonene før den internasjonale operasjonen store utfordringer innenfor bruk av medisinske prinsipper og prosedyrer, og behovet for å være samtrent. Det var utfordrende å få dette til i operasjonsområdet, og medførte at fleksibiliteten mellom nasjonene ble mindre.

Interoperabilitet innenfor faktoren materiell ga ingen utfordringer mellom Sverige og Norge, for Sverige benyttet norsk materiell og var kjent med dette. Mellom Tyskland og Norge ble det gode løsninger for det flernasjonale sanitetssamarbeid, for tyskerne stilte med eget materiell og personell, og kunne få tilgang på mye ressurser ved behov.

Språklige utfordringer var størst under tidspress, og i forbindelse med mottak av flere kritiske pasienter, hvor en annen form for normalorganisering måtte iverksettes. Utfordringen knyttet til teknisk medisinsk engelsk i forhold til prosedyrer knyttet til vanskelige pasienter, ble løst ved at pasientene ble fordelt mellom de kirurgiske teamene. Det var større språklige utfordringer for samarbeidet mellom sykepleierne, enn blant legene, fordi legenes språkferdigheter var bedre.

Felles informasjonsdeling er dokumentert som en utfordring i forbindelse med flernasjonalt sanitetssamarbeid og var også utfordrende i ISAF-casen. Det var etablerte nasjonale systemer som ikke kommuniserte med hverandre.

Oppsummert så synes det som om den største vanskeligheten knyttet til det flernasjonale sanitetssamarbeidet var knyttet til den hyppige rotasjonsordningen til det tyske bidraget som resulterte i manglende samtrenting på NDH. Tross dette ble utfordringene knyttet til det flernasjonale sanitetssamarbeidet i stor grad løst på en pragmatisk måte i den internasjonale operasjonen, ved at nasjonene opererte mye hver for seg. Det flernasjonale

sanitetssamarbeidet foregikk i stor grad mellom teamene. Det tyske bidraget jobbet mye separert med sine dedikerte pasienter. Denne løsningen skapte løsninger for best mulig flernasjonalt sanitetssamarbeid, hvor medisinsktekniske nasjonale prosedyrer og kommunikasjon ble løst på teamnivå. Ved å ha hyppige møter med det tyske bidraget, klarte NDH-ledelsen og løse utfordringene også knyttet til rotasjonsordningen til det tyske bidraget, hvor møterefertat og pragmatiske løsninger ble valgt. Kommunikasjon og informasjonsdeling ble løst med separate nasjonale system og journalføring.

Jeg vil videre studere NDH i en annen case, for å se om det er de samme faktorene hadde betydning i det flernasjonale sanitetssamarbeidet i operasjonen MINURCAT i 2009.

4 Casestudie - NDH i MINURCAT-operasjonen

I dette kapittelet ønsker jeg å studere hvilke utfordringer som møtte Norge i et flernasjonalt sanitetssamarbeid i en FN-operasjon i Afrika. Jeg vil innlede med å beskrive bakgrunnen for det norske bidraget til operasjonen MINURCAT i Tsjad og Den sentralafrikanske republikk.

I stortingsproposisjon nummer 1 for 2006-2007 ble det satt av midler til å kunne tilby en avdeling til FN-operasjonen i Sudan (Forsvarsdepartementet, 2006b). Dette medførte at det gjennom 2007 ble gjennomført en mulighetsstudie for å stille med en ingeniørstyrke til en FN-operasjon i Sudan sammen med Sverige. Sudan ble ingen internasjonal operasjon Norge kunne bidra i, grunnet at den sundanesiske regjeringen var skeptisk til vestlige bidragsytere (Five, 2010). Det ble bestemt at Den afrikanske union skulle støtte operasjonen i Darfur og Sudan.

FNs sikkerhetsråds resolusjon 1778 av 25. september 2007 etablerte en militær og politi komponent til operasjonen MINURCAT i Tsjad og Den sentralafrikanske republikk. En militær EU-styrke ble sendt den 15. mars 2008. Operasjonen ble etablert for å sørge for sikkerheten til ca. 450 000 flykninger og internt fordrevne mennesker i østre Tsjad og nord-østre del av Den sentralafrikanske republikk. Begge områdene var påvirket av krigen på andre siden av grensen i Darfur i Sudan. Den 15. mars 2009 ble kommandoen av de militære styrkene overført til FN med et nytt mandat etter resolusjonen fra 14. januar 2009. Dette mandatet skulle sørge for sikkerhet for flykninger, forvist personell og sivile i fare, ved å yte humanitær bistand i østre Tsjad og nordre del av Den sentralafrikanske republikk.

Forsvaret hadde Norwegian Deployable Hospital på beredskap som del av Nordic Battle Group, en europeisk stridsgruppe i regi av EU (EUBG), frem til og med desember 2008. I denne avdelingen var det rekruttert inn sivilt helsepersonell som hadde inngått kontrakt med Forsvaret om en mulig utreise til en internasjonal operasjon. Det var en kontrakt som forpliktet en villighet for en utreise for 3 til 6 måneder. Sykehuset hadde vært på trening i løpet av 2008, og var satt opp på en 60 dagers beredskap (Forsvarsstaben, 2010a). Dette er en beredskap som medfører at avdelingen fra de får oppdrag til en internasjonal operasjon, skal være på plass i operasjonsområde innen 2 måneder. Det ble signalisert fra Forsvarets sanitet til Forsvarets ledelse om at NDH ville gå av beredskap med sitt beredskapspersonell. Store

deler av helsepersonellet ville, fra 1. januar 2009 således ikke ha noen kontrakt med forpliktelse ovenfor Forsvaret. Det ble besluttet av Forsvarsministeren at sykehuset på slutten av beredskapsperioden skulle fortsette å stå på beredskap. Denne beredskapen skulle gi muligheten, i tråd med Soria–Moria-erklæringen til å sende sykehuset til en FN-operasjon i Afrika (Forsvarsstaben, 2010a). Det ble signalisert til sjefen for NDH om lag fjorten dager før jul 2008 at det ikke ville bli noe oppdrag for beredskapsavdelingen.

I en regjeringskonferanse mandag 15. desember 2008 ble det besluttet å tilby et Level 2-sykehus til operasjonen MINURCAT. Den 19. desember 2008 kom oppdraget fra Forsvarets ledelse som sørget for at Norge bidro med et norsk kontainerbasert feltsykehus, Norwegian Deployable Hospital (NDH), til operasjonen i samarbeid med serbisk personell (Rudiløkken, 27. februar 2013).

Det norske sykehuset ble etablert i nærheten av det militære hovedkvarteret til MINURCAT ved flyplassen i utkanten av byen Abeche, øst i Tsjad. Der var NDH ansvarlig for Level 2-helsetjeneste for MINURCAT bestående av maksimum 5200 militære, 300 politi og ca. 8000 sivile fra NGO'er og sivilt FN-personell. Ledig tid ble tilbudt som assistanse til Abeche regionale sykehus i henhold til en inter-institusjonell avtale. I tillegg til sykehuset bidro Norge med en vannborreenhet for å støtte FN's mulighet til og bore brønner til FN-leirene, og hele styrken fikk et mandat på 1 år. Det var en stor norsk politisk vilje til å bidra med en militær styrke til en internasjonal operasjon i regi av FN i Afrika (Forsvarsstaben, 2010a).

NDH ble satt opp med en overordnet stab på 17 personer, et sykehus på ca. 70, en forsyningstropp på ca. 20, en vedlikeholdstropp på 11 og en evakueringstropp på 11 personer. Det var flere av stillingene som ble besatt av utenlandsk personell, men dette personellet søkte selv på stillingen. Det var i stor grad svensk personell, som ble rekruttert og kom fra norske sykehus, så de var godt kjent med norske krav og kultur.

