

Fagskolen Rogaland
avd. Helse- og oppvekstfag

Fagretning:
Prehospital akuttmedisin og operativt
ambulansearbeid

Emne 6, Hovedprosjekt

Tema:

I hvilken grad legger dagens organisering av den prehospital akuttmedisinske tjenesten i Norge til rette for effektiv samordning med Forsvaret innenfor rammen av totalforsvaret?

Utleveringsdato:
05.02.26

Innleveringsdato:
04.05.26

Antall sider: 27
Antall ord: 5077

Studiested: Fagskolen Rogaland
avd. Helse- og oppvekstfag

Innholdsfortegnelse

INNHALDSFORTEGNELSE	2
1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn	1
2 TEORI.....	2
2.1 Totalforsvaret	2
2.2 De prehospitale tjenestene.....	2
2.3 AMK Sentralene.....	3
2.4 Forsvaret.	3
2.5 Krigens folkerett	4
2.6 Dimensjoneringen i fredstid.....	5
2.7 Samvirke og interoperabilitet	6
DRØFTING	7
3.1 Kapasitet og dimensjonering i fredstid versus krise.	7
3.2 Variasjon i operativ resiliens mellom sivile og militære aktører	9
3.3 Samvirke imellom sivile prehospitale tjenester og Forsvaret.....	11
3.4 Ledelse, struktur og beslutningsprosesser i samvirket	13
3.5 Juridiske og folkerettslige rammer i samvirket.....	15
3.6 Organisering av prehospitale tjenester og betydning for nasjonal samordning	17
AVSLUTNING	20
LITTERATURLISTE	22

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

De siste årene har geopolitiske spenninger og et mer komplekst trusselbilde bidratt til å aktualisere beredskap og krisehåndtering i Norge. Hendelser som Naturkatastrofer og pandemier og terrorangrep, samt med en pågående væpnet konflikt i Europa, har synliggjort behovet for et robust og velfungerende totalforsvar.

Totalforsvaret bygger på prinsippet om militære og sivile aktører skal samvirke og yte gjensidig støtte for å utnytte samfunnets samlede ressurser på en effektiv måte, både i krig og kriser.

De sivile prehospitale tjenestene utgjør her en sentral del av denne beredskapen, med ansvar for livreddende behandling og transport av pasienter til endelig behandlingsted. Tjenestene er organisert under helseforetakene og i stor grad dimensjonert for daglig drift og forutsigbare variasjoner på belastningen.

Parallelt med dette besitter Forsvaret markante ressurser innen Logistikk, operativ ledelse og Sanitet, med evne til å virke under krevende forhold over tid. Dette gjør forsvaret til en essensiell støtteaktør når sivile ressurser utfordres.

Til tross for etablerte prinsipper om gjensidig støtte og samvirke, reiser dagens organisering av de sivile prehospitale tjenestene flere problemstillinger knyttet til samarbeid og samordning med Forsvaret. Den desentraliserte strukturen, variasjoner mellom helseforetakene og forskjellige organisasjonsstrukturer og ledelsesformer kan påvirke evnen til effektiv samhandling, særlig i langvarige og komplekse hendelser. Dette skaper et spenningsforhold mellom drift i fredstid og behovet for robusthet og koordinering i væpnet konflikt og krise.

På bakgrunn av dette tar oppgaven utgangspunkt i følgende problemstilling:

I hvilken grad legger dagens organisering av den prehospitale akuttmedisinske tjenesten i Norge til rette for effektiv samordning med Forsvaret innenfor rammen av totalforsvaret?

For å belyse problemstillingen vil oppgaven drøfte og analysere sentrale faktorer som dimensjonering og kapasitet, operativ resiliens, interoperabilitet og samvirke, beslutningsprosesser og ledelse, samt folkerettslige og juridiske rammer.

2 Teori

2.1 Totalforsvaret

Definisjonen av Totalforsvaret er landets samlede militære og sivile beredskapsressurser som er myntet på å forhindre og virke under væpnet konflikt i Kongeriket og Krisesituasjoner. Det er her at Sivile og Militære bidrar med gjensidig støtte når behovet oppstår, med relevant kompetanse og ressurser for å sammen løse oppgaven, uavhengig tjenester som er involvert (DSB,2026).

Begrepet totalforsvaret oppstå etter frigjøringen av Norge i 1945 (Børresen,2025) men fikk ny relevans da den kalde krigen oppsto, og faren for ny verdenskrig var overhengende spesielt med fokus på nå hadde begge sider tilgang på atomvåpen i forskjellige destruktive proporsjoner. Etter murens fall og Sovjetunionens oppløsning ble denne revitalisert av regjeringen i 2016.

2.2 De prehospitale tjenestene

De prehospitale tjenestene i Norge er underlagt hver lokale helseforetak i drift av Ambulanseressurser og spesialiserte ekstra ressurser som båtambulanse og luftambulanse ressurser, Prehospitale tjenester er en del av Spesialhelsetjenesten i Norge. Det er i dag 20 helseforetak som drifter hver sin prehospitale tjeneste og hvor 16 AMK sentraler håndterer ressurs koordinering og mottak av anrop på nødnummeret 113, innenfor sine geografiske

ansvarsområder. Helseforetakene har i dag monopol på Drift av ambulanser og sykefrakt tjenester, men innkjøp og anskaffelses ordninger er overordnet håndtert av Sykehusinnkjøp HF (*Sykehusinnkjøp, 2026*). Delegering og kompetanse nivå er nå forankret i FRAM konseptet (*finsrud, 2025*) gjør nå at det er en felles konsensus rundt behandlings prosedyrer og medisinsk innhold i ambulansene utover kriteriene i (*Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus, 2005, §15-§17*). Dette innbefatter også kontinuerlige krav til kurs og kompetanse virksomhet på operativt personell som spesielt innenfor PHTLS og AMLS kursene under NAEMT sin kompetanse paraply (*Stiftelsen Norsk Luftambulanse, 2026*)

2.3 AMK Sentralene

Nødnummeret 113 er geografisk rutet til en av 16 AMK sentraler som håndterer mottak av nødtelefon og ressurskoordinering og ut alarmering av Lege i vakt ved behov. AMK gjennomføres også prioritering av nød anropet ut ifra norsk index for medisinsk nødhjelp (*helsedirektoratet, 2024*)

I likhet med Politiets operasjonssentral og brannvesenets nød sentral kan AMK iverksette trippelvarsling der tverrfaglig innsats er nødvendig. Regionale AMK sentraler har også et særskilt ansvar med dedikert personell i å ivareta ut alarmering av Ressurser underlagt LAT HF og gjennomføre flight following av ressurser på oppdrag. Regionale AMK sentraler kan også støtte andre AMK sentraler med nød anrop og flåtestyring hvis behovet tilsier det.

