

Sjukvård i krig och beredskap vid insatser^I

Allvarliga följder av Försvarsmaktens ändrade inriktning

av Peter Galos

Résumé

Over the course of 20 years, the Swedish Armed Forces has lost most of its medical capacity. A large, well thought-out wartime organization based on conscripted medical personnel, field hospitals and medical transportation, has been replaced by fragments of advanced concepts developed specifically for expeditionary operations in countries far away. At the same time, a civilian healthcare system which can barely handle peacetime conditions is expected to care for the tens of thousands of wounded that an armed conflict in Sweden is predicted to cause – without any additional resources. The Swedish Armed Forces must change its medical strategy; all efforts should be focused on reclaiming a robust and complete medical wartime organization with the capacity to handle the expected vast number of injured. The medical wartime organization should include numerous field hospitals, as well as an increased capacity for medical land transportation. A considerable amount of civilian medical personnel must be conscripted and trained in how to work in wartime conditions.

Det är ett högt spel, även om hoten mot Sverige just nu är små. Endast den komplett historielöse kan dock på allvar tro att den eviga fredens tid är inne.

Upsala Nya Tidning, ledaren "Svart dag för Försvaret" dagen efter försvarsbeslutet år 2000.²

ÅTERIGEN KOMMER DET ohyggliga visslande ljudet, följt av en krevad som känns i bröstet lika mycket som den hörs. Kalle kastas upp i luften och faller tungt ned igen, som en säck potatis. Han känner ingen smärta än, men det trycker obehaglig över bröstet. Benet... vad har hänt med benet? Fältbyxan färgas röd kring hålet som granatsplittret slitit upp. Vid varje andetag hostar Kalle så han kiknar. Han försöker ropa på hjälp, men luften räcker inte till. Just nu har han nog med att bara överleva.

Så inleds läkaren Eskil Dalenius, chef för Krigssjukvårdssektionen vid Försvarets sjuk-

vårdscentrum (FSC), beskrivning i *Arménytt* 1997,³ där skyttesoldat Karl-Erik "Kalle" Bergström såras och omhändertas i den militära sjukvårdkedjan, från skadeplats till rehabilitering.

En sårad soldat som Kalle omhändertogs omgående på plats av en sjukvårdsman, och kort därefter av en plutonssjukvårdare, vilken som så många andra efter värnplikten skaffat sig en vårdutbildning. Efter att ha burits på bår ankommer Kalle till kompanisamlingsplatsen där han tas omhand av kompanisjuksköterskan. I tältet får han syrgas och dropp varefter han transporteras vida-

re till bataljonsförbandsplatsen. Här träffar Kalle en läkare, till vardags gynekolog vid ett närliggande länssjukhus, som i bedövning avlastar Kalles punkterade lunga. Benet och bröstkorgen måste opereras och Kalle genomgår en flera timmar lång militär sjuktransport till ett fältsjukhus för åtgärd. Efter några dagar förs Kalle vidare till ett civilt sjukhus och påbörjar en lång rehabilitering. För Kalles del är kriget över men många andra svenskar kommer tyvärr att passera samma sjukvårdskedja innan kriget är slut.

Sjukvård i krig

Berättelsen är ingen framtidsvision utan visar den år 1997 befintliga organisation som kunde upprättas vid mobilisering. Under 1980- och 1990-talen förfogade Försvarsmakten tillsammans med resterande delar av Totalförsvaret över en stor krigssjukvårdsförmåga där kompetens från den civila sjukvården, via lagen om Totalförsvarsplikt (1994:1809), togs tillvara i Försvarsmaktens krigsorganisation.

Försvarsmakten hade därför på 1990-talet, efter tre dygns mobilisering, fler än 35 fältsjukhus i armén och 15 marina stridsjukhus. Varje fältsjukhus hade sex operationssalar och intensivvårdsavdelning med 18 respiratorer. Allt var förberett för att kunna tas i omedelbart bruk.⁴ Fältsjukhusen var autonoma med egen elförsörjning och värme. Därutöver fanns i krigstid en stor markbunden militär sjuktransportorganisation som kunde transportera de sårade.