Serbia stilte med et kirurgisk team på 6 personer og var ett av 2 kirurgiske team og sykehusets kirurgiske kapasitet. Nordmennene reiste ned for en periode på 6 måneder med mulighet for å komme hjem 2 ganger på permisjon. Serberne reiste ned til tjeneste for kontingentens varighet på 6 måneder uten nødvendigvis å få komme hjem på permisjon (Rudiløkken, 27. februar 2013). Jeg ønsker også i denne casen å studere de to overordnede faktorene, politiske og

organisatoriske rammer og militære rammer, for å se hvilken betydning disse hadde for det flernasjonale sanitetssamarbeidet.

4.1 Politiske og organisatoriske rammer

Jeg starter med å se på hvilken betydning FN sine *krav til flernasjonalt samarbeid* hadde for det serbiske og norske sanitetssamarbeidet i NDH under operasjonen MINURCAT. Deretter vil jeg studere hvorvidt de *juridiske rammene* hadde betydning for det flernasjonale sanitetssamarbeidet mellom Serbia og Norge, nasjonal *helselovgivning*, for videre å se på *politiske og nasjonale agendaer* for å studere om det var agendaer som hadde betydning for sanitetssamarbeidet. Jeg vil til slutt i denne overordnede rammen se om *nasjonale ordninger og kultur* i bred forstand var en faktor som spilte inn på det flernasjonale sanitetssamarbeidet i NDH i MINURCAT.

I henhold til FN sin manual for Level 2 sykehus var det en personellramme som var satt for å etablere og drifte et sykehus. Norge fikk fra DPKO et draft til en styrkegenerering for et Level 2-sykehus med en anmodning om å stille en styrke på 120 personer. Det norske sykehuset var et kontainerbasert system og kvaliteten var høy og tilpasset NATO-krav og nasjonal standard. FN sitt behov i forhold til antall helsepersonell var ikke i tråd med norsk standard for helsetjenester. Det var i tillegg begrenset tid og mulighet til å redusere på utstyr og materiellmengden og herunder personellbehovet (Forsvarsstaben, 2010a). Videre skulle sykehuset etableres i første omgang som eneste nasjonale bidrag i Tsjad, Afrika, så det ble besluttet å styrke bidraget med en forsterket stab som kunne forvalte og administrere styrkebidraget. NCC skulle være Forsvarets operative hovedkvarter (FOH) sitt administrerende ledelsesbidrag i den internasjonale operasjonen. Norge fikk igjennom forhandlinger med FN akseptert sykehusbidraget knyttet til styrkebidraget på 150 personer. Dette var i tråd med NDH sin organisasjon som bygger på NATO sin organisering av sanitetskapasiteter.

Norwegian Deployable Hospital (NDH) var et etablert sykehussystem som ivaretok en høy europeisk og nasjonal standard, og lot seg vanskelig begrense med bakgrunn i tiden som var til disposisjon. Norge søkte å få til logistikk-løsninger og støtte til tjenester som kjøkken og vaskeri som kunne koordineres med andre avdelinger i FN-leiren. FN mente de ikke kunne organisere dette, og oppfordret Norge til å stille med eget kjøkken. FN stilte krav om at Norge

skulle være selvforsynt i 12 måneder med forsyninger. Dette ble utfordrende for styrkebidraget som ble presset til å ha stillinger som ikke var knyttet opp til sykehuset, men sørget for at Norge fikk etablere et flernasjonalt sykehus etter norsk standard og med norsk logistikk-løsning og kjøkken (Forsvarsstaben, 2010a). Dette ble en god løsning for NDH i Tsjad.

Bakgrunnen for at Norge fikk til en beslutning fra FN, og at de gikk med på Norges krav synes å være at organisasjonen så nødvendigheten av et nordeuropeisk sykehus. Sykehuset ville medføre at andre nasjoner også ville støtte denne internasjonale operasjonen. FN sine krav til flernasjonalt samarbeid ble ikke en utfordring for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. FN etablerte en avtale med Norge, og skrev en Memorandum of Understanding (MOU) med Norge for etablering av Level 2-tjenester i henhold til FN sine krav for denne tjenesten. MOUen beskrev hva Norge som nasjon og *Troop Contributing Country* (TCC) ville få tilbakebetalt av FN-systemet etter endt oppdrag, og beskrev i detalj antall personell og materiellkategorier som skulle være en del av bidraget. Disse politiske forhandlingene ga en løsning for å opprettholde norske standard for like gode helsetjenester på sykehus i internasjonale operasjoner som på et sykehus hjemme. Dette sørget for at det ble sendt et flernasjonalt sykehus av europeisk standard i tråd med norsk helselovgivning, og med det norske helsepersonellet sin integritet og kunnskap (Iversen, 1. mars 2013). Dette vil jeg komme tilbake til.

Jeg vil fortsette med å se om *juridiske avtaler*, herunder også *helselovgivning* hadde betydning for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Det var korte tidsfrister og en *Technical Arrangement* (TA) ble utarbeidet mellom Norge og Serbia, hvor det serbiske personellet skulle inngå som et fullintegret kirurgisk team i det norske sykehuset. Denne TA ble underskrevet i Beograd, Serbia den 17. juni 2009 av representanter fra serbisk og norsk forsvarsdepartement (MOD Serbia & MOD Norway, 2009). Sjef NDH fikk oppdraget med å reise med sykehuset rett før jul i 2008, og hadde fått i oppdrag å ha sykehuset på plass i mars 2009. Dette medførte korte tidsfrister, krevende forberedelser med planlegging og gjennomføring av trening og klargjøring. Sjef NDH og SMO fikk vite i midten av januar at den manglende kirurgiske kapasiteten skulle dekkes av serbisk personell. I denne prosessen ble utfordringen å være delaktig i forhandling om utarbeidelse av den bilaterale avtalen som ble ivaretatt på stabs og diplomatsnivå. Sjef NDH fikk mulighet til å gi råd og innspill, og

opplevde at den utarbeidede avtalen var dekkende. Utfordringen var derimot at den ga ingen trygghet eller sikkerhet på bidraget som ble tatt ut og sendt fra Serbia. Avtalen stilte blant annet krav om at legene skulle ha godkjent lisens som lege og at alt personell skulle være kvalifisert til å fylle norske standarder. Utfordringene knyttet til dette lå nok i tolkningen av avtalen og forståelsen av hva dette krevde fra serbiske myndigheters side, og muligheten til å kontrollere den faktiske bakgrunnen og kompetansen til det serbiske personellet fra norsk side. Det var serbiske myndigheter som rekrutterte og besluttet hvem som skulle stille fra Serbia. SMO som medisinsk ansvarlig for sykehuset hadde ingen mulighet til å påvirke hvem som ble sendt og når de ble sendt. Dette var en organisatorisk utfordring (Iversen, 1. mars 2013). Det synes som at denne utfordringen bygger på kort og intens oppsetning og trening før avreise til Tsjad, samt parallelle prosesser som sykehusledelsen ikke kunne delta på. Det serbiske kirurgiske teamet ble sendt til Afrika uten at den norske sykehusledelsen var fullstendig klar over hva slags medisinske bakgrunn teamet hadde. Det serbiske teamet var de siste som kom til sykehuset i Abeche, før Norge meldte at sykehuset var fullt operativt. Det var utfordrende å kvalitetssikre teamet som skulle være en del av NDH i forhold til kravene knyttet til norsk helselovgivning (Rudiløkken, 27. februar 2013).

FN stilte i sitt krav i forbindelse med MOUen med Norge som ansvarlig (TCC) at Norge skulle ta ansvaret for helsetjenesten. Dette ga hjemmel for bruk av norsk helselovgivning og norske standarder. Norsk helsepersonell hadde gjennom sin godkjenning en etisk og moralsk forpliktelse knyttet til best mulig behandling, i forhold til helselovgivningen og deres plikt i forhold til denne (Helsepersonelloven, 1999). Dette ble utfordrende i det flernasjonale sanitetssamarbeidet da serbisk og norsk helselovgivning er forskjellig.