2.4 Forsvaret.

Forsvarets sanitet alias FSAN (*Fsan, 2026*) er i dag overordnet fagmyndighet for alle sanitets rettet virksomhet i Forsvaret i alle forsvarets grener, og representeres av alle forsvarsgrener og lokalisert til Sessvollmoen Leir. I daglig tjeneste betjener FSAN drift av sykestuer for forsvarets faste lokasjoner og kan bidra fleksibelt inn i nasjonale og internasjonale operasjoner. FSAN kan bidra med Feltsykehus-veterinær tjeneste-evakuerings tjenester, Dette med egnede robuste transport løsninger og at mye av oppsettet er klargjort og mobil og kan deployeres på kort varsel. Grunnopplæringen til sanitetssoldatene uavhengig av formell utdanning og kompetansenivå, er nå synkronisert med andre medlemsland i NATO med TCCC konseptet (*Hæren, 2025*). Dette gjør det mulig for sivile prehospitale tjenester og samvirke tett sammen med Forsvarets Sanitetsressurser uavhengig av avdelingstilhørighet.

Forsvarets operative hovedkvarter alias FOHK (*Forsvaret, 2023*) har total nasjonal og internasjonal oversikt over pågående øvelse og operasjoner, og ressurstilgjengelighet. FOHK er den første militære instansen som mottar bistandsanmodning ifra Nødetater og departement nivå, og iverksetter derifra varsling og koordinering av egnede ressurser til å kunne bistå. Dette må ikke forveksles med forsvarets drift av 330 skvadronen alene som løser daglige oppdrag på alarm utkall ifra hovedredningssentralen, som en del av redningstjenesten (*Hovedredningssentralen, u.å.*).

2.5 Krigens folkerett

Krigens folkerett som de fleste nasjoner er bundet til regulerer hvordan væpnet konflikt skal gjennomføres, dette med særskilt søkelys på å unngå unødvendig lidelse som å skade sivil infrastruktur, og beskytte sivile. Innenfor krigens folkerett er Genève konvensjonen som gir spesiell beskyttelse til sårede, syke og helsepersonell og sanitetspersonell (*forsvaret, 2025, s. 120-121*). denne lovteksten gir tydelige føringer for ikke bare Sivile og militære aktører, men også organisasjoner som Røde Kors aktører. Dette setter også tydelige krav til merking av sykehusinstallasjoner og kjøretøyer.

Relevansen her gjelder spesielt for prehospitale tjenester som kan forventes og operere i grenseflaten imellom sivile og militære aktører i krisesituasjoner og væpnet konflikt, skal beskyttes og respekteres av alle stridende parter, samme beskyttelse gjelder ambulanser-hospitalskip-sykehus sivile og militære og sanitetsmateriell ikke skal angripes eller utsettes for sabotasje. Genève konvensjonen gir også tydelige føringer at partstilhørighet eller sivile i konfliktområdet skal få likeverdig medisinsk behandling av alt beskyttet personell uavhengig om militær eller sivil status.

For de sivile prehospitale tjenestene betyr dette at klare juridiske rammer. Likeså kan det oppstå kan det oppstå utfordringer når sivile og militære aktører skal virke så tett som totalforsvarskonseptet her legger føringer til. Dersom sivile ambulanser og personell i for stor

grad integreres i militære operasjoner. Dette kan gi uklarheter rundt beskyttelses statusen, som en konsekvent kan dette gi en svekkelse av beskyttelses statusen opp imot krigens folkerett. Innenfor totalforsvaret er samvirket mellom militære og sivile aktører på alle plan en faktor som forutsetning for effektiv hendelseshåndtering i krise.

Likevel må en balanse her opprettholdes mellom krigens folkerett når det kommer til nøytraliteten og beskyttelsen som gjelder medisinsk personell. Dette kan skape utfordringer og et spenningsforhold mellom effektivitet generelt og beskyttelse statusen.

Krigens folkerett legger her viktige føringer om hvordan militære og sivile prehospitale sanitetsressurser kan samvirke i en væpnet konflikt, og gir et viktig moment i drøftingen av totalforsvarets funksjon i nevnte situasjoner.

2.6 Dimensjoneringen i fredstid

I fredstid opererer de prehospitale tjenestene innenfor en normal beredskap med vedtatt ressurs dimensjonering og ordinær bemanning på AMK sentralene. Mindre beredskapsvariasjoner kan forekomme, blant annet knyttet opp mot høytider, ferieavvikling, og sesongbasert økt befolkningsantall. Dette kan gjelde skjærgården på sommeren og høyfjellet om vinteren. Får å kunne opprettholde en forsvarlig beredskap styrkes slike områder ofte med ekstra ressurser for å sikre god pasientflyt og responstid (*Sirevaag,2024*). Det er variasjon på antall og type ressurser basert på geografi.

Ved Ekstra ordinære hendelser, som ekstremvær, kan ressurs omdisponeres eller antallet økes til relevante lokasjoner for å optimalisere beredskap og pasienthåndtering. Et relevant eksempel er Covid-19 pandemien, her opplevde alle Helseforetak utfordringer rundt egne kapasiteter. Under pandemien ble det nasjonalt sett nødvendig å benytte andre ressurser under totalforsvaret for å løse logistikk og pasienttransport oppdrag med frivillige Beredskapsambulanser (*Larsen,2022*).

