



DoCumentum navale

Tidsskrift for Norsk Forening for Maritim Medisin
i samarbeid med Dansk Selskab for Maritim Medicin

Nr 49 - Vol 17 Nr 3, 2012

Influenza- vaksinerings på cruiseskip

Årets influensas sesong har for lengst startet. Mens finske helsemyndigheter av frykt for mulige bivirkninger (narkolepsi) bare anbefaler vaksine til personer > 65 år, er Folkehelseinstituttets anbefaling vaksinerings av alle personer med økt risiko for alvorlige komplikasjoner av influensa. Amerikanske helsemyndigheter (CDC) går mye lenger og anbefaler årlig influensavaksine for alle over 6 måneder uten kontraindikasjoner.

Influenza spres særlig lett i institusjoner, ikke minst på passasjerskip. CDC forventer derfor at minst 85 % av alle sjøfolk på cruiseskip som går innom amerikansk havn blir vaksinert hvert år. Så intense vaksineringskampanjer for å oppnå en slik dekning startet umiddelbart etter at årets vaksine ble tilgjengelig i høst og pågår fortsatt med stor iver på de fleste skip for å få vaksinert flest mulige nyansatte og sjøfolk som kommer tilbake fra ferie og for å forsøke å overtale dem som nektet vaksine ved de første forsøk.

Målet for alle skip er å overoppfylle CDCs krav og oppnå så nær 100 % dekning som mulig. Grunnene til denne iveren er flere; først og fremst er det viktig å holde mannskapene friske og arbeidsføre siden influensasymptomer ombord fører til relativt lang isolering i tillegg til sykemelding. Jo bedre dekning, desto mindre smittefare for de uvaksinerte. De fleste cruiseselskaper rapporterer merkbar nedgang i sykefravær etter at massevaksinerings ombord startet. Dessuten er det sivilrettslig viktig for rederiene å kunne dokumentere at de har gjort alt som er mulig for å forhindre at syke mannskaper smitter gamle og skrøpelige passasjerer.

Massevaksinerings ombord innebærer en betydelig merbelastning for det medisinske personalet ombord. Selv om vaksine og vaksinerings er gratis for alle, er motstanden stor hos enkeltindivider og noen av yrkesgruppene, særlig der lederen ikke ønsker vaksine. For å øke motivasjonen vises opplysningsvideoer, gjerne inkludert opptak av vaksinerings av

toppsjefene i rederiet, og kapteinen pålegger alle ledergruppene ansvar for å motivere sine lag for vaksinerings. Særlig vekt legges på grupper som har nærkontakt med småbarn og gamle.

De mest effektive tiltak har ellers vært å sette opp vaksinasjonsstasjoner ved køene for lønnsutbetaling og påmønstring. De som der ikke vil la seg vaksinere, må møte til legekonsultasjon for en «oppklarende diskusjon» og så eventuelt avslå immunisering skriftlig.

Selv om en høy vaksinasjonsfrekvens forventes, er immunisering av enkeltindivider ikke pålagt fra CDCs side. For å lette arbeidet er derfor årlig influensavaksine blitt en betingelse for å få jobb i enkelte rederier, mens andre selskaper «forutsetter» at hele det medisinske personalet lar seg vaksinere. De kan vanskelig la seg sykemelde og bør unngå å smitte alle andre pasienter.

På land kan man enkelt la seg sykemelde og hengi seg til diverse vidunderkurer mot influensa, hvorav den beste av dem som ikke virker, sies å være konjakk. Dette går dessverre ikke til sjøs, hvor bemanningen er marginal og vikarer ikke er å oppdrive. Og dessuten er det nå tvungen lav promillegrense for alle ansatte på cruiseskip - også utenfor arbeidstid.

Professor Eilif Dahl
eilifdahl@hotmail.com
Universitetet i Bergen
Norsk Senter for Maritim Medisin



Medisinhistoriske drypp

Klorpromazin ble en medisinsk revolusjon

Pastuerinstituttet i Paris klarte å fremstille antihistaminene og et velkjent antihistamin (phenergan) viste seg å ha en beroligende effekt.

