



## SJÖSTRIDSSKOLAN

### PYO 360 Krigsvetenskap, självständigt arbete

<i>Författare</i> Flkd Mathias Hagberg	<i>Program</i> YOP 06-09
<i>Handledare</i> Övlt Kristian Gruwberger	<i>Beteckning</i>
<p><b>Sjukvårdsorganisationen vid svenska marina missioner</b></p> <p>Försvarsmaktsorganisationen har varit i förändring sedan försvarsbeslutet 2004, då Försvarsmakten gick från ett invasionsförsvar till ett rörligt insatsförsvar. Denna nya inriktning innebär att de svenska enheter skall kunna genomföra uppdrag långt ifrån den svenska kusten och infrastruktur, vilket kan medföra en del nya intressanta frågeställningar.</p> <p>Ett exempel på en sådan frågeställning är om de svenska enheterna är lämpliga för sådana uppdrag då det gäller att ta hand om och transportera eventuella skadade ombord. Har sjukvårdsorganisationen och Försvarsmakten medel till att transportera och ge adekvat vård vid större krissituationer internationellt?</p> <p>Uppsatsen syfte är att genom ett organisationsteoretiskt perspektiv undersöka hur Försvarsmaktens förmåga att ta hand om skadade vid internationella missioner ser ut, samt vilka brister i organisationen som kan påvisas.</p> <p>Den metod som har använts är den deskriptiva metoden tillsammans med fallstudier. Det som har studerats är svenska reglementen, doktriner samt den utländska Nato doktrinen <i>AJP 4-10</i>. Fallstudierna har utgjorts av ML 01-02 samt ME 01. Maslows teori om säkerhetsbehov har hela tiden verkat som utgångspunkt vid presenterande av fakta samt assisterande för att besvara frågeställningarna.</p> <p>Slutsatsen som har dragits är att svenska enheter inte är direkt anpassade för denna verksamhet. Avsaknaden av egen helikopter är en av orsakerna. En bristande organisation kan ge en försämrad stridsmoral, vilket kan resultera i förödande konsekvenser för hela fartyget.</p> <p><b>Nyckelord:</b> Sjukvårdsorganisation, Role, Internationella marina missioner, Säkerhetsbehov.</p>	

## **Abstract**

### **The Swedish medical organisation in naval operations**

The Swedish armed forces have been through a big reformation since the Parliamentary Resolution 2004. The Resolutions biggest statement was that the armed forces should change from a invasiondefence to a mobile armed force. This means that Swedish troops and ships are meant to operate far from the Swedish coast line and infrastructure; this can give many new interesting problems.

One of these problems is if the Swedish units are fit for the missions that they now are entitled to take part in. I particularly if they have the capability to take care of injured personal far from Swedish infrastructure.

Have the medical organisation and the armed forces the right means to give adequate medical treatment and transportation?

The methods that the writer has used to solve these questions have been the descriptive method combined whit fall studies on ML 01-02 and ME 01. The literature consists part of reglements, doctrines both Swedish and domestic, in particular the Nato doctrine *AJP 4-10*.

The conclusions that have been made are that the Swedish ships are not adjusted for this kind of missions, the abscens of the helicopter capability is one of the arguments for this. The effect of what this can mean for the soldier is a decreased will to fight, which can be drastic for the ship.

**Keywords:** Medical organisation, Role, International navy operations, Security needs.

## Innehållsförteckning

<b>1. INLEDNING.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 BAKGRUND .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 PROBLEMFÖRMULERING, SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 METOD .....</b>	<b>5</b>
<b>FIGUR 1 .....</b>	<b>6</b>
<b>1.4 TEORI .....</b>	<b>7</b>
<b>1.5 AVGRÄNSNINGAR .....</b>	<b>8</b>
<b>1.6 LITTERATUR OCH MATERIALVAL.....</b>	<b>10</b>
<b>2. AVHANDLING .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 SVENSK SJUKVÅRDSORGANISATION .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 DEN SVENSKA FÖRMÅGAN TILL TRANSPORT AV SKADADE OCH REPATRIERING VID INTERNATIONELLA MISSIONER.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2.1 Transporten från fartygen.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2.2 Repatrieringsförmågan .....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 TIDSKRAV FÖR SVENSKA ENHETER .....</b>	<b>15</b>
<b>2.4 NATOS KONCEPT INOM MEDICINSK EVAKUERING .....</b>	<b>16</b>
<b>2.5 BETYDELSEN AV EN FUNGERANDE SJUKVÅRDSORGANISATION I ALLA VÄDERTYPER OCH KONFLIKTNIVÅER FÖR SOLDATEN/SJÖMANNEN OCH CHEF .....</b>	<b>17</b>
<b>3 FALLSTUDIER .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 ORGANISATIONEN KRING ML01 LIBANON .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 ORGANISATIONEN KRING ML02 LIBANON .....</b>	<b>20</b>
<b>3.3 ORGANISATIONEN KRING ME-01 SOMALIA .....</b>	<b>21</b>
<b>4.1 DISKUSSION OCH SLUTSATS .....</b>	<b>22</b>
<b>4.2 FORTSATT FORSKNING.....</b>	<b>24</b>
<b>5 KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING .....</b>	<b>25</b>

## Bilagor:

**Bilaga 1 Bild över hur den svenska sjukvårdsorganisationen skall se ut**

## 1. Inledning

### 1.1 Bakgrund

Ett av de grundläggande behoven i Maslows behovsteori är det han kallar för säkerhetsbehovet. Behovet handlar i stora drag om människans naturliga överlevnadsinstinkt.

Med säkerhetsbehovet i åtanke har skribenten valt att studera hur dagens sjukvårdsorganisation ser ut vid internationella marina missioner. Studien görs för att svenska plattformar nyligen har påbörjat sina internationella åtaganden långt ifrån den svenska kusten.

Sedan Försvarmakten i modern tid inlett sin internationella fredsfrämjande verksamhet har endast ett fåtal blivit skadade och dödade. En mer precis summa är att ett sjuttioal soldater dödade av olika orsaker och ett hundratal skadats eller drabbats av sjukdomar vid sin utlandstjänstgöring. Siffrorna är relativt låga, och påvisar att Sverige har varit förskonade från större antal dödsfall. Förskonade i förhållande till den verksamhet Försvarmakten bedriver, och med beaktande av att Sverige deltagit i internationella missioner sedan Kongo krisen, 1960-1964. Det vill säga i snart 50 år.<sup>1</sup>

Den beräknade risken för stridsrelaterade skador ligger runt 3-15%. De faktorer som har tagits med i denna kalkyl är bland annat vilken konfliktnivå som soldaterna/sjömännen befinner sig i. Även om den beräknade procentsatsen är låg finns resultatet ändå där. På grund av ovannämnd beräkning har Försvarmakten som mål att införskaffa transportmedel som kan svara upp till de krav som finns ställda. Dessutom måste Försvarmakten tillgodose behovet att kunna ge adekvat sjukvård inom missionsområdet.<sup>2</sup>

Då Försvarmakten ändrade inriktning från ett invasionsförsvar till ett insatsförsvar uppdagades det ett flertal nya intressanta problem. Ett av dessa problem är hur Försvarmakten skall omhänderta och transportera skadade vid internationella insatser. Detta kan brytas ned ytterligare, nämligen till hur Försvarmakten ska transportera de skadade från de fartyg de tjänstgör på, till kirurgisk hjälp i land. Alternativet transportera den skadade till ett större lagfartyg/stödfartyg med Role 2 funktion i närheten av

---

<sup>1</sup> <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/09/03/11/5e3e4e17.pdf>. s. 49

<sup>2</sup> *Försvarsmedicinskt inriktningsdokument 2007*, 2007-01-15. s. 2

missionsområdet. Ytterligare en fråga blir hur repatrieringsförmågan ser ut och vad det finns för resurser för ändamålet. Repatriering betyder återbörd till hemlandet.<sup>3</sup>

Uppsatsen ska belysa dessa problem, nämligen behovet av, och på vilket sätt sjukvårdsorganisationen skall fungera vid en mission där den svenska flottan verkar.<sup>4</sup> För att avhandlingen skall besvara frågeställningarna kommer de huvudsakliga fakta, vilken uppsatsen bygger på, komma ifrån de svenska reglementen, doktriner och förmågedokument som finns mot de ställda problemen. För att komplettera de svenska skrivelserna och för att påpeka vad Nato kräver av en deltagande nation kommer även *AJP. 4-10, Allied Joint Medical Support Doctrine* att användas.