Når forhøyet beredskap inntreffer, uavhengig om det er naturhendelser, større ulykker eller væpnet konflikt, har de Prehospitale tjenestene fastsatte beredskapsplaner som er integrert i Helseforetaket overordnede beredskapsplanverk. Disse skal sikre helhetlig drift ved uforutsette hendelser som truer samfunnssikkerheten, og bidra med risikoreduserende tiltak (*bjelland&nakstad,2020,s.21*)

2.7 Samvirke og interoperabilitet

Samvirke er det fundamentale prinsippet innenfor totalforsvaret, og innebærer at sivile og militære aktører i alle former samarbeider for oppdragshåndtering i kriser av varierende karakterer og væpnet konflikt. Et sentralt begrep her er interoperabilitet som er evnen ulike organisasjoner har til å operere sammen på alle nivåer på en koordinert og effektiv måte tross kompetanse, operativ kultur og organisasjonsstruktur.

Innenfor de prehospitale tjenestene er samvirke den viktigste forutsetningen for effektiv håndtering av større hendelser. AMK sentralene funksjon er å fungere som koordinerende ledd, og samarbeider med politi og brannvesen og andre nødetater ved behov når det oppdraget er tverrfaglig innsatsbetinget enten i form av Trippelvarsling/Sar-Varsling/tverrvarsling (helsedirektoratet,2026).

Når hendelsens omfang overstiger de ressurs kapasitetene til sivile ressurser, kan Forsvaret bidra med dedikert støtte til blant annet transport-logistikk og sanitet.

Interoperabilitet er særskilt relevant i møtepunktet imellom sivile prehospital tjeneste og forsvarets sanitetsressurser. På forsvarets side har nå TCCC konseptet gitt en helhetlig standard i kompetanse og behandlingsprosedyrer og medisinsk materiell, dette konseptet er også integrert i NATO for øvrig. Det er her den sivile prehospitale tjenesten har PHTLS bidrar til å redusere forskjellen, og tilstreber en sømløs behandlings metodikk Stiftelsen norsk luftambulanse,2026). Selv om det nå behandlingsmessig foreligger en sømløs behandlings flyt, eksiterer det fortsatt utfordringer knyttet til ledelsesstruktur og prioriteringer og operativ kultur, som kan skape friksjon i samarbeidet.

Dette momentet har også fått en større plass som rene øvelsesmomenter enten i militære øvelser Nasjonalt eller NATO hvor sivile aktører som helseforetak og deres prehospitale tjenester involveres (Helse Nord RHF,2022), bidrar til å identifisere forbedringsmomenter og styrke samhandlingen imellom aktørene.

Dette reiser spørsmål om hvorvidt dagens nivå av interoperabilitet er tilstrekkelig for å håndtere komplekse hendelser som kriser og væpnet konflikt, noe som danner grunnlag for videre drøfting.

Jeg vil i denne oppgaven arbeide ut ifra følgende problemstilling.

I hvilken grad legger dagens organisering av den prehospitale akuttmedisinske tjenesten i Norge til rette for effektiv samordning med Forsvaret innenfor rammen av totalforsvaret?

Drøfting

3.1 Kapasitet og dimensjonering i fredstid versus krise.



Figur 4 AMK-sentral som koordinerer utrykning og ambulanse på vei ut av garasjen AI-generert bilde laget med ChatGPT (OpenAI), april 2026.

Dagens organisering og drift har landets prehospitale tjenester, kapasiteten til å håndtere hendelser i fredstid, og forutsigbare variasjoner som sesongbaserte behov. Denne ressursutnyttningen gir god drift under normale forhold. Samtidig bidrar denne dimensjoneringen til begrenset kapasitet når det gjelder langvarige oppdrag og omfattende hendelser uten tilførsel av flere ressurser. Et relevant eksempel på dette er Terrorangrepet 22.juli 2011 i Oslo by og Utøya lokalisert i Hole kommune i Buskerud (Heir et al., 2026), som beskriver at satte alle nødetatene under stort press. Erfaringene ifra 22.juli, slik de beskrives i Gjørsvik kommisjonens rapport, viser blant annet utfordringer relatert til, sambandsvikt, koordinering og manglende ressursoversikt i den prehospitale innsatsen, noe som påvirker situasjonsforståelse og effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser (NOU 2012:14.s.171-189).

Dette er en hendelse som utfordrer normal dimensjonering i prehospitale tjenester.

En stor tilleggsutfordring var at datasammenbrudd skjedde hos AMK sentralene (TV 2, 2011) som hindret god informasjonsflyt til Prehospitale ressurser og navigasjonssystemet og koordinering. Ekstra tydeliggjort gjorde dette sammenbruddet en stor negativ belastning da begge skadestedene fikk hjelp av utenbys ambulanser som man ikke kan forvente er like lokalkjente uten intakt kartverk.

Erfaringene fra 22.juli 2011 illustrer tydelig hvordan store ekstraordinære hendelser raskt kan overstige normal drift og dimensjoneringen av de prehospitale tjenestene. Ressursene var tilpasset normalt driftsmønster, men raskt oppstår kapasitetsutfordringer som krevde omdisponering og improvisasjon av ressursene.

Dette understreker at dagens dimensjonering er optimalisert for fredstid og normal situasjon, men i mindre grad for komplekse og langvarige hendelser.

Ved langvarige hendelser vil ikke bare ressurskapasiteten utfordres, men også personellens utholdenhet. Over tid kan dette føre til redusert kvalitet i pasient behandlingen, økt responstid og behov for strengere prioriteringer.

I slike scenarioer vil prioriteringsprinsipper som triagering får en mer sentral, der pasientene må behandles ut ifra alvorlighetsgraden og tilgjengelige ressurser. Dette kan innebære vanskelige etiske og medisinske vurderinger. Samtidig kan økende belastning på de sivile helse ressursene føre til større avhengighet av militær bistand, både innen logistikk, transport og medisinsk kapasitet.