Ved å skifte et hydrogenatom med klor i dette molekylet fikk man et nytt stoff med helt nye egenskaper. Dermed var klorpromazin et faktum.

Klorpromazin virket på mange funksjoner i nervesystemet, og det hadde en så kraftig beroligende virkning at originalpreparatet fikk produsentnavnet LARGACTIL. Det vil si middelet med de mange virkninger.

Til å begynne med ble det forsøkt i en blanding med morfin/skopolamin som forbehandling til pasienter som skulle opereres under nedkjøling. Sensasjonen kom i 1953 da det viste seg å ha en god effekt på symptomene ved schizofrene tilstander.

Dette første medikament i denne gruppen Largactil er forresten fortsatt i handelen. Denne medikamentgruppe endret behandlingen og livet til de schizofrene. De schizofrene fikk dempet mange av sine symptomer og kunne nå bli integrert i samfunnet og få et mer verdig liv.



Figur 1 En eske LARGACTIL fra Sand Bakkens Medisinske museum

Før 1950-årene var lobotomi, insulinsjokk, tanntrekking og kastrering vanlige behandlingsmetoder ved denne sykdommen.

Det forteller litt om hvor lite man hadde å behandle denne sykdommen med.¹

Dr Knut Sand Bakken
ksb@norgespost.no

Sand Bakkens Medisinske Museum



¹ Litteratur: Professor dr. med Knut Næss. Legemidlenes historie.

Radio Medico Norway

Radio Medico Norway (RMN) er Norges offisielle legevakt for skip og sjømenn. Gjennom internasjonale avtaler er Norge som en stor sjøfartsnasjon forpliktet til å levere denne tjenesten, sammen med tjenestene fra hovedredningssentralene og kystradiotjenesten. Tilsvarende tjenester finnes tilknyttet redningssentralene med geografisk ansvar for andre deler av verden.

RMN er en del av den operative virksomheten ved Norsk Senter for Maritim Medisin. Norsk Senter for Maritim Medisin er det nasjonale kompetansesenteret for maritim helse, og lagt til Yrkesmedisinsk avdeling ved Haukeland Universitetssykehus i Bergen.

Tjenesten er tilgjengelig 24 timer i døgnet hele året, og Radio Medico Norway har vært på vakt for sjømenn siden 1949. Våre leger snakker norsk og engelsk. RMN leveres av seks leger som går ukesvakter, så henvendelser om mindre alvorlige ting som ikke haster ønsker vi fortrinnsvis kommer på dagtid norsk tid.

I 2011 var antall henvendelser rundt 1100 unike pasienter. Mange henvendelser kommer fra norskeidde eller fra norske offiserer, men vi har også henvendelser fra andre. Alle deler av sjøfartsbransjen er representert, med henvendelser fra fiskeflåten, langfart, oljeservice og andre.

Hovedtyngden av pasientene som kontakter oss har allmennmedisinske problemstillinger, det vil si det samme som du ville gått til din fastlege eller legevakt med. Men en del av henvendelsene er alvorlige og akutte og slik at Radio Medico Norway ikke kan håndtere dem uten å involverer spesialister. Vi har et system med mange ulike spesialiteter i ryggen. For disse tilfellene er alle vaktfunksjoner med mer en 30 ulike spesialister på vakt til enhver tid på Haukeland universitetssykehus tilgjengelig for Radio Medicolegen.

Er det behov for evakuering, er også samarbeidet med redningstjenesten og hovedredningssentralene viktig for tjenesten. Radio Medico Norway bruker samme applikasjon til beslutningsstøtte og logg som hovedredningssentralen for mest mulig effektiv kommunikasjon. Denne er også utviklet slik at den brukes av RMN som elektronisk pasientjournal.

Som en offentlig tjeneste er RMN gratis for alle skip. Tjenesten kan også tilbys til andre, slik som flyttbare innretninger eller plattformer. Det er da nødvendig at en inngår en avtale med RMN i forkant.