## 1.2 Problemformulering, syfte och frågeställning

Ämnet som skall undersökas är behovet av en fungerande sjukvårdsorganisation och då i synnerhet vid internationella marina missioner. Hur skall organisationen fungera och se ut vid en mission där den svenska flottan opererar, från fartyg till land och vidare hem till Sverige?<sup>5</sup>

Syftet med uppsatsen är att genom ett organisationsteoretiskt perspektiv undersöka hur försvarsmaktens förmåga att ta hand om skadade vid internationella missioner ser ut, samt vilka brister i organisationen som kan påvisas.

De frågor som skribenten har valt att svara på i denna uppsats är följande:

- Kan Maslows behovsteori användas för att förstå sjukvårdsorganisationen?
- Hur ser den svenska marina sjukvårdsorganisationen ut vid internationella missioner?
- Vilka brister finns i sjukvårdorganisationen?

## 1.3 Metod

Metoderna som uppsatsen bygger på är den deskriptiva metoden tillsammans med en kvalitativ textanalys och fallstudier. Den deskriptiva metoden skall användas för att beskriva hur sjukvårdsorganisationen ska se ut. Det kommer att göras med hjälp av doktriner och berörda dokument. Metoden deskription används bland annat i syfte för att

---

<sup>3</sup> Försvarsmedicinskt inriktningsdokument 2007, 2007-01-15. s. 2

<sup>4</sup> Försvarsmedicinskt inriktningsdokument 2007, 2007-01-15. s. 10

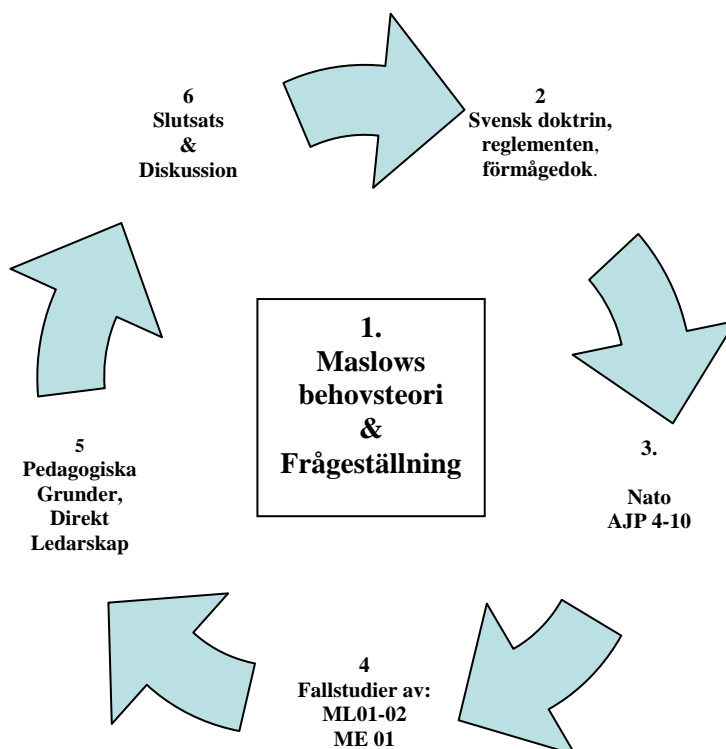
<sup>5</sup> Försvarsmedicinskt inriktningsdokument 2007, 2007-01-15. s. 10

beskriva hur en organisation eller administration ser ut, och lämpar sig bra för att skildra något i översiktsform.<sup>6</sup>

Utöver detta har skribenten även genomfört fallstudier utav de marina insatserna i Libanon ML01-ML02 samt den nu pågående utanför Somalia ME01. Däremot kommer det enbart att studeras hur planeringen utav Somaliamissionen såg ut innan den påbörjades. Fallstudierna har gjorts för att försöka beskriva verkligheten och koppla den gentemot svenska doktriner och reglementen.

Syftet med fallstudier är att ta del av ett mindre fragment i ett större sammanhang för att senare beskriva hur verkligheten såg eller ser ut. Anledningen till att författaren valt metoden fallstudier är för att uppsatsen skall få en verklighetsförankring i nutid. Generellt är det även enklare att fastställa brister samt att se saker som fungerar i organisationen när systemet testas eller granskas i verkligheten. De svårigheter som finns med att bara beskriva ett helt enskilt fall, är att enstaka fall aldrig kan representera en verklighet fullt ut. På grund av svårigheterna måste författaren vara försiktig med de slutsatser som dras av de utfall som studiernas resultat kan ge. Fallstudierna grundar sig dels på en kvalitativ intervju, dels genom studier av dokument kring missionerna.

Nedanstående skiss syftar till att tydliggöra tillvägagångssättet som använts i denna uppsats.



Figur 1

<sup>6</sup> Ejvegård Rolf, *Vetenskaplig Metod* (Lund, Studentlitteratur, 2007). s. 32

## 1.4 Teori

Nedan kommer det att redogöras för hur det organisationsteoretiska perspektivet ser ut, och då främst kopplat mot individen i organisationen. Teorin kommer att verka genom uppsatsens uppbyggnad och slutsats.

Vad som menas med en individs beteende är allt det som en individ tänker, känner och gör både individuellt och i grupp. Individens beteende i en organisation är en stor och viktig del i många olika organisationsteorier. Bland annat beror det på att effektiviteten och utvecklingen utav organisationerna är starkt beroende av medarbetarnas kompetens, attityd, motivation och agerande. På grund av ovanstående betonar många organisationer därför medarbetarnas avgörande betydelse för verksamhetens effektivitet och vidare dess utveckling. I folkmun formuleras det vanligtvis som att ”personalen är vår främsta resurs”. Med andra ord, medarbetarna har stor betydelse i alla organisationer.<sup>7</sup>

För att beskriva en individs motivation och vad som påverkar individen i en organisation kan bland annat Maslows behovspyramid användas.

Psykologen Abraham Maslows vetenskapliga arbete om mänskliga behov och hur de påverkar individers tankar och handlingar är centrala i den behovspyramid han har skapat för att illustrera sin teori. Grundtesen är att alla individer har ett antal konkurrerande behov. Dock är ett av dessa behov starkare än de andra vid olika tillfällen och situationer. Behovet i sin tur driver individen till att handla i ett syfte om att tillfredsställa just det behovet. Nedanstående skiss syftar till att illustrera för läsaren den trappa/pyramid Maslows teori utgår ifrån.<sup>8</sup>



Figur 2. Behovspyramiden enligt Maslow

Det behov som det fokuseras på i denna uppsats är säkerhetsbehovet.