I slike scenarioer kan det oppstå et tydelig behov for eksternt støtte, hvor Forsvaret kan bidra med logistikk ressurser og personell for å opprettholde forsvarlig drift.

I totalforsvarets perspektiv medfører dette at sivile må suppleres i større grad av militære kapasiteter for opprettholdelse av nødvendig beredskap i en lengre tidsaspekt.

Dette reiser samtidig spørsmål om hvorledes dagens modell er tilstrekkelig grad er tilpasset langvarige hendelser eller kriser, hvor tyngre belastning på tjenestene blir aktuell.

Samlet sett illustrer dette at teknisk infrastruktur og ressurskapasitet er avgjørende faktorer for effektiv prehospital innsats i komplekse hendelser.

3.2 Variasjon i operativ resiliens mellom sivile og militære aktører



Figur 5 Sivil norsk ambulansestasjon (øverst) og militær sanitetleir i felt (nederst). Bildet er generert ved hjelp av ChatGPT (openAI), april 2026.

Det eksisterer betydelige forskjeller imellom i operativ resiliens mellom militære og sivile aktører, dette er særlig knyttet til å kunne operere og fungere over lang tid. Den sivile prehospitale tjeneste er i vesentlig stor grad dimensjonert for optimal drift under normale forhold, og med høy utnyttelsesgrad av operative ressurser. Dette punktet gir en kostnadseffektiv tjenesteutførelse i fredstid, men kan gi merkbar redundans og utholdenhet ved langvarige hendelser.

Forsvaret er derimot strukturert for å operere i usikre og krevende forhold over lengre tidsperioder, og har en stor grad av robusthet og egne systemer for logistikk, forpleining og rotasjoner av eget personell. Denne markante forskjellen medfører at Forsvaret i større grad enn sivile prehospitale tjenester har en evne til opprettholdelse av operativ drift, selv ved bortfall av normal infrastruktur.

En aktuell og relevant problemstilling er hvordan sivilt prehospital tjeneste affiseres når ekstern støtte ikke er tilgjengelig umiddelbart.

I hendelser hvor Forsvaret er bundet opp i andre operasjoner, eller der infrastrukturen er svekket, vil de prehospitale tjenestene måtte kunne håndtere hendelsen selv i større grad.

Dette eksponerer en strukturell sårbarhet, hvor høy effektivitet i fredstid kan gå på akkord med resiliens i krise.

Den tydelige ulikheten i operativ resiliens tydeliggjør behovet for å styrke robustheten til den sivile prehospitale tjenesten. Ved hendelser med lang varighet kan belastningen på personellet og ressurser bli tydelige, noe som gir utfordringer rundt opprettholdelsen av optimal innsats.

Forsvaret er i motsetning, strukturert for langvarig virke, har de sivile mer begrensede systemer for logistikk og rotasjon og selvforsyning. Dette kan potensielt redusere evnen til opprettholdelse av innsats og tid, spesielt i situasjoner der logistikk er svekket.

I denne sammenhengen fremstår det som formålstjenlig å styrke den interne beredskapen gjennom enkle tiltak, dette kan være forhåndslagring av kritisk materiell og feltrasjoner i plomberte beredskapskasser, samt etablere løsninger og rutiner for hvile og restitusjon, eksempelvis feltsenger ved stasjonene.

Slike tiltak vil kunne øke utholdenheten i en tidlig fase av en stor hendelse, og redusere sårbarheten i tidsrommet før full ekstern støtte er etablert. Dette kan styrke samvirket med Forsvaret, ved at sivile aktører er i større grad er forberedt og utstyrt til å operere under lignende forhold.

I et krisescenario hvor infrastrukturen er svekket, eksempelvis bortfall av samband og strøm, kan de sivile prehospitale tjenestene raskt få reduksjon i operativ kapasitet. Hvis logistikk-kjeder bryter sammen og tilførsel av materiell og personell uteblir, kan dette føre til at tjenestene må virke med begrensede ressurser over tid. I slike scenarier vil Forsvarets evne til selvforsyning og utholdenhet kunne være avgjørende for å opprettholde den samlede beredskapen, noe som tydeliggjør avhengigheten mellom militære og sivile aktører innenfor totalforsvaret.

Det må likevel understrekes at slike tjenesteinterne tiltak ikke kan erstatte Forsvarets kapasiteter, men fungere som et supplement for å øke den samlede beredskapen innenfor rammene av totalforsvaret. Dette stiller samtidig spørsmål om dagens organisering i tilfredsstillende grad balanserer effektiv drift i fredstid med behovet for utholdenhet og robusthet i kriser og væpnet konflikt.

Dette reiser et sentralt spørsmål om hvorledes dagens organisering i tilfredsstillende grad balanserer effektiv med behovet for robusthet i væpnet konflikt og krise.

3.3 Samvirke imellom sivile prehospitale tjenester og Forsvaret



*Figur 3*OpenAI (2026) med instruksjon om å vise et samarbeid mellom sivilt ambulanspersonell og militær sanitet.

Samvirket mellom sivile og militære aktører er den grunnleggende forutsetningen for totalforsvaret, og er den kritiske faktoren for effektiv håndtering av væpnet konflikt og kriser. Selv om ressurskapasitet og operativ resiliens kan styrkes igjennom militær støtte, er det den praktiske utførelsen i å samordne ressursene som avgjør den samlede effekten.

Et viktig sentralt element i denne samordningen er interoperabiliteten, som innbefatter evnen til å virke sammen koordinert og effektivt tvers av organisasjonene. Innenfor det akuttmedisinske fagområdet, har standardiserte konsepter som den sivile metodikken PHTLS Forsvaret og NATO sitt TCCC, i sammenheng bidratt til å redusere forskjeller i behandlingsmetodikken og prioriteringene. Dette legger en sentral faktor for samhandling på skadestedet, og mulighet for mer sømløs pasientbehandling.