Når du kontakter Radio Medico Norway skjer dette alltid via kystradiokjeden. Den første kontakten opprettes per telefon eller voice. Radio Medico har også anledning til å ta imot mail, videokonferanse og å streame data som videokonferansepresentasjon. Dette avtales med legen i forhold behovet i hvert enkelt tilfelle. Hvilke data som sendes og hvordan, avhenger også av hva slags utstyr fartøyet har ombord.

Inmarsat : Satellite dialing number 32 via Eik earth station for contact on telex or telephone / Telephone : +47 51683601 / Telefax : +47 51683620

E-Mail : advice@radiomedico.no / VHF or HF (Norwegian waters only) PAN-PAN-Medico

For mer informasjon se www.ncmm.no.

Agnar Tveten
agnar@tveten.org
Leder, Radio Medico Norway
Norsk Senter for Maritim Medisin



Fiskerulykker og årsaksforhold

Med utgangspunkt i ulykker rapportert til Sjøfartsdirektoratet og Statens havarikommisjon for transport, samt egne ulykkesdatabaser, har SINTEF Fiskeri og havbruk gjennomført en analyse av de utløsende årsakene til dødsulykker og alvorlige personskader i fiskeflåten. Hensikten med arbeidet er å bidra til økt kunnskap om årsaksforhold som rederi, skippere og mannskap kan benytte som grunnlag for å implementere forebyggende sikkerhetstiltak og unngå personulykker i fremtiden.

ulykkesbildet



Foto: Halvard Aasjord

Fiskeryrket medfører en større risiko for personulykker enn de fleste andre yrker, til lands så vel som på verdensbasis.

I perioden 1990-2011 ble det registrert 281 fiskerirelaterte dødsfall i den norske fiskeflåten. Flesteparten av disse er knyttet til den minste kystflåten, hvor driftsformen garnfiske og fiskere over 40 år utpeker seg som særlig risikoutsatt.

Innrapportering av ulykker som medfører personskader er høyest fra den havgående fiskeflåten. Når det gjelder personskader må det imidlertid tas høyde for en antatt underrapportering fra alle flåteledd. Analysen viser at en høy andel innrapporterte skader medfører sykefravær over 72 timer, men tilgjengelige data forteller ingenting om eventuelle varige konsekvenser for de skadde.

Statistikker viser at antall dødsfall så vel som personskader er redusert i alle flåtegruppene de senere år, også når det tas høyde for nedgangen i antall fiskere. Antall ulykker har gått ned fra i gjennomsnitt 18,8 omkomne per år på 1990-tallet til 7,7 omkomne per år i perioden 2000 – 2012.

Årsaksforhold

Ved dødsfall er hovedgruppene av ulykker som går igjen ulike typer fartøyforlis, havari, overbordulykker ved fartøy til sjøs, drukninger ved fartøy i havn og omkommet ved slag eller klemming i spill, hal eller vinsj. Det har også forekommet en del dødsulykker ved treff av fallende eller flyvende gjenstand.

Personskader forekommer oftest under setting eller dragning av garn, trål, not eller annet fangstredskap samt annet arbeid på dekk. Fangstbehandling og arbeid i lasterom medfører også en stor andel skader.