<sup>7</sup> Bruzelius H. Lars, Skärvad Per-Hugo. *Integrerad organisationslära*, (Lund, Studentlitteratur, 2004). s. 283

<sup>8</sup> Bruzelius H. Lars, Skärvad Per-Hugo. *Integrerad organisationslära*, (Lund, Studentlitteratur, 2004). s. 289

Behovet reflekterar ytterst över en människas önskan om att skydda och bevara grundförutsättningen för att överleva. Därav anser jag att teorin och säkerhetsbehovet är lämpligt att använda då det ska studeras hur en sjukvårdsorganisation ser ut. Individen rör sig uppför behovstrappan när behoven på lägre nivå är tillfredsställda, och givetvis tvärtom om de är otillfredsställda. Innebörden blir att när säkerhetsbehovet uppfylls, kan individen avancera till nästa nivå. På denna nivå ökar självkänslan hos individen och ett kontaktbehov uppstår, vilket underlättar samarbetet mellan individer. Det är en förutsättning att individen är på denna nivå för att kunna vara en resurs för organisationen.<sup>9</sup>

Utöver Maslows teori finns Frederick Hertzbergs motivations-hygienteori som uppvisar vissa likheter med Maslows teori. Även den tar upp individens behov av säkerheten i organisationen för att upprätthålla motivationen. De största skillnaderna mellan dessa teorier är att Hertzberg har kategoriserat upp behoven i två olika motivatorer. Motivatorerna är hygienfaktorn och motivationsfaktorn. Hygienfaktorerna är arbetsförhållanden och de villkor som måste uppfyllas för att en individ inte skall vantrivas i yrket. Det är under hygienfaktorn som Hertzberg har placerat begreppet säkerhet.<sup>10</sup> Denna teori kommer inte att användas utan nämns enbart för att påvisa att andra teorier finns inom området, individen i organisationen.

Anledningen till att skribenten har valt Maslows teori istället för Hertzbergs är för att Maslows behovs teori ligger till grund för Hertzbergs teori. Maslows teori används även i de ledarskaps och pedagogiska utbildningar som Försvarsmakten bedriver.

Teorin ger även uppsatsen en vetenskaplig koppling och påvisar ett fundamentalt behov som människor i allmänhet besitter. Teorin skall ligga till grund för det empiriska framlagda underlaget i studien, såväl i avhandlingen, som i diskussionen och slutligen i slutsatsen.

## 1.5 Avgränsningar

Uppsatsen kommer enbart att behandla navalmedicin för ytgående fartyg och inte subnavalmedicin gällande för ubåtar och dykeri. Den kommer heller inte att behandla

---

<sup>9</sup> Bruzelius H. Lars, Skärvad Per-Hugo. *Integrerad organisationslära*, (Lund, Studentlitteratur, 2004). s. 289

<sup>10</sup> Bruzelius H. Lars, Skärvad Per-Hugo. *Integrerad organisationslära*, (Lund, Studentlitteratur, 2004). s. 289-290

några plattformar inom amfibiekåren. Fokus ligger på de system som har varit, och är på väg att verka i skarp internationell tjänst, dvs. Göteborgs-, Stockholmssystemet samt Trossö.<sup>11</sup> Skribenten bortser alltså från Visbyklassen och HMS Carlskrona.

Anledningen till att Visbysystemet inte medräknas är för att systemet inte är fullt operativt, samt att fartygsklassen ännu inte ingått i någon form av linjeverksamhet när arbetet skrivs. Borträknandet av HMS Carlskrona har gjorts för att hon inte har ingått i organisationen som ett operativt fartyg sedan 2006.

Avgränsning i rum mellan navalmedicin och subnavalmedicin har gjorts därför att det subnavala området bör studeras separat. Anledningen är för att det inte enbart handlar om Sverige som enskild aktör, utan detta är vid internationella missioner ett multinationellt samarbete. Samma typ av avgränsning görs även i de skrifter som författaren har studerat.<sup>12</sup>

Ytterligare en avgränsning är till den internationella arenan, eller vidare utvecklat då svenska enheterna är och genomför missioner utanför Östersjöområdet. Denna avgränsning har gjorts på grund av att i svenska farvatten, eller i anslutning till sådana områden, finns det goda möjligheter att på ett snabbt och enkelt komma hem vid en eventuell skada.

Avgränsningen i tid är från försvarsreformen 2004 fram till de marina missioner som Sverige har deltagit i och planerna att delta i, dvs. marinens insats i Libanon samt den nyss påbörjade missionen utanför Somalia, ME01.

Motivet angående dessa avgränsningar i tid är att fallstudierna skall kunna göras inom det berörda området och ämnesvalet. Avgränsningen slutar däremot vid planeringen för Somalia missionen. Anledningen beror på att uppsatsen skall behandla nutid och inte behandla saker i framtid.

Fortsatta avgränsningar som har gjorts är att enbart göra en jämförelse mellan svenska reglementen och doktriner, med de reglementen och doktriner Nato tillhandahåller och då främst *AJP 4.10 doctrine*. *AJP 4.10* är den doktrin som behandlar logistik och sjukvård. Motivet är att svenska doktriner och reglementen i största mån skall likställas med Natos

---

<sup>11</sup> OPS, J3 Sjö Op. *Slutrapport efter genomförd insats i Medelhavet inom ramen för UNIFIL, ML s.2, C MTS OPORDER ME01. 20 MARS 2009. s 3*

<sup>12</sup> Marin Utvecklingsplan 2008 utgåva 1 (M UtvP 2008 utg1), 2007-10-12. s.

för att underlätta interoperabiliteten vid internationella övningar med andra deltagande nationer.<sup>13</sup>

Uppsatsen kommer enbart att behandla hur den svenska försvarsmakten skall ta hand om svenska sjömän vid skadefall och inte om hur eller på vilket sätt vi kan vara behjälpliga gentemot andra nationer vid internationella åtagandena.

## 1.6 Litteratur och materialval

Det material som uppsatsen tar fasta på består av doktriner och reglementen, såväl internationella som nationella. Även utredningsrapporter inom ramen för försvarsmedicin behandlas i uppsatsen. De doktriner som används gör det för att svara på frågan hur organisationen skall vara utformad för att uppfylla sjukvårdskraven. Den internationella doktrinen som används är Nato:s *AJP 4-10 doktrin*. I doktrinen beskrivs det dessutom mera utförligt vilka åligganden varje enskild nation har vid missioner och övningar, kontra det som finns skrivet nationellt.

Anledningen till Mj. Tina Knutsons medverkan i uppsatsen bygger på den tjänst som Knutson har på J4, Logistik, vid Högkvarteret. Knutson var bland annat den läkare som hade ansvaret för upprätthållandet av Role 1 funktionen under ML01 missionen. Därför är hennes medverkan för fallstudien av vikt vid beskrivandet av organisationen vid denna tid. Knutson har även varit medverkande i planeringen för ML02 samt kommande ME01. Den kritik som kan riktas gentemot respondenten är att denne kan anses vara partisk i sina upplysningar inom ämnesområdet. Författaren kommer att använda sig av Knutson i samspel med de skrivelser som finns beskrivna i fallstudierna för att öka reabiliteten då det enbart har genomförts en intervju. Författaren anser dock att validiteten hos respondenten är hög med tanke på hennes kompetens och ställning inom organisationen.

För att komplettera Maslows teori om säkerhetsbehovet med fakta direkt riktade mot Försvarsmaktens verksamhet kommer uppgifter tas från litteraturerna *Pedagogiska Grunder* och *Direkt Ledarskap*, båda utgivna av Försvarsmakten.