I praksis vil likevel samvirke kunne utfordres i situasjoner hvor ressursene er begrenset, og beslutninger må tas raskt. Et konkret eksempel er håndtering av masseskadesituasjon, hvor både militære og sivile aktører må forholde seg til triagerings prinsipper og prioritere pasienter basert på alvorlighetsgrad og ressurs tilgjengelighet. Selv om behandlingsprinsippene er i større grad harmonisert gjennom TCCC og PHTLS, kan ulik operativ kontekst og prioriteringslogikk skape

utfordringer i samhandlingen. Militære aktører kan i større grad måtte hensynta faktorene rundt taktiske forhold og egen beskyttelse, mens sivile aktører har et mer rendyrket fokus på pasientbehandling. Dette kan føre til spenninger relatert til prioriteringer og understreker behovet for tydelig rolleforståelse og samtrening.

Interoperabilitet er ikke alene et spørsmål om faglige prosedyrer. Samvirke øvelser imellom sivile og militære aktører vist seg å være kritisk for samvirke vært avgjørende for utvikling av felles situasjonsforståelse og reel samhandlingsevne. Samvirke øvelser bidrar til identifisering av svakheter i samvirket, og gir forbedringspunkter rundt koordinering og kommunikasjon i forkant av reelle hendelser.

Det eksiterer fortsatt utfordringer knyttet til operativ kultur tross i dette, som angår organisasjon og ledelse. Forsvaret har i stor grad en hierarkisk organisering med tydelige kommandolinjer, sivile prehospitale tjenester har et mer medisinskfaglig og desentralisert system. De nevnte forskjellene kan bidra til friksjon i samvirket, spesielt i situasjoner der beslutninger må fattes raskt og under press.

Ulike prioriteringer og forståelse og oppdragsløsning kan da påvirke effektiviteten i samvirket. Militære aktører må forholde seg til taktiske og operative hensyn, der sivile aktører kan ha et ensidig fokus på pasientbehandlingen. Spenninger kan da oppstå imellom operative og medisinske prioriteringer.

Overordnet sett belyser dette at det forefinnes gode forutsetninger for samvirke gjennom øvelser og standardisering, eksiterer det fortsatt barrierer av kulturell og strukturelle art som kan påvirke effektivt samvirke, dette punktet understrekes også av operativt personell i daglig tjeneste (*Finsrud, 2026*).

Dette aktualiserer spørsmålet om i hvilken grad dagens organisering legge til rette for sømløst samvirke.

3.4 Ledelse, struktur og beslutningsprosesser i samvirket



Figur 6 OpenAi(2026) Innsatsleder helse fra norsk ambulansetjeneste i dialog med militært sanitetsbefal i felt med genferkors

En viktig faktor i sivil og militær samordning er den faktiske organiseringen av beslutningsprosessene. Selv om en sentral føring for totalforsvaret er gjensidig støtte, er de sivile og militære aktørene organisert etter ulike prinsipper, som kan med stor sannsynlighet påvirke den praktiske samhandlingen.

De sivile prehospitale tjenestene er organisert under helseforetakene, med AMK sentralene som koordinerende led. Prosessene her rundt beslutning er medisinsk faglig forankret, strukturen er av desentralisert karakter der ansvaret ligger nært den operative tjenesten. Forsvaret, på den andre siden har en hierarkisk oppbygning med fundamenter som kommandostruktur med klare linjer for beslutningstaking og rapportering.

I scenarioer preget av raskt tempo og usikkerhet kan aktuelle strukturelle forskjeller potenseres. Imens Forsvaret operasjoner er tuftet med sentral beslutningstaking og kommando linjer, vil sivile prehospitale tjenester i markant større grad være faglig forankret og situasjonsavhengige hos operativt personell. Dette kan bli grobunn for uklarheter relatert til myndighet og ansvar, spesielt i hendelser hvor flere aktører må virke tett.

Prosessen ved bistand fra Forsvaret kan innebære risiko for å bli en flaskehals.

Bistandsanmodning om militær bistand må igjennom etablerte kanaler, som politiet og forsvarets operative hovedkvarter. Til tross om dette sikret politisk forankring og kontroll, kan dette hemme tempoet i situasjoner hvor tidsfaktorene er kritiske.

Dette setter søkelyset på et tydelig spenningsforhold imellom behovet for hurtig beslutningstaking og kravene til kontroll og struktur i bruken av militære ressurser.

Til tross for risikoene er demokratisk og sivil kontroll om Norges militære ressurser, som er en av hoved pilarene i et demokratisk styrt samfunn.

Spenningsforholdet som illustreres her er behovet rundt rask beslutningstaking og kravene til struktur og kontroll.

Felles ledelsesforståelse kan være hensiktsmessig for å styrke samvirket både igjennom liaison-offiserer og felles øvelser, dette kan også suppleres med integrerte stabsfunksjoner med målsetning om bedre koordinering.

På bakgrunn av dette er struktur og ledelse en avgjørende faktor for effektivt samvirke og samordning. Dagens organisering ivaretar ansvarsfordeling og kontroll, kan dette innebære en risiko for utfordringer knyttet til fleksibilitet og tempo i krisehåndtering.

3.5 Juridiske og folkerettslige rammer i samvirket



Figur 1 bilde generert av Open AI(Chat gpt,2026) med instruksjonen om en mørk skumring høst med røde kors og militær sanitetskjøretøy og sivile som står og venter på hjelp innpakket i tepper.

Samhandlingen mellom Forsvaret og sivile prehospitale tjenester er ikke alene et spørsmål om kapasitet og organisering, men er også underlagt folkerettslige og juridiske rammer. Spesielt relevant er krigens folkerett, som gir beskyttelse til medisinsk infrastruktur, sårede, pasienter, sivilt helsepersonell.

En fundamental forutsetning for denne beskyttelsen er helsepersonellens nøytralitet som gjennomføres med å avstå ifra militær deltakelse i strid. Krigens folkerett gir tydelig føring at sivilt helsepersonell som militært sanitetspersonell skal yte betingelsesløs behandling uavhengig av pasientens tilhørighet.

