
Militærmedisin i felt - på alvor

REDAKSJONELT

PILLGRIM-LARSEN J

Medisinsk innsats har vært en viktig del av de norske bidragene ved fredsbevarende operasjoner. Det har vært tung, kirurgisk støtte ved flere anledninger (1), fra det legendariske feltsykehuset i Korea i 1951-54 til feltsykehus i Suezog Gaza, feltsykehuset i Libanon i en årrekke frem til 1986 og feltsykehuset i Saudi-Arabia under Golfkrigen, førtvidere som FN-sykehus i Irak i 1991 (2). Senest var det sanitetskompaniet i Tuzla (3).

BOSNIA, ET MILITÆRMEDISINSK LØFT

Den norske militærmedisinske innsatsen i Bosnia-Hercegovina har vært et løft for et lite miljø. Andreassen og medarbeidere evaluerer oppdraget i dette nummer av Tidsskriftet (3).

De beskriver aktiviteten ved et forsterket, lett feltsykehus med to kirurgiske team. Sykehuset var knyttet til en fredsbevarende styrke av divisjons størrelse, senere redusert til en brigade, men da med mandat for fredsopprettende aktivitet. Ved fredsopprettende aksjoner kan styrken anvende maktmidler. Det medfører større risiko for krigsskader. Men også ved fredsbevarende aksjoner vil man se skader fra våpen, både fra fiendtlig ild, vådeskudd og mineulykker, men hovedsakelig skader på grunn av trafikkulykker.

MILITÆRT SYKEHUS, SIVILE PASIENTER

Et feltsykehus virker i et kriseområde. Også sivile vil henvende seg til sykehuset. Det er ikke uten videre opplagt at en internasjonal intervensjonsstyrke skal behandle sivile pasienter, utenom å gi livreddende hjelp. Binder man seg opp til sivilbefolkningen hos den ene part i en krigsliknende tilstand, kan dette føre til tvil om at man er upartisk. Det gode forhold man får til sivilbefolkningen ved å hjelpe, bidrar imidlertid til å beskytte egne styrker.

I Bosnia utviklet det seg et nært samarbeid mellom det norske feltsykehuset og Gradina hospital i Tuzla. Det førte til at bosniske kirurger ved noen anledninger kunne bistå ved livreddende operasjoner på skadede soldater. Det er ikke gitt at man kan få slik skadekirurgisk kompetanse i Norge. Forholdet avdekker et problem i det at et lite land med litetraumatologi rekrutterer personell til et feltsykehus som må være forberedt på å mestre uvanlig tung traumatologi.

Elektiv kirurgi på sivile pasienter opprettholder aktivitet som kan være god trening for avdelingen. Men detforbruker utstyr. Det påvirker den militære logistikk. Slik aktivitet binder dessuten beredskap. Hvorvidt det kantillates, er en medisinsk vurdering, men det må også være en vurdering i forhold til skaderisikoen i den militæreaktiviteten. Det er en utfordring for leger å utøve medisinsk virksomhet under en militær operasjon, med de hensyn tilforsyningstjenesten og mannskapenes sikkerhet det krever.

LITE SYKEHUS, STOR TRAUMATOLOGI

Antall store skader som ble behandlet i det norske feltsykehuset i Tuzla er ikke eksakt oppgitt (3), da de skadede ikke har vært gradert. Den ikke-optimale datainnsamlingen nevnes som et problem (4).

20 pasienter døde i løpet av 21 måneder. Hvis vi forutsetter en dødelighet på 25% ved store skader, vil det si atavdelingen har måttet ta hånd om ca. 80 multitraumer. Det betyr ca. én stor skade i uken. Ut fra tallene i Andreassenog medarbeideres arbeid ser vi at mortaliteten blant militære mannskaper er 1-2% per år. Antatt forekomst av storeskader blir da fire til åtte per tusen. En brigade på 5000 mann må ut fra ovenstående regne med 20 til 40 hardt skadedepasienter per år fra egne rekker.

Ved utenlandsoppdrag skal mannskapene ha medisinske tjenester på samme nivå som i hjemlandet (5). Bare forhold vedselve oppdraget tillater at man senker ambisjonsnivået. Fiendtlige handlinger kan hindre sanitetsinnsats. Masseskaderkan overvelde systemet lokalt. Ved NATO-oppdrag er evakueringskapasiteten nærmest ubegrenset. Ressurssykehus står tilrådighet få timer unna i hele Europa. Den kirurgiske installasjonen som ligger lengst frem, feltsykehuset, er derforforpliktet til å kunne yte avansert kirurgisk intervensjon som muliggjør videre transport av selv meget hardt skadedepasienter.

Men ellers er det lite å gjøre kirurgisk. Mannskapene er i utgangspunktet friske. Humanitær kirurgisk virksomhet ervesentlig for at avdelingen ikke skal råtne på rot faglig.

UTENLANDSTJENESTE GIR ERFARING

Militær utenlandstjeneste i kriseområder gir erfaring og opplevelser utover det medisinsk-faglige. Man ser historienbli til rundt seg. Man møter andre kulturer. Man lærer en annen type organisasjon enn den man er vant til å kjenne.Forsvaret ser velvillig på humanitær hjelp. Man vil kunne opprettholde en viss kirurgisk aktivitet, og man må regne meden del store utfordringer i traumatologi.

Johan Pillgram-Larsen

LITTERATUR

1. Malm OJ. Forsvarets Sanitet, 50 år under felles ledelse. Oslo: Forsvarets overkommando, 1991.
2. Pillgram-Larsen J, Mellesmo S, Peck R. Mineskader. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2183-7.
3. Andreassen G, Søberg R, Reitehaug PI. Virksomheten ved det norske feltsykehuset i Bosnia-Hercegovina. Gjennomgang av et treårsmateriale. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4234-7.
4. Carey ME. A proposal for improving the acquisition of medical data in forward field hospitals. Mil Med 1996; 161: 92-6.
5. Medical Support Chapter 7, draft 2. New York: FNs hovedkvarter, 1995.

Publisert: 30. november 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. september 2026.