

# Foredrag i Oslo Militære Samfund mandag 9. februar 2009

ved

**Brigader Dag Hjelle,**  
Fungerende sanitetssjef



*Foto: Aksel Strømsheim, OMS*

## **Forsvarets fremtidige sanitetskonsept**

### **Innledning**

Først vil jeg få takke Oslo militære samfund for denne anledningen til å orientere om status og utviklingen av Forsvarets sanitetstjenester. Orienteringen tar utgangspunkt i mine erfaringer fra deltagelse i utviklingsprosessene i sanitetstjenesten siden 2000, som sjef for Forsvarets største stående sanitetsavdeling og stedfortredende sanitetsjef siden 2003 og som Fungerende sanitetsjef siden august 2007. Mitt anliggende i dag er å presentere en oversikt over det pågående arbeidet med å utvikle en moderne sanitetstjeneste i Forsvaret sett fra dette ståstedet.

### **Hva gjør egentlig Forsvarets sanitet?**

Forsvarets sanitetstjeneste er i dag organisert integrert i kampavdelingene under generalinspektørene med en operativ sanitetsstab i Forsvarets operative hovedkvarter og i en felles avdeling, Forsvarets sanitet. Sanitetsjefen er direkte underlagt Forsvarsjefen. Forsvarets sanitet leverer felles sanitetsavdelinger som feltsykehus og strategisk evakuering, militærmedisinsk ekspertise, felles sanitetsutdanning og helsetjenester i Forsvarets baser. Forsvarets sanitet utvikler og har faglig styring med investeringsporteføljen innen sanitet, og ivaretar grensesnittet mot sivil medisin. Hele systemet er avhengig av et tett samarbeid med de sivile helseforetak og

helsemyndigheter inkludert helsedirektoratet, mattilsynet, helsetilsynet og statens strålevern med flere. Logistisk understøttelse av sanitetstjenesten er organisert i Forsvarets logistikk organisasjon.

Militære operasjoner kan være svært krevende og foregå i miljø som stiller store krav til helsen. Derfor legges det i dag vekt på medisinsk seleksjon og på å forstå de helsemessige utfordringene i operasjonsområdene. I operasjonsområder som Afganistan, Sudan og Tsjad kan ulike helsetrussler som malaria og andre infeksjonssykdommer representere en betydelig trussel ikke bare mot individuell helse men også for styrkens operative evne. Det finnes eksempler på styrker i Afrika med 20 % syke til enhver tid. I folkehelseperspektivet pålegges det oss også et ansvar for å sørge for at vi ikke importerer infeksjonssykdommer til Norge og at Norges militære engasjement ikke har en for stor helsemessig kostnad for landet.

Før vi går videre vil jeg gi et lite innblikk i vår virksomhet slik at det er lettere å danne seg et bilde av hva sanitetstjenesten egentlig er og hva den gjør.

Sanitetstjenesten støtter styrkeproduksjonen med medisinsk seleksjon og helsetjenester under øvelser og trening.

. Gjennom dette blir sanitetstjenestens reglement for medisinske krav til soldater og den medisinske seleksjonsprosessen en strukturbærende virksomhet for all styrkeproduksjon og klargjøring av operative avdelinger. I stor utstrekning blir dette ivaretatt gjennom basehelsetjenesten. Totalt ble det i 2008 eksempelvis gjennomført 61000 konsultasjoner, 23000 hørselstester og gitt 28 000 vaksinasjoner. Sanitetstjenesten støtter alle pågående operasjoner til enhver tid med ulike elementer både her hjemme og ute i operasjonsområdene. Strategisk evakueringskapasitet, stressmestringsteam og andre medisinske ressurser er på beredskap tilpasset Forsvarets pågående operasjoner.

I ISAF har vi i tillegg til sanitetsstøtte inne i de operative avdelingene også hatt ansvar for å drive feltsykehus, i Kabul 2003/2004 og i Mazaar i Sharif i 2006/2007 for hele ISAF styrken i nord Afganistan. I tillegg har vi levert et mindre stasjonært feltsykehus i PRT Meymaneh; og siste året også en helikopterevakueringsenhet. Bildene viser sykehuset i Mazar e-Sharif og behandling av 117 pasienter for dysenteri som følge av matforgiftning. På ett år behandlet sykehuset nærmere 11800 polikliniske pasienter, det ble produsert ca 1500 pasientdøgn og gjennomført 176 større kirurgiske inngrep. På pasienter fra de fleste nasjonene som har styrker i Nord Afghanistan samt sivile Afghanere.