Spesielt sivile prehospitale tjenester er beskyttelsen denne statusen gir avgjørende får å kunne virke.

Innenfor totalforsvarets rammer, hvor tett samvirke imellom militære sanitets aktører og sivile prehospitale tjenester er fundamental, kan det I midlertidig forekomme utfordringer relatert til nøytraliteten. Risikoen foreligger i at hvis sivile prehospitale ressurser i for stor grad innlemmes i pågående militære operasjoner, kan uklarheter om status og rolle forekomme.

Dette forespeiler et relevant dilemma: der behovet for ressursutnyttelse og effektiv samordning må veis opp mot behovet sivilt helsepersonell har for beskyttelse og nøytralitet. En optimal integrasjon kan styrke kortsiktig sett effekten, men øke risikoen at sivile helseaktører blir antatt å være deltagende i strid og bli klassifisert som legitime angrepsmål i væpnet konflikt.

Spenninger kan videre oppstå mellom militære og medisinske prioriteringer. Kravene Krigens folkerett stiller om at behandling skal gis etter medisinske behov, møter her behovet de taktiske hensynene militære operasjoner fordrer. Dette kan skape problemstillinger der begrensinger på ressurser, og behovet for raske prioriteringer.

De juridiske rammene bidrar her med tydelig grensesetting for samvirket, som kan redusere risiko for feilbruk av ressurser eller misforståelser. Tydelig rollefordeling og retningslinjer og ansvar kan styrke samarbeidets forutsigbarhet mellom militære og sivile aktører.

Samlet sett viser dette folkerettslige rammer legger begrensninger og gir føringer for totalforsvaret samvirkekonsept.

3.6 Organisering av prehospitaltjenester og betydning for nasjonal samordning



Figur 2 bilde generert av Open AI generatoren(Chat gpt,2026) med instruksjonen i å lage en norsk sivil og militær ambulanse med ambulansearbeider og sanitetssoldat fotorealistisk.

Organiseringen og drift av de sivile prehospitaltjenesten er delt på 17 helseforetak, underlagt 4 Regionale Helseforetak. Denne struktureringen gir store muligheter for lokal tilpasning basert på geografi og demografi, men kan samstundes medføre forskjeller i organisering, ressursbruk og operativ praksis.

I kontrast til ovenfornevnte er Forsvaret organisert en enhetlig og sentral modell, med tydelige kommandolinjer og helhetlige standarder fysisk og organisatorisk. Denne differansen i organisering kan føre til uklarheter i ansvarsfordelingen, forsinkelser i beslutningsprosesser og mindre effektiv ressursutnyttelse, særlig i situasjoner hvor flere aktører må samhandle tvers av sektorer, særlig i situasjoner hvor flere aktører må samarbeide på tvers av sektorer.

Fragmentering av den sivile strukturen kan medføre ulik praksis og prioriteringer mellom Helseforetakene, noe som kan skape utfordringer med felles situasjonsforståelse, forsinke koordinering og svekke optimal ressursdisponering i større hendelser.

Samtidig gir dagens desentraliserte modell fleksibilitet og muligheter rundt lokal tilpasning, noe som kan være en styrke i håndtering av hendelser med geografisk egenart.

I en væpnet konflikt eller nasjonal krisesituasjon kan disse forskjellene bli særlig tydelige, ved at behovet for enhetlig styring og rask koordinering øker betydelig. Dette kan medføre til at samordningen med Forsvaret blir mer utfordrende, spesielt dersom flere helseforetak må samhandle tett med Forsvaret samtidig, kan varierende organisering, ressurskoordinering og beslutningsstruktur føre til forsinkelser og uklarheter i koordineringen.

Dette kan eksempelvis være omhandle prioritering av ressurser mellom regioner, og hvordan anmodninger om militær bistand håndteres og formidles.

Ved en reell hendelse hvor flere regioner rammes samtidig, eksempelvis væpnet konflikt eller naturhendelse, kan forskjeller i organisering føre til at ressursene ikke nyttes optimalt på tvers av involverte regioner. Dersom ett helseforetak har ledig kapasitet, men et annet er overbelastet, kan manglende felles struktur og koordinering forsinke omdisponering av ressurser. I slike scenarioer kan behovet for nasjonal oversikt og styring bli tydelige, noe som aktualiserer behovet for bedre samordning med Forsvaret.

Helseforetakenes varierende organisering kan i denne sammenhengen bidra til at prioriteringer av ressurser varierer, noe som kan skape uklarheter i hvem som skal ha tilgang til begrensede ressurser i en nasjonal krisesituasjon. Dette kan svekke den totale effekten av ressursbruken og gjøre koordineringen med Forsvaret krevende.

En mer unison struktur kunne i slike situasjoner bidratt til raskere beslutningsprosesser, tydeligere ansvarsforhold og mer effektiv utnyttelse av både militære og sivile ressurser. Samtidig vil en slik standardisering kunne redusere den lokale tilpasningsevnen, som i enkelte scenarioer er avgjørende for god operativ respons. Dette tydeliggjør et kjernepunkt i problemstillingen: Friksjon mellom nasjonal samordning og lokal fleksibilitet.

Dette viser et tydelig spenningsforhold mellom behov for standard og behovet for tilpasninger i den sivile prehospitale tjenesten.

I perspektivet av totalforsvaret kan spørsmål stilles om dagens organisering i tilfredsstillende grad tilrettelegger for nasjonal samordning med Forsvaret.

En mulig evolusjon av dagens organisering kan være en endring i dagens driftsmodell, eksempelvis med etablering av et felles nasjonalt Prehospitalt helseforetak, hvor AMK

sentralene, luftambulansetjenesten og ambulansetjenestene innlemmes i samme struktur. En slik løsning kan legge til rette for økt standardisering, mer unison ressursstyring og økt evne til samvirke og samordning med forsvaret, spesielt i større hendelser hvor koordinering og nasjonal oversikt av avgjørende.