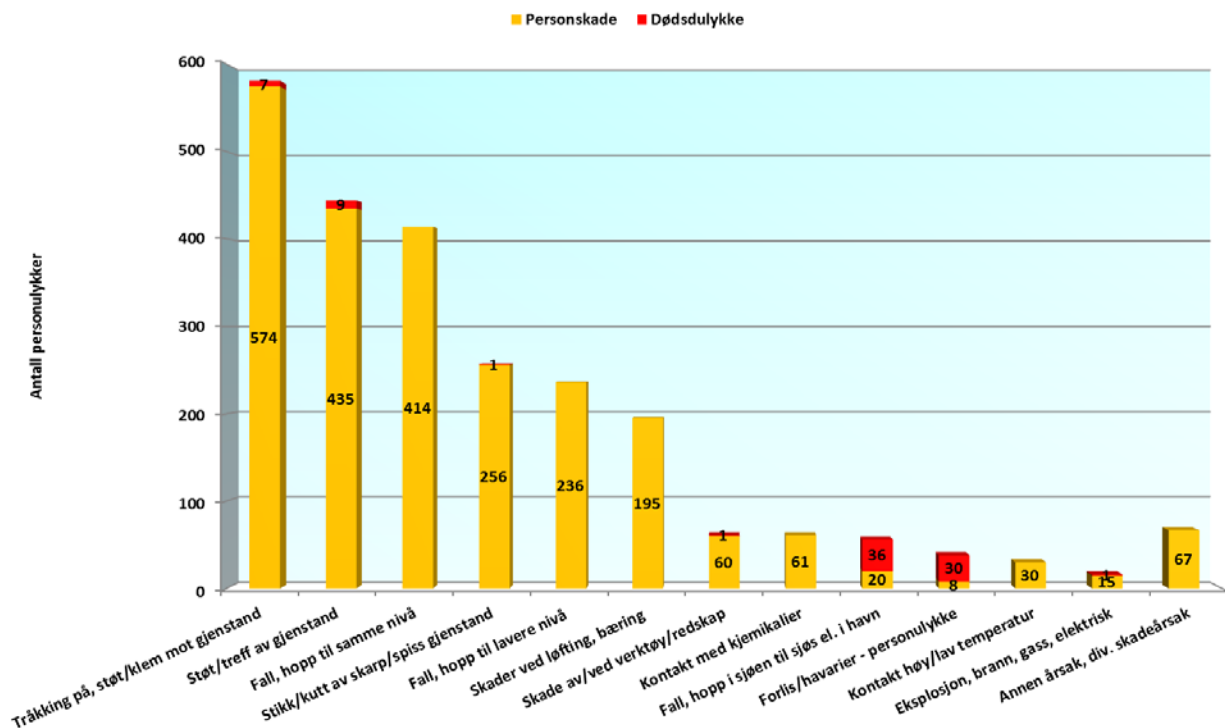
Analysene viser at årsaken til de ulykker som har skjedd sjelden fremstår som entydige. Ofte kan en enkelt ulykke tilskrives flere forhold, og årsaksforhold fremstår derfor som sammensatte. Fiskefartøy er dessuten en bevegelig arbeidsplattform som påvirkes av vær og vind. Dette bidrar til at det er en spesielt risikoutsatt arbeidsplass.

Skipstekniske forhold, så vel som reguleringsregimer, manglende bruk av verneutstyr, alenearbeid, mangelfull opplæring og kompetanse spiller også inn på sikkerheten.

Tiltak

Flere viktige tiltak har bidratt til bedre sikkerhet til sjøs. Her kan sikkerhetsopplæring for fiskere, økt bruk av tilgjengelig sikkerhetsutstyr, økt fokus på

Personulykker etter ulykkeshendelse - perioden 2000 - 2011



kontrollordninger for fiskefartøy samt fartøyutforming og sjøegenskaper nevnes særskilt. Prosjektet er finansiert av Fiskeri- og havbruksnæringens forskningsfond. www.fiskerifond.no

Å jobbe på sjøen er et krevende og risikofyllt yrke. Gjennom to forskningsprosjekt har SINTEF kartlagt både årsaksforhold til ulykker og sett på konsekvenser av ulikt morsmål blant mannskapet ombord. Se mer info og les rapportene på SINTEF sin hjemmeside [her](#).

Seniorforsker Halvard Aasjord
SINTEF Fiskeri og havbruk AS
Bærekraftig marin produksjon
Halvard.Aasjord@sintef.no



Fra
Norsk Senter for Maritim Medisin

Øvelse i skjønnsutøvelse

Skjønnsutøvelse er en vanskelig oppgave. Vi gjør det daglig i ulike sammenhenger. Innenfor maritim medisin gjør det seg spesielt gjeldende i den vurdering som gjøres av sjømannslegen og på neste nivå av Fagnemnda for sjøfolk.

Det handler om å vurdere medisinsk skikkethet og den sikkerhetstrussel overfor skip og mannskap (og eventuelt sjømannen selv) som måtte følge av sjømannens medisinske tilstand.