Vi ser også en økt anvendelse av sanitet som politisk verktøy. Eksempler kan være måten FSAN brukes for å etablere kommunikasjonskanaler mot landene på Balkan eller i nåværende operasjonsområder, som her fra sykehuset i Meymaneh. I Nord Afghanistan driver vi et prosjekt i samarbeid med WHO og det afganske helsedepartementet for å bedre sykehusmedisinen gjennom en spisset satsning på anestesi. Prosjektet har siden starten i 2006 sørget for bedre medisinske prosedyrer, bedre overlevelse og totalt sett et bedre kirurgisk tilbud ved sykehuset i Meymaneh for de 25 til 30 operasjonene som utføres hver uke, dvs over 3000 operasjoner siden prosjektets start. Innføringen av anestesi er også i god utvikling ved provinssykehuset i Mazar e-Sharif. Prosjektet i Meymaneh er til tross for mange utfordringer i ferd med å nå et bærekraftig nivå.

I disse dager forbereder vi deployering av et feltsykehus til FN operasjonen MINURCAT i Tsjad og nord østre del av den Sentralafrikanske republikk. Operasjonens målsetting er å skape et humanitært rom for å kunne hjelpe 260 000 flyktninger, 180 000 internt fordrevne og

lokalbefolkningen. Det var i 2008 ca 160 rapporterte angrep på humanitært personell i området. Sykehuset på i alt 150 mann skal sørge for den medisinske beredskapen for 8000 FN personell, ansatte i NGO'er og lokal befolkning. Operasjonen vil vare i ett år og er beregnet til en kostnad på ca 500 millioner kroner.

Forsvarets sanitet leverer også nasjonal kriseberedskap. For eksempel ble det i forbindelse med Tsunamien romjulen 2004/2005 behov for Forsvarets strategiske evakueringsystem. Totalt ble 118 skandinaviske pasienter evakuert fra Thailand til Norge. I tillegg trådte Forsvarets tannlegetjeneste inn til støtte for KRIPOS for å identifisere døde. Over 2000 døde ble identifisert. Alle norske ble funnet og identifisert. Det at nasjonen kan vise denne type handlekraft er viktig både for den som blir rammet og for samfunnets tillit til landet s myndigheter.

Gjennom de årene jeg har arbeidet i sanitetstjenesten har vi også måttet håndtere en lang rekke helsemessige problemstillinger knyttet til tidligere og pågående internasjonale operasjoner, så som mulige helse effekter av utarmet uran, radaraktivitet, gulfkrigssyndromet og post traumatiske stresslidelse. Helsemessig oppfølging av veteraner er nå en viktig del av vår daglige drift og er sentralisert til Nasjonal militærmedisinsk poliklinikk og Forsvarets helseregister.

Dette var noen få eksempler fra pågående aktiviteter i Forsvarets sanitet, men hva med den fremtiden vi skal planlegge for; Vil det være behov for en militær sanitetstjeneste i fremtiden?

Det er et spørsmål som har vært stilt før og som stilles med jevne mellomrom – også i disse dager. Det kan derfor være på sin plass å starte med ett lite tilbakeblikk.

Til tross for at det historisk har vært en nær relasjon mellom utviklingen av et legevesen i Norge og militær virksomhet, kom det ikke på plass ett militært sanitetsvesen i det norske Forsvaret før på slutten av 1800 tallet – etter mye motstand og treghet - nærmere 100 år etter militære stormakter som England, Tyskland og Frankrike. Det norske militære sanitetsvesenet har hatt svært varierende vilkår, styrt av fare for krig eller deltagelse i kamphandlinger. I mellomliggende tider har sanitetsvesenet hatt dårlige forhold i Norge. Hærens sanitet ble som et eksempel nedlagt i 1933 med det resultat at man ikke hadde en fungerende sanitetstjeneste under kampene i Sør Norge. Men også med den konsekvens at man fant det nødvendig å opprette Forsvarets sanitet i London under krigen.