Den civila sjukvården var förberedd att i krigstid ställas om helt för att klara det mångdubbelt ökade behoven. Initialt kunde inte sårade få samma högspecialiserade vård som i fredstid, men man kunde efter mobilisering, utöver Försvarsmaktens nämnda resurser, uppbringa 125 000 akuta vårdplatser fördelade på 90 lasarett, varav 70 procent

för kirurgisk vård och 30 procent för medicinsk vård.⁵ Trots en mycket stor civil krigsorganisation krävdes en omfattande militär sjukvårdsorganisation för att få en komplett sjukvårdskedja.

Den militära- och den civila sjukvården var väl integrerade. Exempelvis vidareutbildades årligen vid Försvarets Sjukvårdscentrum mer än 100 läkare inom den civila sjukvården.⁶

Baserat på dåtidens stora krigssjukvårdsorganisation var målet att den skadade skulle opereras inom sex timmar.⁷ I praktiken skulle de sårade transporteras bakåt i sjukvårdskedjan så fort det taktiska läget och tillgängliga resurser tillät. Då tidsramen ansågs osäker fanns uthållighet på alla nivåer i händelse av utebliven möjlighet till avtransport.

Försvarsmaktens sjukvårdskapacitet avvecklas

I och med försvarsbesluten 1996 och 2000 började en snabb nedmontering av det nationella försvaret. Den tidigare genomgående tanken om en integrerad och pliktbaserad krigssjukvård avskaffades, och i stället började Försvarsmakten rekrytera och anställa vårdpersonal. Fältsjukhusen demonterades strax efter år 2000, och utrustningen skänktes som bistånd. Sjukvård började benämnas "Försvarsmedicin" och fokus blev nu högspecialiserad sjukvårdsberedskap samt företagshälsovård i fredstid. Ansvarsområdet för generalläkaren, den läkare/officer som varit högst ansvarig för sjukvård i krig och med anor från överfältläkaren sedan 1907, blev nu endast en funktion för tillsyn. Så gott som alla sjukvårdsreglementen, handböcker och utbildningsplaner upphävdes och ersattes av ett reglemente⁸ vilket endast beskriver sjukvård vid internationella insatser.

Resultatet var förödande för Försvarsmaktens sjukvårdskapacitet och efter bara några år hade 99 procent av den tidigare militära

kirurgiska omhändertagandeförmågan ut-raderats.⁹

Högspecialiserad sjukvårds-beredskap i utlandet

USA:s försvarsminister Robert Gates lät 2009 deklarerat att soldater vid expeditionära insatser som sårats i strid skulle hämtas med helikopter för att nå livräddande kirurgi inom 60 min,¹⁰ vilket motsvarar den rådande civila tidsramen för traumasjukvård. 2011 nyanserades detta ytterligare då Nato började tillämpa den s k 10-1-2-regeln.

10-1-2-regeln definieras kortfattat som att kamrathjälp ska påbörjas inom tio minuter, att kvalificerad behandling inom en timme ska inledas för att förhindra svåra skador/död i syrebrist och/eller blödningschock samt inom en, men senast två timmar, ska kirurgi påbörjas.

Planeringsförutsättning för 10-1-2 innebär i praktiken att det för varje sårad soldat skall finnas en dedikerad helikopter samt ett intensivvårds- och operationsteam som står beredda. Till en mycket hög kostnad erhålls därmed, under rätt förutsättningar, en exceptionellt god sjukvårdsberedskap. 10-1-2 är dock så krävande att svensk civil sjukvård i fredstid ej skulle kunna uppnå tidsramarna ens vid normalbelastning.^{11 12} Även Nato har vid expeditionära operationer accepterat längre tidsramar.¹³

För att fördela de stora resurskrav och kostnader system baserade på 10-1-2 kräver, skapade Nato multinationella modulbaserade system.¹⁴ Sverige blev vid internationella insatser en del av systemet och började i samband med detta uppsätta sjukvårdsenheter baserade på 10-1-2. Delar av systemen följde sedan med förbanden hem från utlandet och började tillämpas inom ramarna för det då mycket begränsade nationella försvaret. Beslut och underlag för

detta stora paradigmskifte har ej gått att finna. Exempel på koncept som förutsätter 10-1-2 och som utan spårbara tydliga beslut/OMF¹⁵ införts i det nationella försvaret, är koncept som TCCC¹⁶ och Traumatroppar.¹⁷

Försvarsmakten har de senaste 28 åren, från och med Balkankonflikten till dags dato, förlorat endast fem soldater i stridshandlingar och tio i olyckor,¹⁸ vilket totalt motsvarar vad en jourläkare på ett svenskt sjukhus ensam kan handlägga under några enstaka månader. Få sårade är naturligtvis bra men det innebär samtidigt att Försvarsmakten i princip saknar erfarenhet av att ta hand om allvarligt skadade soldater.