Jeg vil videre studere om *nasjonal og politisk agenda* hadde betydning for det flernasjonale samarbeidet. Norge startet allerede på begynnelsen av 2000-tallet med en utenriks og sikkerhetspolitisk satsing med et Sikkerhetssektorreform-program på Vest-Balkan. Denne satsingen gjaldt blant annet Serbia og ble omtalt i St.meld. nr. 13 (1999-2000) om hvordan Norge kunne bistå i samfunnsutvikling i Serbia. I 2005 ble det igangsatt en vurdering av et militærmedisinsk samarbeid med Serbia og Montenegro og i 2006 fikk sjefen for Forsvarets sanitet i oppdrag å etablere et samarbeid mellom den serbiske sanitetsorganisasjonen i Beograd og Forsvarets sanitet, hvor Forsvarets logistikkorganisasjon bidro med materiell. Det ble etablert prosesser knyttet til anbefalt organisering og kompetanseoverføring gjennom

norsk system (Forsvarsdepartementet, 2007). Det synes å være en tydelig politisk agenda og viktig fra norsk side å få til et sanitetssamarbeid mellom de to nasjonene.

Etter beslutningen på regjeringskonferansen mandag 15. desember 2008, hvor Norge tilbød NDH til FN operasjonen MINURCAT, ble det på kort tid gjort en del vurderinger som oppsummerte at Norge ikke var i stand til å opprettholde kontinuiteten og utholdenheten på to kirurgiske team i 12 måneder (Forsvarsstaben, 2010a). Det ble derfor signalisert at det norske sykehuset trengte støtte fra en annen nasjon. Oppdraget kom i Forsvarssjefens virksomhetsplan for 2009, hvor sykehuset etter planen skulle, fra tentativt 15. mars ta over for EU sin styrke. NDH skulle erstatte et italiensk sykehus. Det ble lagt vekt på flere strategiske målsetninger for denne beslutningen fra regjeringen. I tillegg til at Norge skulle bidra med å stabilisere det sentrale Afrika med relevant militær styrke, ble sykehuset ansett som relevant, siden det var en kapasitet som FN hadde anmodet om. I tillegg hadde flere vestlige land sykehuset som betingelse for å delta i operasjonen. I tillegg ville det flernasjonale sanitetssamarbeidet med Serbia legge til rette for at Serbia kunne få en aktiv rolle i internasjonale fredsoperasjoner (Forsvarsdepartementet, 2008). Det ble antydnet at det flernasjonale sanitetssamarbeidet ville gi muligheter for Serbia til å eksportere sikkerhet i FN-regi (Rudiløkken, 27. februar 2013).

I forbindelse med utarbeidelsen og godkjenningen av TA ble det synliggjort at dokumenter tolkes forskjellig i forhold til hva en funksjon og stilling skal inneha av ekspertise. Det var utfordrende og et dilemma at politisk ambisjon hadde større betydning enn den faglige kvaliteten til sykehuset (Rudiløkken, 27. februar 2013). Det var også utfordrende for det flernasjonale sanitetssamarbeidet at det i større grad var en overordnet politisk gevinst som var målsetning med samarbeidet enn kravet om helsefaglig kompetanse i henhold til norske krav (Iversen, 1. mars 2013).

Den fremforhandlede TAen handlet om at det serbiske bidraget skulle utnevne en *Senior National Representative (SNR)*. Eldste lege fikk denne rollen og fungerte som talsperson for det serbiske bidraget. SNR-funksjonen ble i stor grad en informasjonskanal for sjef NDH i forbindelse med ukentlige møter på praktisk og informativt nivå. Serbisk SNR hadde ingen nasjonale føringer eller agendaer som utfordret sanitetssamarbeidet. I den grad det var større ting som måtte tas på mer diplomatisk nivå, ble det tatt mellom Oslo og Beograd (Rudiløkken,

27. februar 2013). Denne funksjonen og ordningen skapte gode løsninger for det flernasjonale sanitetssamarbeidet gjennom god kommunikasjon og samarbeid med ledergruppa (Angel Hansen, 5. april 2013).

Jeg vil videre studere hvilken betydning faktoren *nasjonale ordninger og kultur* hadde for det flernasjonale samarbeidet mellom Serbia og Norge i den internasjonale operasjonen MINURCAT.

NDH sin rotasjonsordning og kontingent bygget på Forsvarets personellhåndboks disponering av bidrag i internasjonale operasjoner. De fleste var disponert for 6 måneder, men det var på grunn av rekrutteringsutfordringer på enkelte spesialister, etablert avtaler knyttet til mange av legestillingene. SMO roterte blant annet hver tredje måned. Det serbiske bidraget var i henhold til forhandlet TA, disponert i 6 måneder. Det at SMO som medisinskfaglig ansvarlig for all behandling ved sykehuset ble byttet ut hver tredje måned skapte enkelte utfordringer for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Det ble lagt vekt på god overlapping mellom avtroppende og påtroppende SMO, men personell er forskjellig og fokuserer forskjellig. Det var det serbiske kirurgiske teamet som var kontinuiteten, og måtte forholde seg til forandringene (Angel Hansen, 5. april 2013).

I følge Hofstede og Hofstede har Serbia en forholdsvis maskulin kultur sammenlignet med Norge (Hofstede et al., 2010, s. 223). Den hierarkiske rangordningen i det kirurgiske teamet, og hvordan de samarbeidet, var helt annerledes enn det norske kirurgiske teamet. Den norske kirurgen hadde ansvaret for utførelsen av den kirurgiske behandlingen, men behandlingen bygde også på en felles forståelse og et tverrfaglig samarbeid mellom alle i teamet, også spesialsykepleierne, om det som skulle gjøres. Det serbiske teamet bygget i større grad sitt ansvar og kirurgisk behandling på alder og rangordning. Den eldste kirurgen bestemte hva som skulle gjøres, og de andre utførte og gjorde det som ble sagt skulle utføres (Iversen, 1. mars 2013).

Det serbiske teamet viste høyere respekt til alder og rang, noe som kom til uttrykk i måten de lyttet og hørte på det norske helsepersonellet. Norsk SMO ble byttet ut 3 ganger i den første kontingenten. Den eldste mannlige SMO fikk større respekt enn den kvinnelige SMO, som var like gammel og erfaren. Det samme gjaldt for de norske sykepleierne. Oversykepleier

hadde mange års erfaring som spesialsykepleier og var en voksen dame. Hun opplevde at alder og erfaring hadde stor betydning i sanitetssamarbeidet med Serbia (Angel Hansen, 5. april 2013).

Det ble lagt vekt på at det serbiske kirurgiske teamet generelt og personellet spesielt skulle trives, slik at de skulle føle at de var en del av avdelingen. Norsk kultur om ikke å konfrontere teamet med ubehageligheter knyttet til pasientbehandling, medførte at SMO unnlot at teamet fikk spesielle pasienter (Iversen, 1. mars 2013). Den neste faktoren vil også belyse dette. Det kirurgiske teamet ga også uttrykk for at de gjerne ville integreres og være en del av NDH og norske retningslinjer. De var bare seks personer, var relativt unge, viste en positiv og ydmyk holdning til å være en del av det norske sykehuset, og til den norske måten å drive sykehuset på (Rudiløkken, 27. februar 2013). På grunn av dette var det få kulturelle utfordringer i det flernasjonale sanitetssamarbeidet.

Jeg vil i det neste underkapittelet studere hvilken betydning faktorene for evnen til flernasjonalt samarbeide, interoperabilitet, hadde på sanitetssamarbeidet mellom Serbia og Norge.