Böckernas ändamål är att vara relevanta för den svenska officersutbildningen och i de fall komplettera där det saknas litteratur av allmän karaktär inom det givna ämnet. Med få

---

<sup>13</sup> Försvarsmakten, *Doktrin för marina operationer* (Stockholm, Försvarsmakten, 2005). s. 12

undantag är bokens författare anställda och verksamma inom Försvarshögskolan och den institution som arbetar med Ledarskap.<sup>14</sup>

*Pedagogiska grunder* är den publikationen vilken Försvarsmakten använder som grundbok i pedagogik. Boken är avsedd för att utbilda blivande lärare och vara ett stöd för fortsatt reflektion kring pedagogiska frågor.<sup>15</sup> Med bakgrund till det två ovannämnda verken anser författaren att validiteten i texterna anses var hög och därför högst tillförlitlig när den används i den kontext den är ansedd att behandla.

Litteraturen *Integrerad organisationslära* är en bok som används vid utbildning inom det givna ämnet på högskolor/universitet i landet. Boken används för att ge ett organisationsteoretiskt avstamp i uppsatsen och då främst åt det som gäller vad boken tar upp om individen i organisationen. Boken kan ses som en sekundärkälla då den sammanfattar och återger information inom ämnesområdet. Författaren anser dock att validiteten är hög.

---

<sup>14</sup> Larsson, Gerry, Kallenberg, Kjell, *Direkt ledarskap* (Stockholm, Försvarsmakten 2006). s. 5

<sup>15</sup> Lindholm Mikael, *Pedagogiska Grunder* (Stockholm, Försvarsmakten 2006). s. 5

## 2. Avhandling

I detta avsnitt presenteras resultatet av det insamlade empiriska faktamaterialet. Materialet innefattar en sammanställning av de doktriner, reglementen, förmågedokument, rapporter, litteraturverk samt information från den tidigare nämnda respondenten.

Avhandlingens uppbyggnad kommer att luta sig på den trappa som finns uppbyggd för hur den svenska sjukvårdsorganisationen skall se ut. Organisationens uppbyggnad illustreras i Bilaga 1. Läsaren kan med enkelhet studera bilagan för att få en snabb överblick om det valda ämnet och dess strukturella uppbyggnad.

### 2.1 Svensk sjukvårdsorganisation

Den militära hälso- och sjukvårdsorganisationen är ett komplement till den civila hälso- och sjukvården. Marinen genomför med egna resurser förebyggande hälsovård, omhändertagande av psykiska stressreaktioner, behandling i öppen och sluten vård under kortare tid. Alla enheter i marinen skall även kunna ge första hjälpen samt kvalificerad första hjälpen inom uppsatta tidsramar. Tiden beror bland annat på fartygets storlek samt antal besättningsmedlemmar. Det skall även finnas sjukvårdstransporter för vidare vård av skadade besättningsmedlemmar, såväl i strid, som under normala förhållanden. Hälso- och sjukvårdfunktionen skall även vara flexibel för att vara bäst anpassad i lösande av den givna uppgiften, i det aktuella operationsområdet. En given uppgift inom denna anpassning är repatriering av skadade och sjuka från utlandet för sekundärkirurgi, rehabilitering och konvalescens, dvs. transporten från ett missionsområde hem till Sverige. Transporteringen skall alltså ledas av Försvarmakten och utföras av egna och/eller civila resurser.<sup>16</sup>

Role/Echelon: Role är ett begrepp taget från Nato. Begreppet har ingen svensk motsvarighet, utan det är Role alternativt Echelon som är det allmänt vedertagna uttrycket. Indelningen består av behandling av sjömän/soldater, evakuering, proviantering och andra fundamentala funktioner som är viktiga för bibehållandet av styrkans hälsa.<sup>17</sup> Likställande för Role begreppet är alltså Echelon. Echelon används främst för

---

<sup>16</sup> Försvarmakten, *Doktrin för marina operationer* (Stockholm, Försvarmakten, 2005). s. 112

<sup>17</sup> AJP-4.10 *ALLIED JOINT MEDICAL SUPPORT DOCTRINE* 1999-08-31. s. 1-3

sjöstridskrafter och deras organisationer.<sup>18</sup> I denna uppsats kommer skribenten att använda sig av begreppet Role. Begreppet används för att motverka begreppsförvirring och för att begreppet är det vanligaste förekommande i svenska doktriner och reglementen.

Sjukvårdsorganisationen ombord och på vilket sätt Försvarmakten ska transportera de skadade på karaktäriseras av Role-indelningen. Den svenska marinen har valt att implementera de fördelningar och indelningar av fartyg som Nato har standardiserat i sin *AJP-4.10 doktrin*. Det finns dock en viss modifikation inom denna indelning, vilket framgår längre fram i texten. Anledningen till implementeringen är för att underlätta interoperabilitet när svenska enheterna övar och/eller genomför missioner ledda av länder som är anslutna till Natoalliansen.<sup>19</sup>

Role 1: Role 1 omfattar daglig sjukvård, kvalificerad första hjälpen och triage. Triage är en snabb medicinsk förstahandsbedömning av skadade och sjuka på en katastrofplats eller ett akutintag. Avsikten är framför allt att tillse att personer med de mest trängande behoven av behandling tas om hand omgående eller med minsta möjliga dröjsmål.<sup>20</sup> Det skall finnas kapacitet för avancerade och kvalificerade åtgärder inför avtransporten till en högre Role: enhet. För att ett fartyg skall kunna klassas som en Role 1 måste det finnas minst en läkare ombord. Det räcker således inte med att enbart ha en sköterska som tillgodoser den dagliga sjukvården. Begreppet daglig sjukvård i utlandsstyrkan innebär att det skall beredas möjlighet till att få träffa en läkare eller sköterska enligt svensk vårdcentralmodell.<sup>21</sup>

Role 2: Innebär allt det ovannämnda samt livräddande kirurgi. Det skall även finnas möjlighet till enklare laboratorie- och röntgenundersökningar. Tandvård, preventiv medicin och psykiatri ingår även här. Ovannämnda saker verkar som kriterium för att få klassas som en enhet/plattform av denna dignitet. Role 2: enheten skall finnas i anslutning till missionsområdet och transportmöjlighet till denna enhet är en väsentlighet och skall kunna tillgodoses av alla plattformar.

Role 3: Innebär sjukhusnivå inom missionen/missionsområdet. Sjukhuset skall vara anpassad med medicinsk förmåga, i vilket primärkirurgi ska ingå. Det innebär ett

---

<sup>18</sup> Försvarmakten, *Doktrin för marina operationer* (Stockholm, Försvarmakten, 2005). s. 113

<sup>19</sup> Försvarmakten, *Doktrin för marina operationer* (Stockholm, Försvarmakten, 2005). s. 113

<sup>20</sup> <http://www.ne.se/school/artikel/705773/705773>. 2008-11-28

<sup>21</sup> Mj Knutson Tina. *Förslag samt konsekvensanalys av möjliga sjukvårdsresurser ML 02* (2007-03-21)

fullständigt utrustat sjukhus med många olika specialister och kan vara ett civilt sjukhus i anslutning till insatsområdet.

Role 4: Innebär sjukvård i hemlandet. Exempel på ett sådant sjukhus är för svenska truppers del, Sahlgrenska sjukhuset i Uppsala. Dit kommer soldater/sjömän i första hand för att behandlas vid en eventuell skada i utlandssammanhang.<sup>22</sup>

## **2.2 Den svenska förmågan till transport av skadade och repatriering vid internationella missioner**

### **2.2.1 Transporten från fartygen**

Svenska ytstridskrafter har en förmåga att uppträda autonomt över stora ytor vid ett angivet operationsområde, långt ifrån sitt eget basområde. För att klara av de fastställda tidskrav som finns gällande sjukvårdsevakuering är oftast en avtransport med helikopter en förutsättning för att klara de uppsatta tidsramarna<sup>23</sup>. De svenska enheterna under ML01-02 och den i startgruppen ME01 saknar denna kapacitet eller i vart fall att medföra sin egen helikopter och landa ombord. De alternativ som finns ombord på dessa enheter för att evakuera skadade är genom att:

1. Helikoptertransport, Stockholm och Göteborgsklassen samt Trossö får genomföra detta transportsätt genom att vinscha upp den skadade med bår.
2. FRB (Fast Rescue Boat) för de enheter som tillhandahåller en sådan, annars genom RIB, eller liknande fartygstyp.
3. Genom att fartyget själv förflyttar sig till stödfartyg med Role2 funktion eller, till ett basområde i hamn. För att där koppla fartygen alternativ vojta (fira) över den skadade. Den sistnämnda är kanske inget att föredra, men skribenten vill bara påvisa att möjligheten finns.