Då ingen strukturerad uppföljning genomförs om de svenska soldater som stupat eller sårats i utlandet, vet vi ej om skadefallen tagits omhand i Försvarsmaktens egna system eller, mer troligt, av allierade och/eller civila sjukvårdsinrättningar.

Sammantaget innebär det att de nya koncept som införts i krigsorganisationen aldrig utvärderats och sannolikt är närmast oprövade.

Tillbaka till nationellt försvar och sjukvård i krig

Sedan några år med försämrade omvärldsförhållanden är Försvarsmaktens huvuduppgift ånyo nationellt försvar mot en kvalificerad motståndare. Trots att gråzon och cyberkrigföring väntas få en ökad betydelse visar scenarier att totalförsvaret måste ha beredskap att hantera liknande krigsscenarioer som tidigare, med ett stort antal sårade över lång tid.¹⁹

Ur ett skadeperspektiv är vi därmed tillbaka till det kalla kriget med skillnaden att Försvarsmaktens och civilsamhällets kapacitet att hantera sårade är kraftigt decimerade.

Det förväntade antalet sårade vid ett väpnad angrepp mot Sverige uppskattas vara i

storleksordningen 20 000–30 000 skadade och döda under ett antal veckor.²⁰ Dessa består av egna soldater, fiendens soldater samt vår civilbefolkning. Vi kan även förvänta oss fientlig aktivitet och störningar i infrastrukturen vilket komplicerar omhändertagandet.

Avgränsningar

Artikeln baseras endast på öppna källor.

Frågeställning

Koncept inspirerade av Natos expeditionära operationer och som bygger på tidsramen 10-1-2, är sedan ett antal år, och i planer för framtiden, dimensionerande för sjukvården inom Försvarmakten. Utifrån detta formuleras följande frågeställning:

Är befintliga sjukvårdsförmågor framtagna för internationella insatser ändamålsenliga vid nationellt försvar och vilken sjukvårdsförmåga och organisation krävs för att möta en kvalificerad motståndare?

Diskussion

Försvarmaktens sjukvårdsförmåga har på 20 år genomgått en total omvandling som redan 2014 bl a hade reducerat den militära kirurgiska omhändertagandeförmågan till ca en procent av tidigare kapacitet.²¹ Sjukvårdskedjan saknar på alla nivåer, nu och i planer för framtiden, kapaciteten att ta hand om en bråkdel av de sårade som förväntas vid ett väpnat angrepp mot Sverige.

Tidsramen 10-1-2 innebär att betydande resurser nyttjas i ett försök att rädda även de svårast skadade. Detta förutsätter extremt få sårade, stora resurser per individ samt att man kan välja tid och plats för striden. Därutöver krävs luftherravälde för transport, möjlighet till tät förnödenhetsförsörjning, hantering av läkemedel/blodprodukter samt förmåga för drift/underhåll av avan-

cerad civil medicinteknisk utrustning. Ingen av dessa förutsättningar kan förväntas vara uppfyllda vid strid mot en kvalificerad motståndare i Sverige.

Sammanfattningsvis är därmed den dimensionerande tidsramen 10-1-2, och de system som bygger på den, ej tillämpbar för nationellt försvar av Sverige.

Sjukvårdskedjan är inget komplett system och flera vitala komponenter saknas. Ingen plan finns för hur det förväntat stora antal sårade skall omhändertas, transporteras eller behandlas. Istället för att återta basala och kritiska komponenter i sjukvårdskedjan har Förvarmedicincentrum givit FOI uppdrag att utreda ”Artificiell intelligens”, ”Robotar” och ”Obemannade farkoster” som tänkbara lösningar på resursbristen.²²

Konsekvenser för den enskilde soldaten

Låt oss illustrera med exemplet Klara, som likt sin far Kalle 30 år tidigare, såras av splitter i krigets inledningsskede några mil utanför Uppsala.