4.2 Militære rammer

I henhold til avtalen mellom Serbia og Norge var det bestemt at serbisk personell skulle være integrert i NDH under operasjonen (MOD Serbia & MOD Norway, 2009). Integrasjon er beskrevet tidligere som et samarbeid hvor materiell, personell og system er en helhet. Faktorer som kultur, studert tidligere viser at det serbiske personellet ikke var fullstendig integrert i NDH. Jeg vil videre studere hvorvidt faktorene medisinsk kompetanse og prosedyrer, trening og øving, materiell, samt faktorene språk og informasjonsdeling hadde betydning for det flernasjonale samarbeidet. Jeg vil således studere graden av *interoperabilitet*.

Kompetanse, herunder medisinsk kompetanse er den første faktoren jeg ønsker å studere. Det serbiske bidraget skulle i henhold til TA mellom Serbia og Norge være en integrert del av Norwegian Deployable Hospital. Hensikten var at Serbia skulle stille med kvalifisert personell til et kirurgisk team. De skulle videre få tildelt norske uniformer, våpen og utstyr ved oppmøte på lik linje med norsk personell. Teamet skulle fylle den kapasiteten og

funksjonen til det andre kirurgiske teamet, slik at sykehuset til en hver tid hadde ett kirurgisk team på vakt, som beredskap for øyeblikkelig hjelp og kritisk skadde.

Det var det faglige standpunkt og kvalitet som var den største bekymringen, og ansett som den største utfordringen for Sjef NDH, SMO og oversykepleier. Personellets kompetanse var uoversiktlig og ikke i henhold til det som ble stilt som krav i TAen. Den medisinske standarden og utdanningen i Serbia er forskjellig fra norsk utdanning og standard. Dette ble en utfordring å få kontroll på. Helsetjenesten er ikke nødvendigvis bedre eller dårligere enn norsk medisinsk standard, men den utføres på en annen måte enn det som er krav og norsk måte å drive medisinsk behandling på (Rudiløkken 27. februar 2013). Teamet besto av seks personer. Det ble stilt krav til at teamet skulle inneholde 2 kirurger, en anestesilog som bedøver og kontrollerer luftveier og etablerer smertelindring. I tillegg stilte avtalen krav om tre sykepleiere, hvor det skulle være en utdannet anesthesisykepleier og de to andre skulle være utdannede operasjonssykepleiere (MOD Serbia & MOD Norway, 2009). Teamet som Serbia sendte besto av to kirurger og en anestesilege. De ble selektert og rekruttert fra Militærsykehuset, i Serbias hovedstad Beograd. De var nok faglig gode kandidater i Serbia. De viste seg at de var godt belestet, men hadde ikke praktisert vesteuropeisk moderne medisin i hjemlandet.

Den faglige kompetansen til legene var svært ulik den kompetansen som de norske legene hadde. Legene har nok et lignende utdanningsløp som det norske medisinstudiet, men de hadde en annen standard i forhold til måten å behandle pasientene på. Hvordan teamet brukte teknisk materiell, utstyr og ressurser i medisinen hadde likhetstrekk med hva som var gjeldene i Norge for mange år siden. Dette var en utfordring for det flernasjonale sanitetssamarbeidet og var en av flere grunner til at de kirurgiske teamene jobbet hver for seg. I forbindelse med trening og øving, ble det oppdaget et medisinskfaglig gap og utfordrende forskjell mellom de to nasjonene. Det at det serbiske teamet skulle være integrert ble en stor utfordring i forhold til ambisjonen om best mulig behandling. Denne forskjellen og gapet i medisinsk behandling og kompetanse gjorde at det serbiske kirurgiske teamet ikke var integrert, men mer kompatibelt faglig i det norske sykehuset. Gapet ble utfordrende for den som var sanitetsfaglig ansvarlig (Iversen, 1. mars 2013). Prosedyrene og måten de gjennomførte sine kirurgiske inngrep på var annerledes og ble utfordrende for SMO som medisinsk ansvarlig, samt ga utfordringer for norske spesialsykepleiere og sykepleiere som hadde

viderebehandling av pasientene. Et eksempel var måten de ga anestesi og bedøvde pasientene på, under operasjon. De norske intensivsykepleierne opplevde at pasienter som normalt er våkne når de kommer til intensivavdelingen etter en operasjon etter norsk måte å gjøre det på, var sovende, med svelgtube og trengte hjelp til å puste med respiratormaskin når de kom fra det serbiske teamet. Denne behandlingen var ikke nødvendigvis feil, men annerledes og krevde både mer personell- og materiellressurser (Gjefsen, 4. mars 2013).

Videre var ikke sykepleierne utdannet som sykepleiere i forhold til norsk målestokk og krav. Oversykepleieren måtte ta kontakt med hver enkelt sykepleier for å få skissert hvilke prosedyrer og oppgaver de kunne. Hun var også i kontakt med NOKUT, Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen for å få kunnskap om det serbiske personellets kompetanse. Norske operasjons- og anestesisykepleiere har minimum 5 års utdanning og flere års praksis og erfaring med pasienter. Ingen av de serbiske sykepleierne hadde godkjent utdanning som sykepleiere, men var operasjonsteknikere og assistenter. På Balkan er det legen som sitter med kompetansen og bestemmer hva som skal gjøres med pasienten. Operasjonssykepleierne får sin utdanning og læres opp av kirurgen over mange år. Det er kirurgen som godkjenner kompetansen. Det var begrensede arbeidsoppgaver og prosedyrer de kunne, og ble satt til (Angel Hansen, 5. april 2013). Dette ble en utfordring for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Både for norske leger i forhold til hva det enkelte teammedlem var i stand til å utføre av prosedyrer, og for de norske sykepleierne som har en høyere utdanning og erfaring knyttet til ansvar og forståelse for faget. Dette var en annen grunn til at de to kirurgiske teamene jobbet hver for seg. Det serbiske teamet fikk oppgaver i tråd med SMO sine retningslinjer, hvor fremgangsmåte og prosedyrer ble gjennomgått før operasjon av pasienter. Noen ganger ble også norske sykepleiere med på å klargjøre operasjonene, samt deltok som støtte (Iversen, 1. mars 2013).

Det serbiske teamet hadde erfaring fra militærpsykehus i den serbiske hovedstaden Beograd. De hadde lang erfaring og kompetanse innenfor kirurgisk behandling som ikke norske pasienter har behov for. Dette ga også gode løsninger for enkelte pasienter. Behandlingen ble ikke lengre selv om behandlingen var annerledes enn norsk måte å gjøre det på (Angel Hansen, 5. april 2013). Disse medisinskfaglige utfordringene ble løst ved at det serbiske teamet jobbet separat og fikk sine oppdrag og oppgaver. Denne løsningen var best mulig for det flernasjonale samarbeidet.

Jeg vil videre se på om faktoren *trening og øving* hadde betydning for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Utfordringen knyttet til det å få en korrekt oversikt over hva teamet kunne gjøre av kirurgiske prosedyrer var noe det ble jobbet mye med under trening og øving. Det kirurgiske teamet deltok på krigskirurgkurs i Norge for at de skulle gis mulighet til å praktisere norske prosedyrer og få innsyn i norske standarder før de ble sendt til Afrika. Dette fortsatte også i den internasjonale operasjonen, hvor det ble gjennomført trening og internutdanning. Dette ga muligheten til å få gjennomført helsetjenestene innenfor den norske standarden. På den annen side var det utfordrende å kunne gi de serbiske sykepleierne den samme treningen, for de hadde ikke den samme godkjenning og manglet kompetanse, eller erfaring til å se helhetlig på samme måte som de norske godkjente sykepleierne. Denne utfordringen ble løst ved at de serbiske sykepleierne alltid jobbet med de serbiske kirurgene. Oversykepleieren opplevde at dette fungerte på en tilfredsstillende måte (Angel Hansen, 5. april 2013).