---

<sup>22</sup> *Försvarsmedicinskt inriktningsdokument 2007*, 2007-01-15. s. 11, Försvarmakten, *Grundsyn Logistik*, (Alfa Print AB 2007). s.35

<sup>23</sup> *Funktionsmålsättning för Försvarmaktens hälso- och sjukvård* 2003-11-26. s. 7

### 2.2.2 Repatrieringsförmågan

Den svenska försvarsmaktens förmåga till repatriering kan utgöras av egna flygplan och då av typ Herkules. Flygplanet kan utrustas med en sjukvårdscontainer alternativt en ambulans. De övriga förmågorna som Försvarsmakten har tillgång till är genom ett avtal med den norska luftambulansen. Företaget tillhandahåller i sin tur två flygplan med kapacitet att transportera två stycken intensivvårdspatienter vardera.<sup>24</sup> Ytterligare en överenskommelse som finns, är ett avtal kopplat mot Akademiska sjukhuset i Uppsala. Avtalet innefattar intensivvård för två patienter samtidigt i deras jetplan från missionsområdet till operationsbordet på akademiska sjukhuset.<sup>25</sup>

Vid större katastrofer kan även det svenska nationella ambulansflyget användas, även kallat SNAM. Planet i sin tur är ett SAS-ägt Boeing 737-800, vilket Luftfartsstyrelsen har att förfoga över vid katastrofer. Flygplanet kan byggas om på Arlanda till ett avancerat ambulansflyg. Ombyggnationen tar cirka sex timmar och kan efter moderniseringen transportera sex till sju intensivvårdspatienter samt upp till 23 sittande patienter. SNAM:et kan däremot enbart insättas efter det att ett regeringsbeslut har blivit taget.<sup>26</sup>

### 2.3 Tidskrav för svenska enheter

Den uppdelning som finns reglerat beror på fartygets storlek och antalet besättningsmedlemmar ombord. Det som alla enheterna har gemensamt är att en avtransport med helikopter är en förutsättning för att klara de angivna tidskraven.

Tidskraven för att åstadkomma ett adekvat medicinskt omhändertagande är:

- Få första hjälpen inkluderande HLR (hjärt och lungräddning) på skadeplats inom 5 minuter.
- Erhålla första hjälpen av sjuksköterska inom loppet av tio minuter.
- Erhålla kirurgi av svårt skadad inom en timma om det finns tillgång till helikopter. Annars gäller två timmar till livräddande kirurgi och fyra timmar till primär kirurgi.<sup>27</sup>

---

<sup>24</sup> <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/09/03/11/5e3e4e17.pdf> 2008-11-12. s. 34

<sup>25</sup> <http://www.akademiska.se/upload/49283/ronden%202%202008.pdf> 2008-11-16

<sup>26</sup> [http://www.luftfartsstyrelsen.se/templates/LS\\_InfoSida\\_70\\_30\\_\\_\\_38733.aspx](http://www.luftfartsstyrelsen.se/templates/LS_InfoSida_70_30___38733.aspx), 2008-11-12

<sup>27</sup> *Försvarsmedicinskt inriktningsdokument 2007*, 2007-01-15. s. 2

## 2.4 Natos koncept inom medicinsk evakuering

Vid Nato operationer hänvisar *AJP 4.10* till att var nation skall ombesörja sin egen sjukvårdslogistik, i den utsträckning det är möjligt. En stor anledning till att denna reglering finns är att det inte skall kunna bli några intressekonflikter vid olycksfall. Dock är alltid ledande nation den nation som har det övergripande ansvaret för hela operationens sjukvårdsplanering.<sup>28</sup>

*AJP 4.10* beskriver även den Role indelningen med likvärdiga kriterier som den svenska doktrinen gör. Som tidigare nämnts är varje nation skyldig att upprätthålla minst en Role 1 funktion. Doktrinen skriver även som ett komplement till Role 1 funktionen att när en nation inte har möjligheten till att upprätta dessa kriterier kan en förmåga eller medicinsk support från en annan kontingents medicinska resurser användas. Då bör en ”överenskommelse om assistans” framförhandlas det vill säga en MOU. (Memory of Understanding).<sup>29</sup>

Evakuering av skadade är en elementär aspekt inom medicinsk hjälp. Det räknas även som en medicinsk förpliktelse att kunna utföra. För att genomföra en lyckad evakuering måste den enligt Nato innehålla tre punkter.

1. Förmågan att evakuera skadade till en medicinsk facilitet under dygnets alla timmar, i alla vädertyper, över all terräng och oberoende av operationens scenario.
2. Tillgodose den medicinska förmågan av den skadade genom hela ”förfarandet” med rätt utbildad personal.
3. Förmågan att reglera tillströmningen och olika typer av patienter när omständigheterna kräver det och att exakt kunna följa patienter under evakueringen.<sup>30</sup>

För att möta dessa krav bör det finnas ett stort antal olika sorters enheter som kan svara upp till de ovannämnda kraven. Enheterna delas i sin tur in i två olika kategorier, Intra och Inter enheter. Intra är enheter vilka är de mest lämpade och anpassade för missionstypen. Enheterna kan utgöras av för flottans del, helikoptrar, flygplan, tåg, små

---

<sup>28</sup> *AJP-4.10 Kap 3, Section 1- Medical evacuation.* s. 1-2

<sup>29</sup> *AJP-4.10 Kap1, Land/Air Medical Treatment Facilities.* s. 8

<sup>30</sup> *AJP-4.10 Kap 3, Section 1- Medical evacuation.* s. 1-2

båtar, men även större fartyg. Även Inter enheterna är missionsanpassade men troligast kommer de att utgöras av flyg i första hand, men även helikoptrar, fartyg och tåg kan vara aktuellt. Det som är avgörande är vart och hur missionen är uppsatt eller det som Nato beskriver som TOO (Theatre of Operations) och vilket avstånd sjukvårdstransporten skall ske på. Dessa hörnstenar i hur nationer skall sätt upp sin sjukvårdsberedskap är inte att se som en fullskalig lösning för varje nation, utan det ska möjliggöra och uppmuntra mindre nationer att planera för en realistisk, kostnadseffektiv och flygmedicinsk evakuering till sjukhusinrättningar, där icke stridande förhållande råder, och personal kan då se till sina skadade under mera kontrollerade former och ge adekvat vård.<sup>31</sup>

## **2.5 Betydelsen av en fungerande sjukvårdsorganisation i alla vädertyper och konfliktnivåer för soldaten/sjömannen och chef**

Ett av det mest fundamentala behov som bidrar till viljan att ta till kamp eller fly beror på flera olika aspekter. Några av dessa är utbildning, självförtroende, socialt förtroende för gruppledare och för ledningen. Till de uppräknade aspekterna läggs även förtroende för organisationen och den personliga utrustningen.<sup>32</sup> Varje enskild soldat/sjöman gör före en strid en kritisk jämförelse mellan egna och motståndarens resurser. För denna jämförelse används all information och tillgänglig värderingsmöjlighet som finns. En av de saker som bedöms är sjukvården. Anledningen till detta är att sjukvården har en särskild plats i soldaten/sjömannens bedömning. Det som bedöms är hur snabbt och med vilken kvalitet ett omhändertagande kan ske vid en eventuell skada. Om soldaten uppfattar att svaren inte är tillfredställande, förstärks dennes naturliga rädsla när väl striden påbörjas. Resultatet av bristerna kan bli att stridsvärdet hos soldaten/sjömannen sjunker i takt med stridens gång.<sup>33</sup>