Klara omhändertas av gruppsjukvårdaren. Då hon har andningsproblem sticker han, helt i enighet med sin TCCC-träning, Klara i bröstkorgen med en grov nål. Sjuktransportförmåga utanför brigadernas område saknas, varför Klara måste transporteras under två timmar på ett vanligt lastbilsflak. Då nålsticken orsakade såväl luftinträde som blödning in i lungsäcken blir Klara betydligt sämre och sjukvårdaren funderar vem egentligen som är medicinskt ansvarig för hans riskfyllda handläggning.

Nu vänder dock lyckan för Klara då hon har den närmast orimliga turen att en av Försvarmaktens fåtal traumatroppar råkar befinna sig i närheten av striden. Ett avancerat omhändertagande inklusive kirurgi genomförs men Klara är svårt medtagen och

efter operationen beroende av avancerat andningsstöd. Fienden har som väntat luft-herraväldet nära striden, varför endast marktransport är möjlig. Då inget sjuktransportfordon finns tillgängligt sker transport i en civil pickup med en av traumatropens narkosläkare mot närmaste akutmottagning. Samtidig har flera andra sårade ankommit, bland annat Erik som är medvetlös. Han har enligt rutin sövts/respiratorbehandlats men blir kvar hos traumatropen då transportmedel saknas. Blodprodukter, syrgas och narkosmedel börjar ta slut och ingen förnödenhetsförsörjning finns.

Efter endast två sårade har Försvarsmakten förlorat 10 procent av sin totala framskjutna sjukvårdsförmåga. På det lokala sjukhuset finns ingen kapacitet då mängder av civila sårade ankommit, och varken Klara eller Erik kommer att överleva, trots att de tagit nästan alla sjukvårdsresurser i anspråk.

Samtidigt fortsätter striden och sårade ankommer precis som förespåtts.²³ För dessa soldater, även de med förhållandevis lätta skador, finns ingen sjukvård alls att få och de lämnas åt sitt öde, trots att det bara gått några timmar av krigets första dag.

Rekommendationer till Försvarsmakten

Försvarsmaktens befintliga och planerade sjukvårdsorganisation är inte dimensionerad för ens en bråkdel av de sårade som förväntas vid ett väpnat angrepp mot Sverige. En genomtänkt sjukvårdskedja, där den sårade togs från skadeplats till rehabilitering har ersatts av lösryckta fragment inspirerade av expeditionära Nato-operationer, med en kapacitet långt ifrån det förväntade skadeutfallet. Det saknas en ändamålsenlig och tillräcklig sjuktransportförmåga samt en övergripande totalförsvarsgemensam planering för sjukvård i krig.

Sammantaget fungerar inte Försvarsmaktens tillämpning och försök att skala upp system utvecklade för internationella operationer, inom ramen för nationellt försvar. Försvarsmakten bör omgående avbryta arbetet och lägga alla resurser på ett återtagande av robusta system för basal sjukvård i krig.

Nedan följer fem rekommendationer till Försvarsmakten:

1. *Skilj äpplen från päron*

Metoder utvecklade för expeditionära operationer kan ej tillämpas vid nationellt försvar då verksamheterna är väsensskilda. "Försvarsmedicin" bör återfå sin korrekta benämning Sjukvård och indelas²⁴ i Sjukvård i krig, Sjukvårdsberedskap i internationell tjänst och Försvarshälsorna. Sjukvård i krig utformas enligt punkt 2 nedan. Den avsevärt mindre sjukvårdsberedskapen i internationell tjänst kan eventuellt utformas efter 10-1-2 och bemannas via fasta anställningar.

2. *Upprätta sjukvård i krig dimensionerad mot förväntat skadeutfall*

Huvuduppgiften för Försvarsmaktens sjukvård är att tillse att de sårade vid ett väpnat angrepp mot Sverige kan omhändertas. Sjukvård i krig måste således dimensioneras för ett mycket stort skadeutfall. Detta är en totalförsvarsangelägenhet där gemensamma resurser nyttjas på bästa sätt.