Hva er så den situasjonen vi ser i krystall kula for fremtidig militær aktivitet og dermed behov for en militær sanitetstjeneste?

Norges militære styrker skal være en garanti for nasjonens selvstendighet, demokratiet og innbyggernes sikkerhet, men er også et politisk verktøy på den internasjonale arena. Utviklingen de senere år har også vist oss at militære styrker stadig oftere benyttes for å håndtere konflikter og situasjoner internasjonalt. Fellestrekk for disse situasjonene er at sivile myndigheter har mistet kontroll og sikkerhetssituasjonen skaper vanskelige humanitære forhold. Forhold som igjen kan påvirke sikkerhetssituasjonen negativt. Det kan da bli nødvendige med militære intervensjoner i internasjonal regi. Bak disse lokale og regionale konfliktene kan det også avtegnes mer grunnleggende interesskonflikter knyttet til tilgang til ressurser som vann, mat og energi. Bak dette kan man også se konturene av underliggende interessemotsetninger mellom verdens ledende økonomier. Alt dette gjør det svært sannsynlig at Norge som medlem i NATO og FN vil måtte ta høyde for militær deltagelse i ulike internasjonale operasjoner i lang tid fremover. I den sammenheng har sanitetsavdelinger vist seg å være hensiktsmessige militære styrkebidrag å sette inn både som selvstendige avdelinger og som støtte til andre militære styrker. Sanitet kan i mange

situasjoner skape militær tilstedeværelse uten at man nødvendigvis setter inn kampstyrker. Et eksempel fra de siste ukene er forslaget fra ledende politikere i Zimbabwes naboland om militær intervensjon i Zimbabwe for å kontrollere kolera epidemien. En epidemi landet ikke klarer å håndtere selv og hvor naboene frykter spredning.

De senere årene har vi også sett at sanitet kan brukes som et politisk og militært verktøy. Sanitet og helsetjeneste er militært "ufarlig" ved at den ikke representerer en direkte militær trussel og kan derfor brukes i mange situasjoner. En stadig større del av FSANs virksomhet og ressurser benyttes for å åpne dører og tilrettelegge for kommunikasjon, blant annet i forhold til internasjonaliserings- og demokratiprosesser på Balkan, i tidligere Øst Europa og i de operasjonsområdene hvor vi finner norske styrker. I militære operasjoner representerer sanitet og veterinærtjenester også en operativ akse for å underbygge en strategi knyttet til oppbygging av sivil infrastruktur.

Når det gjelder den militærteknologiske utviklingen ser vi at mindre styrker og enheter i samvirke får større slagkraft. Det betyr at enkeltindividets funksjonsevne blir stadig viktigere. Dermed blir avdelingene mer sårbare for tap av enkeltpersoners funksjonsevne. Medisinsk styrkebeskyttelse blir dermed svært viktige for avdelingenes kampkraft. Internasjonale operasjoner er også sårbare når det gjelder personell. Unødvendig tap, skade eller sykdom kan foruten å svekke operativ evne også fordyre styrkeproduksjonen vesentlig.

I det sivile helsevesen har vi over de siste tyve årene sett en utvikling preget av økt spesialisering, sentralisering og bedre og mer effektiv behandling av stadig flere lidelser. Befolkningens forventning til medisinsk behandling har økt betydelig og dette skaper også en forventning til den militære sanitetstjenesten kvalitet – som vi må ta på alvor. Disse to forholdene legger føringer for utviklingen av det militære sanitetssystemet.

### **Utfordringer for Sanitetssystemet: (ved nyorienteringen av Forsvaret)**

Helt frem til i dag har det norske sanitetssystemet vært basert på mobilisering og rekvisisjonslovgivning. På starten av 90 tallet hadde vi 48 større eller mindre sykehus basert på en mobilisering. På papiret en imponerende ressurs. Svakheten med dette systemet er imidlertid at det er innrettet mot å virke i Norge, det krever at man tar ut fagpersonell fra et fungerende sivil helsevesen, krever lang opptreningstid og en politisk beslutning om mobilisering. I dag har vi kun et fåtall feltsykehus, hvorav kun to er på operativ status. Et i PRT Meymaneh og ett som i disse dager er på vei til en FN operasjon i Tsjad.