MINURCAT som kapittel VII operasjon ble en rolig internasjonal operasjon. FN styrken ble ønsket velkommen av presidentene i de to statene (UNSC, 2009), og oppdraget gikk ut på å sikre de mange flyktningeleirene og forsyning av nødhjelp. Det var i perioden da NDH ble sendt ned til Tsjad full krig mellom opprørsstyrker og regjeringssoldater i grenseområdene til Sudan. Dette var rett nord-øst for der sykehuset ble etablert. FN-styrken ble ikke involvert i stridshandlingene, og dermed hadde ikke NDH tilgang på stridskader eller ulykker relatert til opprørskrigen. Det militære styrkebidraget var bare tilskuere til det som skjedde (Rudiløkken, 27. februar 2013). Det var allikevel trafikkulykker og andre hendelser og oppdrag som krevde kirurgisk behandling. Når det serbiske teamet arbeidet under press, så opplevde SMO at de gikk tilbake på å gjøre kirurgiske prosedyrer slik de var opplært til, og som de hadde som rutine i Serbia. Dette var utfordrende og kunne være krevende. På den annen side ble det serbiske teamet introdusert for skadebegrensende kirurgi som de kunne få nytte av hjemme i Serbia. Serbisk kirurgisk prosedyre bygget på å operere pasienten ferdig med en gang. Norsk og vesteuropeisk standard bygger på prosedyren, *Damage Control Surgery (DCS)* om først å redde liv, herunder skade-begrense, for deretter å operere, vente og så operere. (Iversen, 1. mars 2013). Dette ansees også som beste måten å gjøre kirurgi på i moderne medisin (Schreiber, 2004). Det synes som om faktoren trening og øving hadde betydning for det

flernasjonale sanitetssamarbeidet ved at begge nasjonene fikk oversikt over hverandres kompetanse og herunder ga bedre løsninger for det flernasjonale sanitetssamarbeidet.

Den neste faktoren jeg vil studere er betydningen av *materiell* for evnen til sanitetssamarbeid. Materiell og utstyr på NDH var norsk, slik at det serbiske teamet måtte sette seg inn i, samt bruke norsk medisinsk materiell og utstyr. De hadde ingen spesielle behov og det syntes som om dette ikke var noen utfordring for det kirurgiske teamet fra Serbia. Det serbiske teamet brukte medisinsk utstyr på en annen måte enn det som er etablerte prosedyrer og prinsipper for norsk helsepersonell. Serbernes prosedyrer bygde i større grad på å tenke økonomi og spare i forhold til materiell, og bruk av engangsutstyr. Dette var utfordrende for sanitetssamarbeidet, for dette forringet behandlingen. Dette var prosedyrer som lå tilbake i tid i forhold til norsk, og vesteuropeisk standard, hvor engangsutstyr og tankegang knyttet til ressursbruk er annerledes. Dette ble trent og orientert om, men ble allikevel utfordrende med bakgrunn i at det ble en ekstra kontroll som måtte gjøres i forbindelse med driften av sykehuset (Iversen, 1. mars 2013). Dette ble opplevd annerledes fra oversykepleier, hvor det serbiske teamet brukte det utstyret som var tilgjengelig, og at de som team utnyttet materiell og personell på en god måte. Hadde de utfordringer knyttet til type utstyr, så spurte de og fikk hjelp fra norsk personell. Materiell var ingen stor utfordring for det flernasjonale sanitetssamarbeidet, så lenge det serbiske teamet kunne jobbe separat på sin måte (Angel Hansen, 5. april 2013). Det ble tidligere nevnt et eksempel om bruk av respirator, hvor serbiske prosedyrer i større grad sørget for at maskinen var i bruk oftere. For sanitetssamarbeidet ga dette en mulighet til å bruke materiell og utstyr som var en del av sykehussystemet, slik at prosedyrer og bruken av materiellet ble holdt ved like. På den annen side ble det en utfordring at kritisk beredskapsmateriell ved akutte ulykker og skader, var i bruk.

Norsk helsemessig standard, kvalitet og etisk dilemma medførte at kravet fra norsk side var høye i forhold til å ha et godt kompetent og velfungerende sykehus midt i Afrika.

Jeg vil videre studere hvilken betydning *språk* hadde i det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Engelsk var arbeidsspråket for MINURCAT-operasjonen. Dette skapte flere utfordringer. Det var en utfordring for hele avdelingen som måtte ha et arbeidsspråk som var et sekundært språk. Det var en intern utfordring å prate faglig og få de gode diskusjonene knyttet til helsefaglige utfordringer. Videre var det utfordrende sosialt, for det var ikke bare fra serbisk

side at personell ikke var komfortabel med å snakke engelsk. Utfordringen ble ofte at detaljer ble borte. Dette gjorde noe med avdelingen. Der avdelingen var samlet ble informasjon gitt på arbeidsspråket og opplevelsen var at kommunikasjonen ble begrenset til det man måtte si, mens den frie samtalen og diskusjonene både faglig og sosialt ble for det språkkyndige personellet. Utfordringene ble løst ved at personellet tolket og oversatte for hverandre. Engelsken ble bedre ved praktisering av språket (Rudiløkken, 27. februar 2013).

En FN-operasjon medfører kommunikasjon og samarbeid med mange andre nasjoner som geografisk ligger langt fra Norge. Dette skapte utfordringer både språklig og kulturelt. Arbeidsspråket var for hele operasjonen engelsk, men mange nasjoner hadde utfordringer knyttet til kommunikasjon. At NDH hadde flernasjonalt sanitetssamarbeid med en nasjon som hadde en annen kultur og et slavisk språk var med på å sørge for et godt mottak av andre nasjoners pasienter, og å forstå pasientene som kom fra 50 forskjellige nasjoner. Russland hadde blant annet et bidrag i MINURCAT, og flere av det serbiske bidraget kunne kommunisere med den russiske kontingenten. Dette ga gode kommunikasjonsløsninger for det flernasjonale sanitetssamarbeidet da det engelske arbeidsspråket ofte var en utfordring (Rudiløkken, 27. februar 2013).

Den største språklige utfordringen synes å ha vært behovet for å kunne god teknisk medisinsk engelsk. De serbiske og norske kirurgene og legene behersket dette til en viss grad, men de serbiske sykepleierne hadde vanskelig med å gjøre seg forstått på engelsk. Det er russisk som har vært Serbia sitt andre-språk, slik at språk var en utfordring. Problemene ble løst ved at det serbiske teamet arbeidet for seg og at de ved behov tolket og oversatte for hverandre.

Jeg vil til slutt se om faktoren *informasjonsdeling* hadde betydning for flernasjonalt sanitetsamarbeid. Hver morgen ble det holdt morgenorientering for alt tilgjengelig personell om situasjonen i området og siste døgns aktivitet og plan for det neste døgnet. Briefen ble holdt på arbeidsspråket som var engelsk. Denne morgensamlingen hadde flere hensikter. For det første å gi sykehuset mulighet for situasjonsforståelse for oppdraget i FN-operasjonen og siste døgns aktivitet, samt gi mulighet for faglig oppdatering og gjøre sykehuset i stand til videreutvikle seg fra siste døgns pasientmottak og klargjøre for neste døgns utfordringer. Denne ordningen ga gode løsninger for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Utfordringen i informasjonsdeling lå i det graderte datasystemet til det norske bidraget. Pasientinformasjonen

og journalføring som skulle legges inn elektronisk måtte gjøres av nordmenn. Dette ble løst ved at de serbiske legene dokumenterte på papir. Det synes som om dette ga begrensede utfordringer med bakgrunn i at teamet hadde oppgaver avgrenset til kirurgi. Det som skapte noe utfordring var pasientoverføringen etter at pasienten var ferdig operert. Det var ofte utfordrende for norske sykepleiere å forstå de serbiske legene i forhold til hvordan de ønsket at pasienten skulle følges opp, det som kalles å gi en behandlingsanordning. De norske intensivsykepleierne stilte et krav om at de måtte få skriftlige beskjeder om forventet oppfølging og videre behandling (Gjefsen, 4.mars 2013).