Det krav som ställs ur ett ledarskapsperspektiv för att skydda sina egna styrkor är att ledaren/chefen alltid har en vilja att återföra alla välbehållna hem. Den viljan har visat sig utsätta ledarna/cheferna för en beaktansvärd stor press. Enligt en undersökning gjord av en holländsk forskare vid namn Ad Vogelaar år 1999 visade det sig att chefens

---

<sup>31</sup> AJP-4.10 Kap 3, Section 1- Medical evacuation. s. 1

<sup>32</sup> Lindholm Mikael, *Pedagogiska Grunder* (Stockholm, Försvarsmakten 2006). s. 16-21

<sup>33</sup> Lindholm Mikael, *Pedagogiska Grunder* (Stockholm, Försvarsmakten 2006). s. 21

initiativtagande och självständiga beslut kan hämmas då bedömningen har varit att riskerna varit för överhängande för trupp och manskap.<sup>34</sup>

### 3 Fallstudier

I följande kapitel kommer det att redovisats hur sjukvårdsorganisationen såg ut under marinens insats i Libanon. Det kommer även att framställas hur organisationen är tänkt att fungera under Somaliamissionen.

#### 3.1 Organisationen kring ML01 Libanon

Under 2007 genomförde den svenska marinen en insats med fartygsförband ur Göteborgsklassen i Medelhavet inom ramen för UNIFIL. Missionen fick benämningen ML01, marin insats i Libanon.<sup>35</sup> Missionen startade med snäva tidsförhållanden. En av anledningarna var att enheten skulle kunna vara på plats vid insatsområdet om det skulle tas ett beslut om insats. Den snabba planeringen tillsammans med andra faktorer gjorde att sjukvårdsorganisationen inte var tillfredställande då missionen påbörjades. Bland annat fanns det ingen egen läkare på plats vid start och ej heller under hela missionen.<sup>36</sup> På grund av denna brist skickades det till Norge och Tyskland en SOR (Statement of Requirement). En SOR handlar om att genom en formell förfrågan till nationerna om att bistå svenskarna vid skadefall. Dessutom gavs rätten att ge vård på svensk personal inom styrkan.<sup>37</sup>

Då det åligger varje nation att minst upprätthålla en Role1 funktion ombord hade styrkan ett problem.

Role 1 funktionen var alltså inte löst under första delarna av missionen. Dock fanns det en sköterska ombord.

Sköterskan kunde i sin tur tillse att den dagliga sjukvården ombord löstes. För att lösa problemet med läkare hemställde C MTK om att få använda Mj Tina Knutson som medicinskt ledningsansvarig läkare för ML01.<sup>38</sup>

---

<sup>34</sup> Larsson, Gerry, Kallenberg, Kjell, *Direkt ledarskap* (Stockholm, Försvarsmakten 2006). s. 179

<sup>35</sup> OPS, J3 Sjö Op. *Slutrapport efter genomförd insats i Medelhavet inom ramen för UNIFIL, ML*. s. 1

<sup>36</sup> OPS, J3 Sjö Op. *Slutrapport efter genomförd insats i Medelhavet inom ramen för UNIFIL, ML*. s. 2

<sup>37</sup> JFC J4 Mj T Knutson *Statement of Requirement (SOR)* 13 Oct 2006

<sup>38</sup> Meijer Claes Tj Generalläkare. *Hemställan medicinskt ledningsansvar ML01*. s. 1

Role 1: enheten på plats löstes genom att Sverige sökte assistans hos den norska styrkan på plats. Norge hade en fungerande Role 1 funktion, vilket Sverige tack vare SOR:en fick ta del av.

Role 2 kapaciteten löstes genom ett kontrakt med ett av sjukhusen på Cypern. Denna lösning hade även Tyskland, Danmark och Norge valt. Kriterierna för en Role 2: enhet uppfylldes tack vare att Cypern har en väl fungerande infrastruktur med en utbyggd sjukhusorganisation. Det sjukhuset som hade valts i huvudsak, var *Limassol Medical Center*. Sjukhuset har ett flertal olika specialister däribland thoraxkirurgi, allmän kirurgi, rehabilitering, sjukgymnastik och biokemi för att nämna några. Sjukhuset kunde även klassas som en Role 3: enhet.<sup>39</sup>

Ett av de krav som finns uppsatta enligt svenska doktriner är kravet att tillgodose en transport till en Role 2: enhet eller högre. Denna funktion kallas för MEDEVAC och CASEVAC.<sup>40</sup>

Dessa två begrepp står för Medical Evacuation samt Casualty Evacuation, dvs. evakuering utav skadade med sjukvårdstransport. I marinens fall handlar det oftast i form av en helikoptertransport. För att uppnå ändamålet med helikopter fanns det ett muntligt avtal med den tyska nationen som bar det huvudsakliga ansvaret för missionen. Vid ett skadeutfall ombord på den svenska enheten skulle de tyska helikoptrarna vara redo att bistå svenskarna med assistans. Dock blev avtalet aldrig nedtecknat och underskrivet. Motivet var för att det finns en paragraf i den inhemska tyska lagstiftningen som säger att andra nationer inte får prioriteras framför tyskarnas egna behov. Sverige hade alltså möjligheten att ta del av den tyska MEDEVAC funktionen så länge det inte blir några skador på någon tysk soldat/sjöman. Tyskland hade ytterligare ett avtal med det cypriotiska sjukhuset. Avtalet gällde att det hela tiden fanns en ambulans beredd att transportera de anländande skadade till sjukhuset. Även det här skulle Sverige enligt det muntliga avtalet få ta del av.<sup>41</sup>

Huruvida det fanns någon plan för hur organisationen skulle se ut, eller vilka åtgärder som skulle vidtagas vid ett större skadeutfall (MASCAL) är för författaren okänt. Dock

---

<sup>39</sup> Knutson Tina, *Besök ML01, FBS Limassol Cypern*. (Rapport 4-7December 2006). s. 5

<sup>40</sup> Försvarsmaktens Grundsyn Logistik (*Alfa Print AB 2007*). s. 35

<sup>41</sup> Knutson Tina, *Besök ML01, FBS Limassol Cypern*. (Rapport 4-7December 2006). s. 6

finns det att läsa i OPORDERN Annex R till ML02 att C ML02 ska ”-utarbete en plan i händelse ett stort skadeutfall”.<sup>42</sup>

### 3.2 Organisationen kring ML02 Libanon

Då beslut fattades att det skulle bli en fortsättning på marinens insats i Libanon uppstod ett nytt problem inom sjukvårdsorganisationen. Det avtal Sverige tecknat med Norge upphörde. Anledningen var att Norge avslutade sin mission under samma period som rotationen ägde rum. Vid samma tidpunkt minskade även Tyskland sitt bidrag. Effekten blev att Role 2 förmågan till sjöss blev än mer begränsad än tidigare. Sverige stod alltså helt utan läkare på plats nu när det norska bidraget försvann. Däremot fanns fortfarande det muntliga avtalet med den tyska styrkechefen gällande rutiner för ett svenskt omhändertagande vid ett eventuellt tillbud, men fortfarande ingen läkare på plats.