Norske styrker har de senere årene vært gjennom en betydelig omorganisering og profesjonalisering med mye nytt materiell, kort varslingstid, stor fleksibilitet og mobilitet som noen utviklingstrekk. Hvilke utfordringer står vi så ovenfor når sanitetssystemet skal videreutvikles til å understøtte en moderne forsvarsstruktur?

Først og fremst stod vi tidlig ovenfor en mental utfordring både internt i sanitetstjenesten og i Forsvaret forøvrig, blant annet fordi viktig medisinsk fagpersonell ble oppfattet som gratis ressurser for Forsvaret som følge av mobiliseringssystemet. Ressurser man mente å kunne trekke på ved behov. Dette ble spesielt synlig høsten 2007 i forbindelse med legemangelen til operasjonene i Afghanistan.

Derneft stod vi i en situasjon der det måtte utvikles helt nye konsepter for sanitetsoperativ virksomhet. Konsepter som måtte henge sammen i et helhetlig sanitetssystem, og samtidig kunne la seg integrere i forsvarsgrenenes kampsystemer.

I tillegg var det store organisatoriske og kulturelle utfordringer knyttet til forståelsen av nødvendigheten av at en rekke av Forsvarets medisinske ressurser måtte sentraliseres for å unngå systemkollaps.

Opp i alt dette skulle daglig drift og leveranser til internasjonale operasjoner og beredskapsoppdrag gå for fullt med kontinuerlige leveranser av enkeltpersoner og avdelinger. Oppdragene ble løst med fortløpende rekruttering av fagpersonell hentet fra det sivile helsevesen til tjeneste i Forsvaret – et meget sårbart og lite forutsigbart system. Et system man ikke kan basere en moderne militær struktur på. Alt dette foregikk samtidig med kontinuerlige interne omorganiseringsprosesser.

Selv om dette for mange impliserte krevde betydelige innsats, kanskje på grensen av det forsvarlige, har deltagelse i stadig pågående operasjoner vært en sterk positiv pådriver i transformasjonen av Forsvarets sanitet. Det har bedret forståelsen for virksomhetens betydning, endret holdninger og bedriftskultur og økt respekten for tjenesten både internt og eksternt.

På bakgrunn av denne erfaringen kan det konkluderes med at dagens situasjon krever en stående sanitetsstyrke av profesjonell kvalitet både medisinsk og militært. Denne stående sanitetsstyrken må ha sentrale militære og medisinske komponenter i daglig drift. Noe av utholdenheten som lå i mobiliseringskonseptet må bevares gjennom etablering av en kontraktbasert sanitetsreserve som ved behov kan øke innsatsen i volum og gi utholdenhet. Det må altså innarbeides en fleksibilitet og skalerbarhet i systemet. For å ha en troverdig sanitetstjeneste må sanitetsreserven på lik linje med Heimevernets innsatsstyrke gjennomføre årlig trening og stå på kontrakter som gjør det mulig å benytte personellet i hele spekteret av sanitetsoppgaver, både under operasjoner i Norge og til operasjoner i utlandet.

Nye operasjonsmønstre, fellesoperative og nettverks baserte operasjoner krever at vi har et sanitetssystem hvor sentrale medisinske og operative komponenter er like og kan brukes i alle scenarier. I tillegg må sanitetskomponenter kunne integreres i kampsystemene, samtidig som de har en enkel grenseflate mot fellessystemene. For å kunne fungere godt sammen med andre militære komponenter er det derfor viktig at sanitetets rolle er tydelig definert – det gjelder både operative konsepter, myndighet og ansvar. For å kunne fungere sammen med det sivile helsevesen må Forsvaret ha en medisinsk standard som er lik eller kompatibel med sivil standard. Dette er lagt til grunn for utviklingen av det moderne sanitetssystemet.

### **Så, hva krever det av oss som skal yte denne tjenesten?**

Man skal huske på at operativ sanitetstjeneste skal levere på sitt beste når ting går galt. Det krever robuste militære kvalifikasjoner. Det krever robuste medisinske kvalifikasjoner. Og det krever at disse fagområdene kan samarbeide i krevende situasjoner. Oppdragene som i dag løses av Forsvaret, og trusselbildet, stiller også høye krav til personellet som skal bekle sanitetsfunksjonene. Dagens fragmenterte stridsfelt stiller like strenge krav til sanitetspersonellets soldatferdigheter som til den tradisjonelle infanteristen.