Samtidig vil en samling kunne utfordre den desentraliserte modellen som i dag er styrende, og de evaluere de lokale tjenestenes egenart.

Dette illustrer et tydelig friksjonsforhold mellom behovet for nasjonal samordning og hensynet som lokal fleksibilitet gir.

Dette kan tyde på at graden av nasjonal samordning i dagens organisering ikke fullstendig er tilpasset behovene som oppstår i større hendelser som krise og væpnet konflikt. Samtidig signaliserer dette at enhver strukturell ending må vurderes nøye, da økt sentralisering kan forsterke samordningen, men samtidig svekke den lokale beredskap.

Avslutning

Oppgaven viser at dagens av sivile prehospitale tjenestene i noen grad tilrettelegger for samordning med Forsvaret, spesielt gjennom etablerte samvirke prinsipper og samvirke øvelser. Til tross for dette fremstår organiseringen fragmentert og i overvekt tilpasset fredstid, noe som begrenser evnen til effektivt samvirke og organisatorisk samordning i væpnet konflikt og langvarige kriser.

Samlet sett tyder analysen på at dagens organisering i begrenset grad tilrettelegger for effektiv samordning med Forsvaret i scenarioer preget av varighet og høy kompleksitet. Selv om det eksisterer gode forutsetninger for samarbeid, svekkes den praktiske gjennomføringsevnen av strukturelle forskjeller, fragmentering og ulik operativ logikk mellom militære og sivile aktører. Dette innebærer at samvirket i stor grad fungerer under kontrollerte forhold, men utfordres når belastningen øker og behovet for koordinering blir mer omfattende.

Drøftingen har flere faktorer påvirker samordningsevnen. Dimensjoneringen av de prehospitale tjenestene er optimalisert for normal drift, noe som gir begrenset utholdenhet i langvarige hendelser.

Forskjeller i operativ resiliens mellom militære og sivile aktører skaper en tydelig avhengighet av militær bistand i krevende situasjoner. Videre bidrar ulik organisering og ledelsesstruktur til utfordringer relatert til beslutningsprosesser, ressursdisponering og prioritering. Samtidig legger folkerettslige og juridiske rammer nødvendige føringer for samvirket, men kan også skape begrensninger i hvor tett integrasjon mellom aktørene det kan være. Til sammen danner dette et komplekst bilde hvor effekt ikke er gitt, men avhengig av situasjon, grad av forberedelse og belastning.

Et kjernepunkt som kommer frem i analysen er at utfordringene knyttet til samordning i mindre grad handler om mangel på ressurser, og i større grad om hvordan ressursene er organisert og disponert. Dette peker på et behov for å beredskap og systemperspektiv, hvor samhandlingsevne, beslutningsprosesser og struktur tillegges like stor betydning som materiell kapasitet.

Videre påpeker analysen at effektiv samordning også er avhengig av relasjonelle forhold mellom aktørene. Samvirke forutsetter ikke bare felles prosedyreverk og øvelser, men også gjensidig

forståelse av roller, begrensninger og ansvar. Dette utvikles over tid, og kan være avgjørende i situasjoner hvor formelle strukturer ikke er tilstrekkelige.

Et annet vesentlig aspekt er balansen mellom effektivitet og robusthet. Dagens organisering er i stor grad optimalisert for effektiv drift i fredstid, men dette kan redusere evnen til å håndtere langvarige og komplekse hendelser. Dette illustrer et grunnleggende beredskapsdilemma, hvor økt robusthet ofte vil innebære økte kostnader og redusert effektivitet i normalsituasjoner.

Forskjellen i kultur, operativ resiliens, struktur mellom sivile og militære aktører vil her kunne skape utfordringer, spesielt knyttet til ledelse og beslutningsprosess og utholdenhet. På av bakgrunn av dette fremstår der som at dagens modell i begrenset grad tilrettelegger kravene i et moderne totalforsvar.

Samtidig viser drøftingen at det finnes et tydelig forbedringspotensial gjennom økt igjennom tydeligere nasjonal organisering og standardisering og styrket samvirketrening.

Et relevant moment i vurderingen er at oppgaven i hovedsak baserer seg på teoretiske perspektiver og tidligere erfaringer, og i mindre grad på empiriske studier av faktisk samvirke i større krisesituasjoner.

Dette innebærer i noen grad er basert på antagelser om hvordan strukturer og systemer vil fungere under press. I praksis kan faktorer som ledelse, situasjonsforståelse og individuell kompetanse påvirke samvirket i større grad enn det som fremkommer i strukturorientert analyse. Videre vil også lokale forhold og hendelsens karakter ha relevans for hvordan samordningen reelt utspiller seg. Dette peker på et behov for videre erfaringsbasert kunnskapsutvikling og forskning, særlig knyttet til hvordan samvirke fungerer i langvarige komplekse scenarioer. En slik tilnærming vil kunne resultere i et mer nyansert bilde av totalforsvarets faktiske funksjonsevne i praksis.

I et dagsaktuelt og fremtidig trusselbilde preget av økt kompleksitet og usikkerhet vil evnen til effektiv samordning være avgjørende, og forutsetter videre utviklinger av både strukturen og samhandlingen imellom militære og sivile aktører.

Avslutningsvis understrekes det at utviklingen av et velfungerende totalforsvar ikke er en statisk prosess, men krever kontinuerlig tilpassing til endinger i trusselbildet, teknologi og samfunnsstruktur. Dette innebærer at militære og sivile aktører må videreutvikle sin evne til samhandling over tid, slik at samordningen ikke bare fungerer i øvelser og teori, men også i reelle krisesituasjoner hvor kravene til tempo, presisjon og koordinering er betydelig høyere.

I denne sammenhengen vil også evnen til læring etter hendelser og systematisk evaluering være avgjørende for videre utvikling av samordningsevnen mellom militære og sivile aktører, i et langsiktig og helhetlig perspektiv.