Ombord HMS Sundsvall fanns det en sjuksköterska och ytterligare en sköterska på den landbaserade campen.<sup>43</sup> Den sjukvårdaren som hade det övergripande ansvaret på plats gjorde en utvärdering av sjukvårdsorganisationen ombord. Utvärderingen visar att själva organisationen ombord på korvetten var godkänd, men att förhållningssättet gentemot den var dåligt och att den var nästintill ansågs onödig och bara var i vägen för resterande verksamhet.<sup>44</sup>

Repatrieringsförmågan skall som brukligt vid en internationell mission som Försvarsmakten har styrkor i, kontakt tas med VB SJV, vakthavande befäl, och i andra hand VB MTK vakthavande befäl, marintaktiska kommandot. Det skall även erhållas ett administrativt godkännande av UNIFIL HQ. VB SJV ansvarar i beslut rörande transportsätt och på vilket sätt transporten skall ske.<sup>45</sup>

De slutsatser/erfarenheter som finns dragna och redovisade i slutrapporten om sjukvårdsorganisationen och dess uppbyggnad för missionerna i Libanon var att den inte var tillfreds. En bidragande anledning var att marinöverläkaren inte var inkopplad i planeringsarbetet och den strukturella uppbyggnaden av sjukvårdsorganisationen för de båda missionerna.

Erfarenheten var av stor vikt och skulle begrundas till nästkommande missioner.<sup>46</sup>

---

<sup>42</sup> Försvarsmakten *Annex R till MTK OPORD ML02* (2004-02-25)

<sup>43</sup> Mj Knutson Tina. *Förslag samt konsekvensanalys av möjliga sjukvårdsresurser ML 02* (2007-03-21). s. 1

<sup>44</sup> Kn Per Jearnaker Sjö ML01 Kontroll av utbildningsnivå sjukvård HMS SVL 070412

<sup>45</sup> Annex R till MTK OPORDER ML02. 2004-02-25. s. 9-10

<sup>46</sup> OPS, J3 Sjö Op. *Slutrapport efter genomförd insats i Medelhavet inom ramen för UNIFIL, ML*. s. 2

### 3.3 Organisationen kring ME-01 Somalia

Sjukvårdsorganisationen kring marinens insats i Somalia att vara annorlunda på fler sätt i förhållande till den marina insatsen i Libanon. Den största anledningen är för att styrkan som skall skickas är mycket större denna gång samt att marinöverläkaren är inkopplad vid planeringen. I styrkan ingår det ett lag/stabs fartyg, HMS Trossö, en lag funktion i land och två stycken korvetter av typ Stockholm. Hamnen eller landet som enheterna skall utgå ifrån är Djibouti och inte Limasoll på Cypern, vilket medför en helt annan komplexitet gällande den sjukvårdsstruktur som finns i land och den assistans som kan erhållas därifrån. En stor skillnad är att infrastrukturen i länderna skiljer sig märkbart åt. Däremot finns fördelen att ha Trossö med, som är utrustad med en mer kvalificerad sjukvårdsorganisation än korvetterna.

Inför denna mission har Trossö utrustats med en kirurgi container för att i största mån upprätta en så kallad, framskjuten kirurgisk förmåga.<sup>47</sup> Vad detta innebär finns tidigare förklarat under rubriken Role indelning. I denna container skall det vara möjligt att operera och behandla två skadade sjömän samtidigt. Det som skall kunna behandlas är främst enklare skador som till exempel blindtarmsoperation, benbrott och skador av liknande karaktär. Det kommer inte att vara möjligt att ge adekvat vård vid ett större masskadeutfall.<sup>48</sup>

Det försvarsmedicinska konceptet ombord på korvetterna utgörs av en läkare ombord på respektive korvett. Förstärkningen gör att korvetterna med denna lösning upprätthåller det nationella kravet på att vara en Role 1: enhet.

MEDEVAC/CASEVAC funktionen skall ske främst med helikopter. Helikopterfunktionen är tänkt att utföras av den franska enheten i Djibouti alternativt från någon av fregatterna ingående i EU NAVFOR styrkan.<sup>49</sup> En av anledningarna till att styrkan inte enbart förlitar sig på den franska helikoptern i Djibouti är att den svenska styrkans operationsområde sträcker sig utanför helikopterns aktionsradie. Effekten av detta avstånd blir att helikoptertransport från basen inte kan garanteras hela tiden.<sup>50</sup> Hur avtalen är utförda och tecknade har författaren inte fått någon vetskap om och kommer därför inte att diskuteras i denna avhandling utan, lämnas som förslag till vidare forskning.

---

<sup>47</sup> ANNEX R to C MTS OPORDER ME01. 20 MARS 2009. s. 2

<sup>48</sup> Intervju, respondent Mj Tina Knutson, J4 HKV. 2009-04-01

<sup>49</sup> ANNEX R to C MTS OPORDER ME01. 20 MARS 2009. s. 2

<sup>50</sup> Intervju, respondent Mj Tina Knutson, J4 HKV. 2009-04-01

## 4. Avslutning

### 4.1 Diskussion och slutsats

Syftet med uppsatsen har varit att genom ett organisationsteoretiskt perspektiv undersöka hur Försvarmaktens förmåga att ta hand om skadade vid internationella missioner ser ut, samt vilka brister i organisationen som kan finnas.

De frågor som besvarats i denna uppsats är:

- Kan Maslows behovsteori användas för att förstå sjukvårdsorganisationen?
- Hur ser den svenska marina sjukvårdsorganisationen ut vid internationella missioner?
- Vilka brister finns i sjukvårdsorganisationen?

Maslows behovsteori används för att beskriva en enskild individs beteende både individuellt och i grupp. Som tidigare uppdagats byggs teorin upp av olika behov som människan har. Säkerhetsbehovet är ett av det viktigare i teorin och handlar om människans önskan att skydda och bevara grundförutsättningarna för att överleva. Den verksamhet som Försvarmakten bedriver gör att denna förutsättning kan vara en väsentlighet om soldaten väljer att strida, och på vilket sätt.

Utrustningen är kanske det första som skribenten kommer att tänka på när det gäller säkerhet. Har individen ett förtroende för den personliga utrustningen kan säkerhetsbehovet tillfredställas för vissa. Men vad skulle hända om vi ser på det som uppsatsen har fokuserat på, nämligen sjukvårdsorganisationen. Vad händer med de individer som börjar granska sjukvårdsorganisationen och finner brister och fel i denna? Enligt Maslow återgår människan till det första behovet för att på nytt försöka tillfredställa behovet överlevnad. För att sedan klättra vidare uppåt och på de högre nivåerna påbörja en interaktion med andra. Då individen har kommit upp till nästa nivå kan individen börja vara en resurs för organisationen istället för en belastning. Därför kan Maslows behovstrappa användas för att förstå sjukvårdsorganisationens betydelse. I synnerhet vid svåra påfrestningar som kan uppstå vid stridskontakter.

Andra studier som har gjorts inom området och mer kopplat mot Försvarmaktens verksamhet har visat att soldatens rädsla för striden ökar vid brister. Chefer kan på grund

av en bristande organisation vackla i sin beslutsfattning om det finns brister eller oklarheter i den.

Den svenska sjukvårdsorganisationens uppbyggnad är identisk med den uppbyggnad som Nato har i sin doktrin. Överallt i *AJP 4.10* går det att hitta motsvarigheter i de svenska doktrinerna och förmågedokumentet. En av anledningarna är för att det ska underlätta interoperabiliteten vid övningar och missioner. Vid missionerna ML01 och ML02 har det uppdagats att sjukvårdsorganisationen har varit undermålig och vacklande. Många frågetecken och bristfälliga lösningar har genomförts för att svara upp på några av de ställda krav som finns. För att exemplifiera detta kan vi ta lösandet av läkare på plats under ML missionerna. Trots att det är en nationell skyldighet löstes bristen på ett knapphändigt sätt. Läkaren som var kopplad till missionen fanns inte på plats utan dennes uppehållsplats var mestadels i Stockholm. Lyckligtvis behövdes aldrig läkare användas på något sätt men det betyder inte att lösningen var fullgod. Det var en brist som löstes pappersmässigt men inte vidare handlingsmässigt. Alltså det fanns en läkare som bar det övergripande ansvaret men vars uppehållsplats var långt från missionsområdet. Alltså så löste man kravet pappersmässigt, men avsaknaden på plats var fortfarande densamma.