Sanitetspersonellet må på den ene siden være i stand til å ta vare på seg selv – beherske grunnleggende soldatferdigheter. I tillegg skal sanitetspersonellet kunne betjene lags- og

avdelingsutrustning og være samtrent med det forbandet de inngår i, slik at stridsdriller, prosedyrer og avdelingstilhørighet gir de synergier som kjennetegner en profesjonell soldat og avdeling.

På den annen side skal sanitetspersonellet beherske kompliserte medisinske prosedyrer. Disse prosedyrene skal kunne utføres medisinskfaglig forsvarlig utenfor et tradisjonelt sykehusmiljø. I et utemiljø med ytre påvirkninger som nedbør, kulde, ekstrem varme, sand og støv, hvor sanitetspersonellet samtidig selv kan være i livsfare.

En modell med tilfeldig rekruttering direkte til operasjoner slik vi tidligere har gjort er ikke lenger en farbar vei. Dagens virksomhet krever en høyere militær og medisinsk profesjonalitet. Det krever en kombinasjon av militær og medisinsk kompetanse og ferdigheter, brukt i et miljø som krever god situasjonsforståelse og tilpasset handlingsevne.

### **Hva har vi gjort med det?**

Det ble raskt klart at disse utfordringene måtte møtes i flere dimensjoner samtidig.

### **Fagmyndighet: moderniserte konsepter, doktriner og struktur**

En moderne sanitetstjeneste fordrer et oppdatert militærmedisinsk regelverk. Dette regelverket må speile sivile regelverk og bestemmelser, men samtidig må det tilpasses til Forsvarets virksomhet og egenart. Etablering og vedlikehold av et tydelig og oppdatert militærmedisinsk regelverk er blant de viktigste fagmyndighetsoppgavene til Forsvarets sanitet. Fagmyndighetsrollen innebærer en militærmedisinsk myndighetsutøvelse på vegne av Forsvarssjefen. Denne fagmyndighetsrollen innebærer kravstilling til prosesser som sanitetsutdanning, militære og medisinske prosedyrer, medisinsk dokumentasjon, og medisinsk seleksjon.

Flytter man denne virksomheten ut av Forsvaret vil man også tilsvarende flytte deler av den militære myndighet ut av Forsvaret og over til sivile strukturer. Ved en slik øvelse vil det være fastlegen som bestemmer om en person skal kunne delta i eller fritas for militær tjeneste. Utøvelse av medisinsk skjønn basert på kjennskap til avdelingens virksomhet og personellens hverdag blir da svært vanskelig. Dette er en av grunnene til at man på militær side trenger en tydelig fagmyndighet for helsemessig forvaltning av Forsvarets personell, både vernepliktige og ansatte. Et militærmedisinsk seleksjonssystem skal sikre god saksbehandling av både vernepliktige og ansatte. Militærmedisinsk kyndige leger må bemanne dette systemet.

Til fagmyndighetsrollen ligger også et ansvar for å utvikle nye konsepter og systemer for Forsvarets sanitetstjeneste. Sanitetskonseptene må sørge for at sanitetstjenesten henger sammen på tvers av våpengrener og også med sivil helsetjeneste. Et bærende prinsipp i konseptene er at pasienten sikres adekvat behandling og tilgang til medisinsk ekspertise fra skade til friskmelding. En slik ambisjon må naturlig nok understøttes av relevante og dimensjonerte sanitetsavdelinger med moderne materiell og utrustning. Fagmyndigheten har derfor et ansvar for å fremme og samordne nye investeringsprosjekter på sanitetssiden, samt bidra til at det går en rød tråd gjennom alle Forsvarets sanitetsstrukturer.