Litteraturliste

Bjelland,B.Nakstad,N.E.(2020). Beredskap kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid- *En lærebok for helse-og beredskapspersonell på strategisk,operasjonelt og taktisk nivå.*
Gyldendal Akademisk

Børresen, J. (u.å.). *Totalforsvar*. I *Store norske leksikon*. Hentet 20. mars 2026 fra
<https://snl.no/totalforsvar>

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap(2026,6.april) *Hva er totalforsvaret?*
<https://www.dsb.no/ros-og-beredskap/totalforsvarsaret-2026/hva-er-totalforsvaret/>

Finsrud,J.(2025,5.februar) *Nå er alle helseforetakene med i FRAm-samarbeidet.*
<https://www.ambulanseforum.no/aktuelt/na-er-alle-helseforetakene-med-i-fram-samarbeidet/234909>

Finsrud, J. (2026, 15. april). *Ambulansepersonell i Heimevernet: – Vi snakker samme språk.*
Ambulanseforum.
<https://www.ambulanseforum.no/reportasje/ambulansepersonell-i-heimevernet-vi-snakker-samme-sprak/240216>

Forsvarets sanitet(2026,2.april) *Forsvarets sanitet*
<https://www.forsvaret.no/om-forsvaret/organisasjon/forsvarets-sanitet>

Forsvaret(2026,6.april) Forsvarets operative hovedkvarter- *Forsvarets operative hovedkvarter
verner norske verdier og interesser ved å planlegge og utføre norske militæroperasjoner
hjemme og i utlandet.*
<https://www.forsvaret.no/om-forsvaret/organisasjon/forsvarets-operative-hovedkvarter>

Forsvarets(2026,11.april) *Forsvarets sanitet-helse for stridsevne*
<https://www.forsvaret.no/om-forsvaret/organisasjon/forsvarets-sanitet>

Forsvaret. (2025). *Manual i krigens folkerett*. Forsvarssjefen.

<https://hdl.handle.net/11250/3184017>

Larsen,H.(2022). Røde Kors dobler arbeid for Sørlandet Sykehus- *Sørlandet Sykehus Kristiansand(SSHF) har anmodet om utvidet bistand fra Røde Kors beredskapsambulanser*. Ambulanseforum.

<https://www.ambulanseforum.no/medieklipp/rode-kors-dobler-arbeidet-for-sorlandet-sykehus/168639>

NOU 2012:14. (2012). *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*. Departementenes servicesenter.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/bb3dc76229c64735b4f6eb4dbfcdbfe8/no/pdfs/nou201220120014000dddpdfs.pdf>

Heir, T., Stang, L., Ryste, M. E., Njølstad, O., Refsdal, N. O., & Kärki, F. U. (2026, 4. februar). *Terrorangrepene i Norge 22. juli 2011*. Store norske leksikon.

https://snl.no/terrorangrepene_i_Norge_22._juli_2011

Helse Nord RHF. (2022, 4. mai). *Storstilt sivil-militær øvelse i Bodø*. <https://www.helse-nord.no/nyheter/2021-2023/storstilt-sivil-militer-ovelse-i-bodo/>

Helsedirektoratet.(2026,1.April) *Norsk index for medisinsk nødhjelp*

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/norsk-indeks-for-medisinsk-nodhjelp/Norsk%20indeks%20for%20medisinsk%20nodhjelp.pdf>

Helsedirektoratet.(2026,11.april) *Helsedirektoratet-nødnett i helsetjenesten*

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/nodnett-i-helsetjenesten/operativ-bruk-av-nodnett/trippelvarsling>

Hovedredningssentralen. (u.å.). *Norsk redningstjeneste*. Hentet 4. mai 2026 fra

<https://www.hovedredningssentralen.no/norsk-redningstjeneste/>

OpenAI.(2026,april). *Ambulanse og militær ambulanse med personell* [AI-generert bilde]. ChatGPT. <https://chatgpt.com/>

OpenAI,(2026,april).*Røde Kors hjelpeplass med sivile og militære sanitetskjøretøy i skumring*[AI-generert bilde]. Chat GPT. <https://chatgpt.com>

OpenAI. (2026, april). *Sivilt ambulansepersonell og militær sanitet samarbeider om pasientbehandling* [AI-generert bilde]. ChatGPT. <https://chatgpt.com/>

OpenAI. (2026, april). *AMK-sentral som koordinerer utrykning og ambulanse på vei ut av garasjen* [AI-generert bilde]. ChatGPT. <https://chatgpt.com/>

OpenAI (2026,april). *Sivil norsk ambulansestasjon og militær sanitetleir i felt* [KI-generert bilde]. ChatGPT. <https://chatgpt.com/>

OpenAI. (2026). *Innsatsleder helse fra norsk ambulansetjeneste i dialog med militært sanitetsbefal med Genferkors* [KI-generert bilde]. ChatGPT. <https://chat.openai.com/>

Sirevåg,L.(2024,22.mars) *Beredskapen økes i Påsken*. Sirdal Media <https://sirdalmedia.no/2024/03/beredskapen-okes-i-pasken/>

Sjef Hærens Våpenskole(2026,1.april) *Fagplan Combat Medic* <https://regelverk.forsvaret.no/fileresult?attachmentId=25262915>

Stiftelsen Norsk Luftambulanse(2026,2.april) *AMLS og PHTLS: standardisererpasientundersøkelse for prehospital personell* https://norskluftambulanse.no/kompetanse/amls_og_phtls-kurs

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.(2005). *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* (FOR-2005-03-18-252). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2005-03-18-252>

Sykehusinnkjøp.(2026,30.mars). *Om oss- Sykehusinnkjøp HF skal utøve ei spesialisert og profesjonell innkjøpstjeneste for spesialhelsetenesta.*

<https://www.sykehusinnkjop.no/om-oss/>

TV 2. (2011, 2. august). *Datasammenbrudd hos ambulansene 22. juli.*

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/datasammenbrudd-hos-ambulansene-22-juli/13148652/>