Erfarenheterna i slutrapporten från ML missionerna har tagits på allvar och har medfört att det inför Somalia missionen påvisas att sjukvårdsorganisationen har fått en mer betydande roll vid planeringen. Hur organisationen såg ut och fungerade i verkligheten får studeras efter att missionen är slutförd.

Den förmåga som finns organisatoriskt för repatrieringen får anses vara en fullgod lösning. Till denna förmåga är SNAM:et den enhet som kan transportera flest intensivvårdspatienter. Däremot finns inte flygplanet till förfogande hela tiden utan det krävs både ett regeringsbeslut och en ombyggnation innan flygplanet är klart att använda.

Den mest framstående bristen som författaren har hittat är en materiellisk brist nämligen avsaknad av egen helikoptertransport, sett ur ett sjukvårdsorganisationsperspektiv. Problemet och bristen finns på själva enheterna kopplat mot tidskraven. Nästan uteslutande i de dokument som skriver om transporterering står det att en helikoptertransport är en förutsättning för att klara av de ställda tidskrav som finns reglerat.

Avsaknaden kan bli en hämsko, vilket kan ställa till problem vid ett eventuellt tillbud ombord på enheterna. Skribenten har inte funnit någon brist i doktrinerna hur

organisationen skall vara uppbyggd och vilka krav som ställs. Där svarar även de nationella doktrinerna upp till det som finns reglerat internationellt.

Vid Libanonmissionerna löstes helikoptertransporten genom muntliga avtal med de tyska enheterna. Dock kunde det aldrig till 100 procent garanteras att avtalet kunde uppfyllas, utan tyska intressen skulle alltid gå före de svenska.

En annan orsak till att det var en sådan bristfällig organisation vid Libanonmissionerna kan ha varit att marinöverläkaren inte var delaktig i planeringen. Vad som kan ha föranlett marinöverläkarens frånvaro skulle kunna vara hans geografiska placering i förhållande till Högkvarteret. Hans säte är i Göteborg och Högkvarteret ligger som bekant i Stockholm. Därför saknades det en kompetens inom området vid planeringen utav dessa missioner. Varför han inte var delaktig framgår inte i några texter som har använts för studien, men det skulle kunna vara en inställningsfråga från planerarna, samt en organisatorisk felaktighet. Det kan även utrönas att inställningen bland de som var ombord på korvetten inte ansåg att sjukvården var den organisation som var av hög prioritet, om man studerar Libanonmissionerna.

Sjukvårdsorganisationen har efter erfarenheter dragna från de två första missionerna ändrats till det bättre för alla ombordvarande. Redan vid planeringen utav ME01 missionen var marinöverläkaren inkopplad vid planeringen. Det är säkerligen därför det redan nu kan utrönas att sjukvårdsorganisationen har fått en mer betydande roll vid planeringen inför denna mission.

## **4.2 Fortsatt forskning**

På grund av att ME01 missionen precis har påbörjats kan ett förslag till vidare forskning vara att göra kompletterande studier hur organisationen såg ut över tiden. Visbysystemets implementering i organisationen bidrar även till förmågan att till viss del kunna transportera en helikopter ombord, i vart fall att landa och lyfta. Dessa nyinskaffanden kan göra att sjukvårdsorganisationen kan komma att förändras från dess nuvarande form. Skulle HMS Carlskrona även komma att rustas igen och/eller Försvarmakten inskaffar ett fartyg av L10 klass kan uppsatsen komma till andra slutsatser, gällande det valda ämnet, då Försvarmakten kan komma att få egna Role 2: enheter, med egen förmåga att kunna transportera/evakuera och omhänderta skadad personal vid krissituationer.

## 5 Käll- och Litteraturförteckning

### Tryckta källor

- Bryman, Alan *Samhällsvetenskapliga metoder* (Lund, Studentlitteratur, 2001)
- Bruzelius H. Lars, Skärvad Per-Hugo. *Integrerad organisationslära*, (Lund, Studentlitteratur, 2004)
- Ejvegård Rolf, *Vetenskaplig Metod* (Lund, Studentlitteratur, 2007)
- Försvarsmakten, *Militärstrategisk doktrin* (Stockholm, Försvarsmakten, 2002)
- Försvarsmakten, *Doktrin för marina operationer* (Stockholm, Försvarsmakten, 2005)
- Försvarsmakten, *Grundsyn Logistik* (Alfa Print AB, 2007)
- Kvale, Steinar *Den kvalitativa forskningsintervjun* (Lund, Studentlitteratur, 1997)
- Larsson, Gerry, Kallenberg, Kjell, *Direkt ledarskap* (Stockholm, Försvarsmakten, 2006)
- Lindholm Mikael, *Pedagogiska Grunder* (Stockholm, Försvarsmakten, 2006)

### Otryckta källor

- ANNEX R to C MTS OPORDER ME01. 20 MARS 2009
- Annex R till MTK OPORDER ML02. 2004-02-25.
- Försvarsmedicinskt inriktningsdokument 2007*, 2007-01-15
- Funktionsmålsättning för försvarsmaktens hälso- och sjukvård 2003-11-26*
- JFC J4 Mj T Knutson *Statement of Requierment (SOR)* 13 Oct 2006
- Knutson Tina, *Besök ML01, FBS Limassol Cypern.* (Rapport 4-7December 2006)
- Marin Utvecklingsplan 2008 utgåva 1 (M UtvP 2008 utg1)*, 2007-10-12
- Mj Knutson Tina. *Förslag samt konsekvensanalys av möjliga sjukvårdsresurser ML 02* (2007-03-21)
- NATO/PfP UNCLASSIFIED (2004) *AJP-3.14 FORCE PROTECTION*
- NATO/EAPC UNCLASSIFIED (1999) *ALLIED JOINT MEDICAL SUPPORT DOCTRINE*
- OPS, J3 Sjö Op. *Slutrapport efter genomförd insats i Medelhavet inom ramen för UNIFIL, ML.*
- Utredning. *Försvarsmedicin i utveckling – inrättande av Försvarsmedicincentrum (FömedC).* 2006-12-20
- Kn Per Jearnaker Sjö ML01 *Kontroll av utbildningsnivå sjukvård HMS SVL 070412*

### **Elektroniska källor**

*Ansvaret för personalen före, under och efter  
internationella militära insatser* Allan Widman 2007-10-15

<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/09/03/11/5e3e4e17.pdf> 2008-10-28

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/11/27/26/5306f7c1.pdf> 2008-10-28

[http://www.luftfartsstyrelsen.se/templates/LS\\_InfoSida\\_70\\_30\\_38733.aspx](http://www.luftfartsstyrelsen.se/templates/LS_InfoSida_70_30_38733.aspx) 2008-11-12

<http://www.akademiska.se/upload/49283/ronden%202%202008.pdf> 2008-11-16

<http://www.ne.se/sok/Repatriering> 2008-11-17

<http://www.ne.se/school/artikel/705773/705773> 2008-11-28

### **Övriga Källor**

Mj Tina Knutson J4 Högkvarteret 2009-04-01

**Missionsanpassning - Flexibilitet - Handlingsfrihet**