Det måtte utvikles ett nytt sanitetssystem både konseptuelt, kompetansemessig og materiellmessig. Det har vi gjort gjennom de siste tre årene innen feltet feltsykehus, integrerte sanitetssystem (role 1) og innen evakuering. Innen alle disse domene er vi nå i ferd med å innfase nytt utstyr med kvalifisert personell i ett konseptuelt nytt sanitetssystem. Det er gjennomført

utviklingsarbeid og nybrottsarbeid på mange felt. Et eksempel kan være innen medisinsk evakuering hvor vi har utviklet et system som både operativt og teknisk er det mest avanserte og robuste i verden i dag. Et annet eksempel kan være utviklingen av et nytt fleksibelt modulbasert feltsykehus system som nå er under anskaffelse og implementering. Det er anskaffet et konteinerbasert fast feltsykehus system med tre sett som vi nå i vår vil deployere til FN operasjon i Tsjad. Det at sanitetssystemet nå blir modulbasert, gjør det mulig å skreddersy avdelingene både kapabilitet- og kapasitetsmessig i forhold til oppdraget som skal løses.

Utdanningen av sanitetspersonellet holder nå en høy faglig standard, er ensartet i hele Forsvaret og er under stadig utvikling for å sikre at vi praktiserer i tråd med "beste medisinske praksis". I sum betyr dette at vi får et gjennomgripende sanitetssystem med stor interoperabilitet på tvers av avdelinger og våpentilhørighet.

### **Militærmedisinsk virksomhet:**

Militære teknologier og våpensystem stiller store krav til menneskene som skal betjene de. Det nedlegges derfor mye arbeid i å forbedre grensesnittet mellom teknologiske muligheter og operatør. For Forsvarets sanitet er har denne virksomheten sin tyngde inne fly og dykkermedisin, men vi ser at dette feltet er i stadig vekst og vil omfatte stadig mer av den militærmedisinske virksomheten fra idrettsmedisin til operativ psykologi.

### **Sanitetsoperativ styrkeproduksjon:**

Forsvarets nye innretning medfører et kontinuerlig behov for leveranser av sanitetsavdelinger, sanitetslag og enkeltpersoner med oppdatert sanitetskompetanse og ferdigheter til understøttelse av militære operasjoner.

For å imøtekomme behovet for styrkeproduksjon av sanitetskompetanse jobbes det kontinuerlig med å forbedre utdanningskonseptene. Sanitetsutdanning er kompetansekrevene og det er stor etterspørsel etter støtte til å gjennomføre sanitetsutdanning for militære avdelinger som er i ferd med å deployere til operasjoner. Dette trykket ligger ikke bare på FSAN, men på alle Forsvarets sanitetsavdelinger. Sanitetsavdelingene strekker seg langt for å imøtekomme dette behovet, som en konsekvens må sanitetsavdelingene balansere konsekvensen slik at egen avdelingstrening ikke blir for mangelfull. Fra FSANs side jobbes det derfor med å bygge opp sanitetskompetansen i hele Forsvaret slik at avdelingene skal være i stand til å ta en større del av den grunnleggende sanitetstreningen selv. En del av dette arbeidet innbærer utgivelse av oppdaterte undervisningshjelpemidler og lærebøker.

Som tidligere nevnt er det ikke bare medisinske kompetanse og ferdighet som er viktig for sanitetspersonellet. Trening på militære grunnleggende enkeltmanns- og avdelingsferdigheter er minst like viktig. Som et eksempel på dette kan det nevnes at amerikanernes undersøkelsesdrill av skadet personell har endret seg som følge av erfaringene fra Irak og Afghanistan. Tidligere var første punkt i drillen spørsmålet; "er området sikret", i dag er første punkt i drillen endret til "skyt tilbake". I en travel hverdag med stor arbeidsbelastning kan det være vanskelig for flere enn sanitetsoffiserer å finne tid til å gjennomføre grunnleggende militær ferdighetstrening. For å imøtekomme behovet for og hjelpe den enkelte offiser med prioritering av tid for militær trening har vi en målsetting om å stille minimumskrav og tilrettelegge for årlig vedlikeholdstrening av militære ferdigheter for alt sanitetspersonell

### **Personell**

Med dette bakteppet iverksatte Forsvarsjefen en rekke prosesser for å sikre nødvendig medisinsk personell til Forsvarets virksomhet og operasjoner. Personell som er samøvd med resten av avdelingen og som har riktig kompetanse, ferdigheter og operativ tilgjengelighet. I første rekke har dette arbeidet konsentrert seg om akademisk militært helsepersonell: leger, veterinærer, tannleger, psykologer og farmasøyter.