4.3 Funn

Jeg vil nå ha en gjennomgang av de faktorene som synes å ha hatt betydning og gitt utfordringer for det flernasjonale sanitetssamarbeidet mellom Serbia og Norge i operasjonen MINURCAT. Funnene belyser også hvordan utfordringene ble løst i den internasjonale operasjonen. Med bakgrunn i korte tidsfrister og liten mulighet for normal styrkeoppbygning fra FN sin side, ble Norges politiske vilje tatt til følge, og førte til at det var NATO og norske krav og organisatoriske ramme som ble anvendt i FN-operasjonen. Disse kravene er forenlig med FN sine krav, og ble dermed ingen utfordring for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Det ble i større grad de norske kravene om at soldaten skal få den samme behandlingen i internasjonale operasjoner som på et sykehus hjemme som ble utfordrende i forhold til det flernasjonale sanitetssamarbeidet.

Den bilaterale avtalen synes å ha blitt tolket forskjellig av Serbia og Norge, samtidig som den politiske viljen fra Norge til å få til et sanitetssamarbeid var stor. Dette skapte utfordringer knyttet til å sikre norsk standard og best mulig helsetjeneste på NDH.

Det serbiske bidraget på 6 personer var disponert i NDH i 6 måneder. De viste en positiv holdning til å bli en del av sykehuset og deres rotasjonsordning skapte kontinuitet. Deres kultur utfordret ikke det flernasjonale sanitetssamarbeidet fordi de jobbet som et team, og sannsynligvis fordi de bare var 6 personer.

Det store gapet mellom medisinsk kompetanse og medisinske og kirurgiske prosedyrer og tenkemåte ga veldig store utfordringer. De norske spesialistene ble utfordret i samarbeidet med serbisk personell hvor de opplevde behandlingen annerledes enn norsk kompetanse

tilsier. Det var et stort faglig gap mellom nasjonenes måte å drive behandling og helsetjenester på. Dette gjaldt både personellens kompetanse og hvordan prosedyrene for behandling ble gjennomført. Dette ga utfordringer i det flernasjonale sanitetssamarbeidet, og et spesielt ansvar for den som var ansvarlig lege og SMO.

Det serbiske teamet benyttet seg av norsk materiell, og det var ingen store utfordringer fra et norsk perspektiv knyttet til materiellet, fordi teamet jobbet med sine oppgaver på sin måte.

På grunn av den korte tidsfristen fra oppdraget kom til bidraget skulle sendes til den internasjonale operasjonen, ble det for liten tid til trening og øving sammen som sykehus. Det serbiske bidraget fikk innføring i norske prosedyrer gjennom et krigskirurgkurs, men dette ga liten eller ingen øving med personellet de skulle reise ut med. Dette var utfordrende for det flernasjonale sanitetssamarbeidet, fordi det skapte liten fleksibilitet knyttet til personellressursen. Dette skapte også liten samtrening og usikkerhet i forhold til de forskjellige personenes kompetanse.

Språk ga utfordringer knyttet spesielt til de sanitetsfaglig tekniske språkferdighetene. Utfordringene var størst for sykepleierne som behersket engelsk dårlig. FN-operasjonen var sammensatt av mange forskjellige nasjoner, så flerspråkligheten hos det serbiske teamet løste utfordringer knyttet til blant annet russisktalende pasienter.

Informasjonsdeling var en utfordring, for det serbiske personellet hadde ikke tilgang på det norske graderte datasystemet. Det ble allikevel løst med daglige orienteringer og at pasientjournalføring ble gjort manuelt på papir som fulgte pasienten.

Oppsummert var den største utfordringen til sanitetssamarbeidet mellom Serbia og Norge gapet mellom medisinsk kompetanse og synet på *Best Practice*. Heldigvis forløp FN-operasjonen MINURCAT seg rolig med få insidenter og ulykker, så utfordringene knyttet til det flernasjonale sanitetssamarbeidet ble løst på en pragmatisk måte ved at det serbiske bidraget i stor grad jobbet samlet som et team og separat på sin måte under veiledning av SMO. Den beste løsningen var at teamet jobbet parallelt med det norske kirurgiske teamet.

Utfordringene knyttet til behovet for å være samtrent i forbindelse med katastrofer og mottak av flere kritisk skadde ble løst ved at det ble arrangert øvelser og internundervisning kontinuerlig under operasjonen.

5 Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven studert flernasjonalt sanitetssamarbeid i internasjonale operasjoner fordi forsvarrets styrkestruktur i dag, samt behovet for helsepersonell, gjør det nødvendig å samarbeide med andre nasjoner for å kunne stille bidrag både hjemme og internasjonalt. Norges oppgaver og engasjement i NATO og NORDEFECO aktualiserer også flernasjonalt sanitetssamarbeid. Derfor har jeg gjennom to caser drøftet hvilke utfordringer det flernasjonale sanitetssamarbeidet har gitt for Norge, og hvordan utfordringene ble løst i de to casene. Ved å studere den enkelte case gjennom politiske og organisatoriske- og militære rammer, har jeg ønsket å belyse de utfordringene som har betydning for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Videre har jeg sett på hvordan de ble løst på best mulig måte i de internasjonale operasjonene. Jeg ønsker nå å sammenligne casene for å belyse hvilke utfordringer som var mest fremtredende i den hensikt at det kan være til nytte for senere sanitetssamarbeid.

5.1 Sammenligning av casene

Studien har vist at uavhengig av hvilke internasjonale organisasjoner som er rammen for den internasjonale operasjonen, så har norske krav og helselov stor betydning i forhold til rekruttert personell. Like god behandling for soldaten på sykehus i internasjonale operasjoner som på sykehus hjemme er kravet, og dette tilfredsstillende både FN og NATO sine standarder. Det er en nasjonal og politisk verdi og en moralsk forpliktelse at soldatene i internasjonale operasjoner ivaretas i henhold til nasjonale forventninger og krav.

I forbindelse med etablering av avtaler mellom nasjonene tyder studien på at underskrevne avtaler som MOU og TA er viktig å få på plass før utreise, for å få til et best mulig flernasjonalt sanitetssamarbeid. Avtalene må være forankret hos nasjonenes bidrag. I casen hvor Norge samarbeidet med Sverige og Tyskland, ble de formelle rammene en utfordring fordi Tyskland stilte krav til underskrevne avtaler som en sikkerhet på hva de kunne gjøre og ikke gjøre. Det var ingen utfordring knyttet til dette i casen, hvor Serbia samarbeidet med Norge, for der var TA underskrevet. I denne casen var utfordringen i større grad knyttet til hvordan avtalens innhold ble tolket og forstått. Noen samarbeidspartnere vil være mer opptatt av og legge vekt på formelle avtaler og krav, noe som skaper utfordringer for det flernasjonale sanitetssamarbeidet.

Det var også andre nasjonale ordninger som i de to casene skapte utfordringer på forskjellig måte. Rotasjonen av personell var særlig høy i den første casen, noe som skapte vanskeligheter knyttet til sanitetssamarbeidet. Rotasjonen blant tysk personell skapte store utfordringer knyttet til felles prosedyrer, det å være samtrent og evnen til kulturforståelse, enn kontinuiteten som var tilfellet i den andre casen. Det serbiske teamet var det samme under hele kontingenten i den andre casen. Ansvarlig norske SMO roterte hver tredje måned, slik at det var forskjellige fokus fra den til en hver tid fungerende SMO som skapte visse utfordringer. Det kan tyde på at lengre perioder og kontinuitet i bidragene skaper evne til bedre flernasjonalt sanitetssamarbeid.

Videre var tyskernes organisasjonskultur annerledes enn den norske i den første casen, som gjorde at medisinske prosedyrer ble utført forskjellig, selv om standard og nivå var like. Det tyder på at nasjoner som legger vekt på annen organisering og kultur og i større grad er forskjellig, skaper utfordringer for Norge i det flernasjonale sanitetssamarbeidet noe som ble fremtredende fordi det tyske bidraget var en betydelig del av sykehusorganisasjonen. I den andre casen var det serbiske bidraget så lite at deres organisasjonskultur ble ingen utfordring for det flernasjonale sanitetssamarbeidet.