Krigsorganisationen måste förberedas i fredstid. Materiel förrådsställas för att omedelbart kunna tas i bruk. Krigsplacerad personal utbildas och övas. Bemanning sker via lagen om totalförsvarspåbud av värnpliktiga och civilpliktiga med sjukvårdsutbildning.

3. *Bygg upp en egen sjukvårdsförmåga i krigsorganisationen*

Inte ens efter planerat återtagande av den civila sjukvårdens krigsorganisation kommer

civilsamhället att klara av att omhänderta alla förväntade sårade. Försvarsmakten bör därför tillse att egen förmåga återskapas i krigsorganisationen genom återanskaffning av egna fältsjukhus och en kraftigt utökad markbunden sjuktransportförmåga. Fokus bör endast vara på krigsorganisationens förmågehöjande verksamhet, dvs repetitionsutbildning/krigsplacering samt förrådsställning av enkel sjukvårdsmateriel och basala läkemedel. Innovativa forskningsprojekt, sjukvårdskurser för sjukvårdspersonal, kostsamma utbildningar i utlandet m m bör omgående avslutas för att frigöra resurser för det som är viktigt.

4. *Läkarprofessionens återtagande*

Militär sjukvård är ett komplicerat samspel mellan väpnad strid, medicin och logistik, där goda kunskaper inom samtliga områden är av största vikt.

Tidigare fungerande krigsorganisation för Försvarsmaktens sjukvård och erfarenheter från pandemin visar att Försvarsmaktens sjukvård bör planeras och ledas av officersutbildade läkare, i såväl krig som fred.

5. *Återgå till beprövade system*

Tidigare väl användbara reglementen, handböcker, satslistor bör kunna användas i tillämpbara delar. För att snabbt återta en förmåga i krigsorganisationen kan system från 1990-talet inventeras, återupprättas och bemannas via plikt, vilket innebär ett kostnadseffektivt återtagande av såväl kvalitativ som kvantitativ förmåga till totalförsvaret.

När en basal förmåga är på plats kan sedan en successiv förmågeutveckling påbörjas.

Sammanfattning

Försvarsmakten har på 20 år förlorat stora delar av sin sjukvårdsförmåga: Fältsjukhus

och sjuktransporter har ersatts med fragment av högspecialiserade koncept utvecklade exklusivt för expeditionära Nato-operationer. Den civila sjukvården, vilken nästan inte klarar normal belastning i fredstid, förutsätts utan tillskjutna resurser att ta hand om de 10 000-tals sårade som ett väpnat angrepp mot Sverige förväntas orsaka.

För att Försvarsmakten skall kunna omhänderta de som såras krävs att nuvarande strategi, där man skalar upp system utvecklade för internationella operationer, avbryts. Försvarsmakten bör istället lägga alla resurser på ett återtagande av robusta system för basal sjukvård i krig.

Sjukvård i krig och sjukvårdsberedskap i internationell tjänst bör särskiljas avseende organisation, materiel och metoder. Sjukvård i krig måste dimensioneras för ett mycket stort skadeutfall. Detta är en totalförsvarsangelägenhet där gemensamma resurser nyttjas på bästa sätt. Inte ens efter planerat återtagande av den civila sjukvårdens krigsorganisation kommer civilsamhället att klara av att omhänderta alla förväntade sårade. Försvarsmakten bör därför tillse att egen förmåga återskapas i krigsorganisationen genom återanskaffning av egna fältsjukhus och en kraftigt utökad markbunden sjuktransportförmåga.

Krigsorganisationen måste förberedas i fredstid. Materiel förrådsställas för att omedelbart kunna tas i bruk. Krigsplacerad personal utbildas och övas. Bemanning ske via lagen om Totalförsvarsplikt av värnpliktiga och civilpliktiga med sjukvårdsutbildning. I stort innebär detta en återgång till välstrukturerade system från slutet av 1990-talet, vilket återför en såväl kvalitativ som kvantitativ förmåga till totalförsvaret.

Författaren är specialistläkare inom anesthesi- och intensivvård, doktorand vid Uppsala universitet samt reservofficer och stabsläkare vid Högkvarterets Insatsstab.