For å lykkes med dette er det avgjørende at personellet kan tilbys vilkår som oppleves som konkurransedyktige, at tjeneste i Forsvaret ikke blir en faglig stagnasjon og at det finnes utviklings- og karrieremuligheter. Egen strategiplan for å rekruttere og utvikle dette personellet er ferdigstilt og godkjent av Forsvarsjefen. Nå er vi inne i implementeringsfasen. Å lykkes med dette er antagelig den enkeltfaktoren som betyr mest for en positiv utvikling av sanitetstjenesten nå. I tillegg ser vi at det går mot kritisk mangel på sanitetsoperative offiserer med en god og relevant militær bakgrunn. Det blir derfor neste skritt innenfor personellområdet for oss å adressere dette .

### **Sivilt militært grensesnitt**

I det sivile militære grensesnitt er vi avhengig av et faglig samarbeid, et operativt samarbeid og et samarbeid om styrkeproduksjon av militært helsepersonell. Som resultat av mobiliseringssystemet er det en god dialog mellom helsemyndigheter, helseforetak og Forsvarets sanitet. Tidligere måtte de aller fleste leger avtjene verneplikt. Dette bildet er totalt endret. Nå er det et svært lite mindretall av leger, farmasøyter, tannleger, psykologer og veterinærer som avtjener verneplikt. Det må være like naturlig at det finnes militære leger eller veterinærer i Forsvarets operative avdelinger som at det finnes militære flygere. En del av dette personellet må være stadig tjenestegjørende i Forsvaret. Andre tegner en frivillig kontrakt med Forsvaret basert på sin sivile helsefaglige virksomhet. Det blir derfor nødvendig å etablere ett nytt grensesnitt mellom sivil og militær sektor på dette området.

For å kunne ivareta dette nye grensesnittet mellom militær og sivil medisinsk virksomhet har vi utviklet et konsept kalt Forsvarets medisinsk senter hvor vi foreslår å samle det meste av Forsvarets medisinske spisskompetanse i et eget bygg i tilknytning til Oslo Universitetssykehus. For et lite land som Norge tror vi dette er eneste mulighet for å ivareta og utvikle nødvendig medisinsk spisskompetanse for Forsvarets virksomhet.

Det er viktig å være klar over at det er noen prinsipielle forskjeller mellom sivil og militær medisinsk virksomhet. Det militære medisinske apparatet er en del av statens maktutøvelses apparat og underlagt Forsvarssjefens myndighetsområde. Helsevesenets målsetting er å optimalisere individets og populasjonens helse. Det militære sanitets hovedmålsetting er å skape og vedlikeholde stridsevne ved bruk av medisinsk og sanitetsoperativ virksomhet. Helse, både på individuelt nivå og på styrkenivå er en avgjørende og meget sårbar innsatsfaktor i militær virksomhet. Derfor henter Forsvaret ut den friskeste delen av de vernepliktige årskullene, i tillegg er det knyttet helsekrav til alle operative posisjoner. Planlegging av operasjoner basert på et oppdatert og godt medisinsk informasjonsbilde og medisinske styrkebeskyttelsestiltak er også av avgjørende betydning for en operativ styrke.

I tillegg er det av avgjørende betydning for den enkelte soldats stridsmoral og effektivitet å vite at han eller hun blir tatt vare på medisinsk ved skade eller sykdom i våre operasjoner. Det er også viktig for våre politiske beslutningstakere og soldatenes familie at de vet at soldatene får den hjelp de trenger dersom de skulle bli skadet. Basert på utviklingen de siste par årene, hvor vi i 2007 hadde store hull i sanitetspersonellbemanningen ute, har vi i 2008 hatt nær full dekning av fagmedisinsk personell hele tiden. De tiltak som nå iverksettes vil trolig sikre denne situasjonen.

Derfor kan jeg nå si at vi i dag har en profesjonelt utrustet og trent sanitetsorganisasjon som leverer en tjeneste som ligger så nær opp til den kvaliteten du finner i helsetjenesten hjemme i Norge som situasjonen soldatene opererer under tillater.