Studien har også vist at utfordringene var størst knyttet til nasjoner som stilte andre krav og hadde andre medisinske standarder og nivå på kompetanse, enn Norge. Sanitetssamarbeidet med Tyskland og Sverige i den ene casen hadde få utfordringer knyttet til krav og kompetansenivå, og fant gode løsninger for det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Mens sanitetssamarbeidet med Serbia i den andre casen skapte store utfordringer fordi den nasjonens nivå på kompetanse og utdanning er annerledes, enn det norske utdanningsnivået på helsetjenester. Dette tyder på at flernasjonalt sanitetssamarbeid blir best mulig i samarbeid med nasjoner som har lik, eller lignende type medisinsk utdanning og nivå på helsetjenestene som Norge.

Begge casene hadde av ulike grunner, som korte og hyppige rotasjoner i den ene casen og kort tid til oppsetning i den andre casen, liten mulighet til å gjennomføre en godt planlagt og kvalitativ trening og øving før utreise. Trening og øving ble i begge casene gjennomført i operasjonen. Studien viser at for begge casene er det manglende kunnskap om hverandres

organisasjon, kultur, sanitetskompetanse og prosedyrer som skapte utfordringer i det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Studien viser også at for begge casene sørget drift, trening og øvelse for at sanitetssamarbeidet ble bedre over tid. Videre at utfordringene er størst i starten av oppdraget, men at utfordringer løses til en viss grad når sykehuset er etablert og kommet på plass. Et fokus på trening og øving før utreise synes å bidra til at det flernasjonale samarbeidet blir bedre, mer effektivt og best mulig. Dette er sammenfallende med internasjonale artikler som konkluderer med at interoperabilitet ikke blir god i et flernasjonalt miljø uten at bidraget trener og øver sammen (NATOCOE/Medical, 2011)

Faktoren språk synes også å være en fremtredende utfordring i flernasjonalt sanitetssamarbeid. Flernasjonalt sanitetssamarbeid er avhengig av å ha et felles arbeidsspråk. I begge casene var arbeidsspråket engelsk. Studien viser at mangel på språkkunnskap innenfor teknisk medisinsk engelsk skaper utfordringer. Det var større språklige utfordringer i den serbisk-norske casen, hvor flere ikke behersket engelsk. Språkferdigheter og krav til dette synes relevant å ta med seg i prosesser knyttet til valg av samarbeidspartnere for å få et best mulig sanitetssamarbeid i internasjonale operasjoner. Dette er en faktor som også i internasjonale artikler trekkes frem som en suksessfaktor for å få til et best mulig flernasjonalt sanitetssamarbeid. Detaljer knyttet til behandling og medisinske og kirurgiske prosedyrer stiller høye krav til språkkunnskap og kommunikasjonsvilje og evne for å unngå misforståelser (Cordell, 2012).

Den siste faktoren som studien har analysert i forhold til flernasjonalt samarbeid i internasjonale operasjoner har vært informasjonsdeling. Utfordringen for informasjonsdeling var i forbindelse med pasientjournaler og nasjonale systemer som ikke var kompatible med andre nasjoners system i den første casen. Videre at Serbia ikke fikk brukertilgang og rettigheter på grunn av at journalsystemet var etablert på et norsk gradert system, i den andre casen. Etablering av skyggeregnskap og papirjournaler sørget for pragmatiske løsninger i begge casene og ble derfor ingen stor utfordring i det flernasjonale sanitetssamarbeidet. Utfordringen knyttet til informasjonsdeling lå heller i evnen til å rapportere og samle informasjonen i den tysk, svensk, norske casen. Videre at det ble stor ressursbruk ved at journaler måtte skrives flere ganger i den serbisk – norske casen. Begge casene har vist at det ikke var store utfordringer knyttet til generell informasjonsdeling mellom nasjonene. Det ble etablert gode rutiner i begge casene. Imidlertid er informasjonsdeling beskrevet i

internasjonale artikler som en utfordring, og man forsøker å imøtekomme behovet for helhetlige systemer i den internasjonale rammen av FN og spesielt NATO (NATOCOE/Medical, 2011).

5.2 Funn

Flernasjonalt sanitetssamarbeid gir på nasjonalt nivå og for en småstat som Norge en mulighet og en løsning til å stille sanitetsbidrag over tid i internasjonale operasjoner. Dette bygger på at Forsvaret selv ikke produserer nok kvalifisert helsepersonell til å opprettholde sanitetsbidrag over tid, og er avhengig av både flernasjonale løsninger for samarbeid, så vel som støtte fra det sivile norske helsevesen. Videre bygger flernasjonalt sanitetssamarbeid på det faktum at teknologien i Forsvaret har blitt mer kostnadsdrivende, slik at samarbeid med andre nasjoner er nødvendig. Studien viser at å ta hensyn til felles medisinsk god standard i forbindelse med valg av samarbeidsnasjon, samt samtrening før utreise har verdi for det flernasjonale sanitetssamarbeidet i internasjonale operasjoner.

Studien synes også å vise at for å oppnå et best mulig flernasjonalt sanitetssamarbeid med andre partnere bør team sammensatt av personell fra samme nasjon være minste nivå for sanitetssamarbeidet. Eventuelt at man samarbeider med nasjoner som har likt nivå og standard som eksemplet med Sverige og Norge i den første casen, hvor det var få utfordringer med sanitetssamarbeidet. Dette synes å være funn som aktualiserer nordisk samarbeid, men også i prosesser knyttet til *Smart Defense* hvor små nasjoner kan samarbeide flernasjonalt om bidrag som er krevende å stille og ha kontinuitet på selv.

Funnene stemmer godt overens med det jeg har funnet i litteratur og doktriner. Det er imidlertid ikke nødvendigvis slik at øyensynlig mer ulike nasjoner er vanskeligere å samarbeide med. Ved å sammenligne casene så er det utfordringer knyttet til det flernasjonale sanitetssamarbeidet både med nasjonene Tyskland og Serbia. Samarbeidet med det tyske bidraget var samlet mer krevende enn å samarbeide med det serbiske teamet på 6 personer fordi det tyske bidraget var opptatt av formelle rammer, noe det serbiske teamet la mindre vekt på. På den annen side, så kan det synes som et større serbisk bidrag kunne ha gitt lignende problemer hvis bidraget hadde vært større, med bakgrunn i det kirurgiske teamets system. Det er likevel slik at de medisinsk ansvarlige stiller krav til godkjent helselovgivning og Best Practice, og dette synes som viktigere enn nasjonale ordninger og kultur. Ut i fra dette

så synes det som Norge vil være tjent med flernasjonalt sanitetssamarbeid med nasjoner som er på norsk medisinskfaglig nivå og at det bør være utgangspunktet ved valg av samarbeidspartner.