Noter

1. Artikeln utgör författarens uppsats inom ramarna för Försvarshögskolans Taktiska stabskurs 2021/2022. Sedan den skrevs i slutet av 2021 har Ryssland hänsynslös attackerat ett oberoende och suveränt land i Europa. Uppsatsens slutsatser är därmed än mer aktuella, inte minst då det tidigare total- och invasionsförsvaret var framtaget precis för det som nu sker i Ukraina.
2. ”Ledare: Svart dag för försvaret”, *Uppsala Nya Tidning*, 2000-03-15.
3. Dalenius, Eskil: ”Vem hjälper Kalle?”, *Armén* 1997, nr 6 (u å), s 9-15.
4. Holmström, Mikael: ”Skrotat totalförsvaret ger sämre beredskap mot pandemi”, *Dagens Nyheter*, 2020-03-15, <https://www.dn.se/nyheter/sverige/skrotat-totalforsvar-ger-samre-beredskap-mot-pandemi/>.
5. Palmblad, Samuel: *En krigssjukvård i världsklass*, Försvarsmakten, <https://www.forsvarsmakten.se/sv/information-och-fakta/var-historia/artiklar/en-krigssjukvard-i-varldsklass/>, (2022-02-07).
6. Op cit, Dalenius, Eskil, se not 3.
7. *Regeringens proposition 1991/92:102: Totalförsvarets utveckling till och med budgetåret 1996/1997 samt anslag för budgetåret 1992/93, 2013-02-13.*
8. *Försvarsmaktsreglemente Försvarsmedicin Grunder*, Försvarsmakten, 2014.
9. Blimark, Magnus: *Reduktionen av svensk kirurgisk operationskapacitet vid höjd beredskap*, Försvarshögskolan, Stockholm 2014.
10. Kotwal, Russ S; Howard, Jeffrey och Orman, Jean A m fl: ”The Effect of a Golden Hour Policy on the Morbidity and Mortality of Combat Casualties”, *JAMA Surgery* 151, nr 1 2016, <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.3104>.
11. *Årsrapport 2019 SweTrau*, Svenska traumaregistret, 2020-09-01.
12. *Ambulanssjukvård: Nyckeltal 2019*, Helseplan Nysam AB, 2020.
13. Ian Lane m fl: ”The Afghan Theater: A Review of Military Medical Doctrine From 2008 to 2014”, *Military Medicine* 182, nr S1, mars 2017, s 32-40, <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00264>.
14. ”Allied Command Transformation. Conceptual basis for a modular approach to medical support capability. Enclosure to IMSM-0289-2012”, 2012-07-18.
15. OMF: Organisations- och metodförsök.
16. Tactical Combat Casualty Care (TCCC), amerikanskt koncept som lärs ut av Försvarsmakten.
17. I Materielmålsättningsdokument Traumatropp (17FMV891-2:1) anges att OMF skulle genomföras av TrängR 2016 för att se huruvida konceptet kunde användas inom ramen för nationellt försvar. Protokoll eller resultat från ev OMF, om de genomförts, har ej kunnat hittas på begäran. Trots detta har beslut om införande tagits.
18. *Avlidna och stupade i utlandsstyrkan*, Försvarsmakten, <https://www.forsvarsmakten.se/sv/information-och-fakta/var-historia/mer-historia/avlidna-och-stupade-i-utlandsstyrkan/>, (2022-02-14).
19. ”Nytt typfall om gråzon till totalförsvarsplaneringen”, *Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI)*, 2018-02-01, <https://www.foi.se/nyheter-och-press/nyheter/2018-02-01-nytt-typfall-om-grazon-till-totalforsvarsplaneringen.html>.
20. *Motståndskraft: Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021-2025*, Försvarsdepartementet, Wolters Kluwer, Stockholm 2017.
21. Op cit, Blimark, Magnus, se not 9.
22. Robinson, Yohan m fl: *AI och framtidens försvarsmedicin*, Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI), 2020-12-15; Rantakokko, Jouni m fl: *Evakuering av skadade med obemannade farkoster – Förstudie*, Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI), 2022-01-01.
23. Op cit, *Motståndskraft: Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021-2025*, se not 20.
24. Motsvarande tydliga indelning gjordes av Försvarets sjukvårdsstyrelse på 1990-talet. Gäård, Runo; Flodin, Bertil och Mörck, Gunnar (red): *Sjukvård i krig: en nationell angelägenhet: information från Försvarets sjukvårdsstyrelse*, Försvarsmakten, Stockholm 1990.