Kildeliste

- Aabakken, O. (2002). *Interoperabilitet: kostnadsdriver og styrkemultiplikator* (FFI Rapport 2002/02320). Kjeller: FFI.
- Berli, E. (Red.). (2012). *Innblikk i fellesoperasjoner: synergi gjennom felles innsats*. Oslo: Forsvarets stabsskole.
- Bricknell, M. (2007). Reflections on medical aspects of ISAF IX in Afghanistan. *Journal of the Royal Army Medical Corps 153(1)*, 44-51.
- Bricknell, M., & Hanhart, N. (2007). Stability operations and the implications for military health services support. *Journal of the Royal Army Medical Corps 153(1)*, 18-21.
- Bull-Hansen, H. (2008). *I krig for fred*. Oslo: Kagge forlag.
- Børresen, J., Gjeseth, G., & Tamnes, R. (2004). *Allianseforsvar i endring, 1970-2000. Norsk Forsvarshistorie (Bind 5)*. Bergen: Eide Forlag.
- COMEDS. (2009). *Enhancing interoperability in the Military Medical Domain*. Brussel: NATO.
- Cordell, R. F. (2012). Multinational medical support to operations: challenges, benefits and recommendations for the future. *Journal of the Royal Army Medical Corps 158(1)*, 22-28.
- Diesen, S. (2011). *Fornyelse eller forvitring?: Forsvaret mot 2020*. [Oslo]: Cappelen Damm.
- Doll, W., & Metz, S. (1993). *The Army and multinational peace operations: Problems and solutions*. Pennsylvania: Strategic Studies Institute, US Army War College, US Army Peacekeeping Institute.
- Five, P. A. (2010). *Erfaringer fra forsvarrets styrkegenerering for eltagelse i FN operasjonen i Tsjad - MINURCAT*. Oslo: Forsvarsstaben.
- Forsvarsdepartementet. (2006a). *St.prp. nr. 1 (2005-2006)*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fd/dok/regpubl/stprp/20062007/stprp-nr-1-2006-2007-/4.html?id=298234>.
- Forsvarsdepartementet. (2006b). *St.prp. nr. 1 (2005-2006)*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fd/dok/regpubl/stprp/20062007/stprp-nr-1-2006-2007-/2.html?id=298200>.
- Forsvarsdepartementet. (2007). *St.prp. nr. 1 (2006-2007)*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/pages/2013767/PDFS/STP200720080001_FDDDDPDFS.pdf.
- Forsvarsdepartementet. (2008). *Iverksettelsesbrev for Forsvaret for gjennomføringsåret 2009*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/FD/Budsjettdokumenter/IVB_forsvarsbudsjettet-2009.pdf.
- Forsvarsdepartementet. (2012a). *Iverksettelsesbrev til forsvarssektoren for langtidsperioden 2013-2016*. Oslo: FD.
- Forsvarsdepartementet. (2012b). *St. prp. nr 73: Et forsvar for vår tid*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fd/dok/regpubl/prop/2011-2012/prop-73-s-20112012.html?id=676029>.
- Forsvarsstaben. (2010a). *Erfaringer etter deployeringen til MINURCAT*. Oslo: Forsvarsstaben.

- Forsvarsstaben. (2010b). *Forsvarets personellhåndbok - Del E - Internasjonale operasjoner*. Oslo: FST/P.
- Forsvarsdepartementet. (2004). *St.prp. nr. 1 (2003-2004)*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fd/dok/regpubl/stprp/20042005/stprp-nr-1-2004-2005-/4.html?id=297112>.
- Granå, K. T. (2004). *Hærens sanitet 1888 - 2002*. Oslo: Forsvarets sanitet.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v* Oslo: HOD.
- Hofstede, G. (1993). *Kulturer og organisasjoner*. Oslo: Bedriftsøkonomens forl.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., Minkov, M., & Trier, M. (2010). *Kulturer og organisationer: overlevelse i en grænseoverskridende verden*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Mahoney, P., Hodgetts, T., & Hicks, I. (2011). The deployed medical director: managing the challenges of a complex trauma system. *Journal of the Royal Army Medical Corps* 157(3 Suppl 1) 350-356.
- Medcalf, J. (2006). *NATO: A beginner's guide*. Oxford: Oneworld Publications.
- MOD Serbia, & MOD Norway. (2009). *The technical Arrangement between the Ministry of the republic of Serbia and the Ministry of Defence of the Kingdom of Norway concerning the integration of Serbian personnel in the Norwegian Deployable Hospital participating in the United Nations Mission in the Central African Republic and Chad (MINURCAT II)*. Belgrade: MOD Norway.
- NATO. (2006a). *AJP-4.10(A) Allied joint medical support doctrine*. Brussel: NATO.
- NATO. (2006b). *NATO Handbook*. Brussel: NATO.
- NATO. (2009). *AJP-4 (B), Allied joint doctrine for logistics (Final draft)*. Brussel: NATO.
- NATO. (2010a). *AJP-01 (D) Allied joint doctrine*. Brussel: NATO.
- NATO. (2010b). *Allied joint doctrine for medical support (Final draft)*. Brussel: NATO.
- NATO. (2011). *MC 326/3, NATO principles and policies of medical support*. Brussel: International Military Staff.
- NATO. (2012). *APP-6, NATO glossary of terms and definitions*. Brussel: NATO Standardization Agency.
- NATOCOE/Medical. (2011). NATO medical lessons learned newsletter. Hentet 03.05.2013, fra http://www.coemed.hu/coemed/images/stories/nato_medical_lessons_learned_newsletter_sep_2011.pdf
- Sanitätsdienst der Bundeswehr. (2013). *Sanitätsdienstes der Bundeswehr*. Hentet fra http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst!/ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP3I5EyrpHK9quLEPL3S1KTUotK8Yr2k8uyijGL9gmxHRQAqfERg/.
- Schreiber, M. A. (2004). Damage control surgery. *Critical Care Clinics*, 20, 101-118. doi: 10.1016/S0749-0704(03)00095-2
- UNDPKO. (1999). *Medical support manual for united nations peacekeeping operations*. New York: United Nations.
- UNDPKO. (2008). *Generic guidelines for troop contributing countries deploying military units to the united nations peacekeeping missions*. New York: United Nations.

- UNDPKO. (2011). *Manual on policies and procedures concerning the reimbursement and control of contingent- owned equipment of troop/police contributors participating in peacekeeping missions* New York: United Nations.
- UNSC. (2009). *Resolution 1861*. New York: United Nations.
- Veterinærinstituttet. (2011). Shigella. Hentet 13.01.2011, fra http://www.matportalen.no/matsmitte_og_hygiene/tema/smittestoffer/shigella
- Weiss, T. G., Forsythe, D. P., Coate, R. A., & Pease, K.-K. (2007). *The United Nations and changing world politics*. Boulder, Colo.: Westview Press.

Vedlegg A Respondentoversikt

Case 1

Oberstløytnant Lars Terje Olsen var sjef for NDH ISAF i første kontingent 2006. Ble intervjuet 21. februar 2013 på Akershus festning.

Oberstløytnant Lars Skaarer Johansen var stabssjef NCC i ISAF første halvdel av 2006. Ble intervjuet 20. mars 2013 på Kolsås.

Overlege Per William Bratlie-Jensen var SMO NDH ISAF i første kontingent 2006. Ble intervjuet 19. februar 2013 på Ullevål universitetssykehus.

Major (M), nå HMS direktør i Forsvaret, Eigil Gulliksen var NCC lege i ISAF første halvdel av 2006. Ble intervjuet 6. mars 2013 i Oslo, FST bygning 66.

Kaptein (M) Anne Gjefsen var intensiv sykepleier i NDH i første og andre kontingent 2006/07. Ble intervjuet 4. mars på Lillehammer.

Case 2

Oberstløytnant Ståle Rudiløkken var sjef for NDH i førstekontingent 2009. Ble intervjuet 27. februar 2013 på Sessvollmoen.

Oberstløytnant Lars Terje Olsen var stabssjef NCC i MINURCAT i andre halvdel av førstekontingent 2009. Ble intervjuet 21. februar 2013 på Akershus festning.

Overlege Petter Iversen var SMO NDH MINURCAT i første kontingent 2009. Ble intervjuet 1. mars 2013 på Sessvollmoen.

Major (M) Birgit Angel Hansen var oversykepleier i NDH MINURCAT. Ble intervjuet 5. april 2019 over telefon fra Bodø.

Kaptein (M) Anne Gjefsen var intensivsykepleier og ledet intensivavdelingen i NDH MINURCAT. Ble intervjuet den 4. mars 2013 på Lillehammer.

Løytnant (M) Dag Bayegan-Harlem var juridisk rådgiver i NCC MINURCAT. Ble intervjuet den 15. mars 2013 på Akershus festning.