Ofte ser jeg begrunnelser for konklusjon beskrevet som at «han virker frisk og sprek», «han opplyser at han er begynt å trene», «han har angivelig ingen problemer med å klare jobben ombord», «han ser ikke ut til å ha problemer med å bevege seg», «etter min vurdering er han skikket» og liknende.

Sjømannslegen som underinstans skal tilrettelegge vurderingsgrunnlaget for Fagnemnda, dersom saken kommer til behandling i klageinstansen etter Forvaltningsloven, jf. § 18-19 i Forskriftene.

Hvis beslutningsgrunnlaget består i sjømannslegens personlige observasjon av bevegelse uten nærmere beskrivelse enn konklusjonen, eller i anamnesticke opplysninger, er det vanskelig for Fagnemnda å utøve skjønn.

Hvis Fagnemnda konkluderer med at sjømannen kan få innvilget fravik fordi «sjømannslegen vurderer at han er skikket», har det ikke forekommet noen selvstendig vurdering i Fagnemnda. Da er fagnemnda redusert til en automat, som skriver under på det sjømannslegen har vurdert. Det er ikke meningen at det skal være slik.

Når sjømannslegen konkluderer med at sjømannen er frisk nok og sprek nok – så vil vi gjerne vite HVORFOR sjømannslegen mener det. Det bør beskrives på en slik måte at vi kan konkludere selvstendig på basis av de data sjømannslegen har konkludert på. Da er sjømannslegenes inntrykk ikke tilstrekkelig. Men en Chester step-test, en Harvard step-test, løping i trapper, sit-ups, tredemølle, eller hva som helst du ellers kan finne på av relevante, standardiserte tester, sier oss noe.



Men selv om saken ikke kommer til behandling i Fagnemnda skal skjønn begrunnes. Forvaltningsloven krever det. Det betyr at sjømannsleger i større grad enn det som har vært gjort til nå bør gjøre seg flid med å tenke gjennom spørsmålet: Hvorfor mener jeg egentlig at han fyller eller ikke fyller kravene? Hva er de objektive observasjonene og funnene som gjør at jeg trekker den konklusjonen? Hvordan begrunner jeg mitt standpunkt? Hva skriver jeg til sjømannen om hvorfor jeg mener det jeg mener? Hvordan tilrettelegger jeg beslutningsgrunnlaget for

Fagnemnda slik at den faktisk kan gjøre en selvstendig vurdering?

Vi får snart en ny helseforskrift. Den kommer til å endre på mye når det gjelder skjønnsutøvelsen. De absolutte og relative kontraindikasjonene opphører som begrep i forskriftenes vedlegg. I stedet kommer det ulike kategorier av udyktighet, begrenset helseerklæring med kriterier for når man skal velge det ene eller det andre. Det stilles større krav til sjømannslegens skjønnsutøvelse. Man kan ikke bare «slå opp» og se om det er en relativ eller absolutt nektingsgrunn – og så er svaret gitt.

Kanskje det trengs en øvelse i skjønnsutøvelse?

De nye forskriftene er langt mere moderne enn den forrige i sin form. Den har flere fordeler, men den gir oss også utfordringer av en annen type enn vi har hatt.

Hvordan skal vi sikre at skjønn utøves likt? Hvordan sikre sjøfolks rett til likebehandling når så mye er overlatt til den enkelte sjømannslege å vurdere?

Kanskje det trengs en form for harmonisering av skjønn? Kanskje vi behøver en form for «referee»-ordning? Kanskje vi behøver en øvelse i skjønnsutøvelse?

Jeg gleder meg til vi får ny forskrift. Jeg tror overgangen kan bli utfordrende, men jeg har også store forventninger til at erklæringene blir mer treffsikre enn de er i dag i forhold til vurdering av skikkethet og risiko.

En av de aller største fordelene er at helsekravene blir internasjonale. Det åpner for mer fleksibel praksis for sjøfolk, som i dag må forholde seg til ulike krav under ulike flagg, ja til og med etter hvilket forsikringselskap som forsikrer mannskapet ombord (P&I).

Ved inngangen til 2013 er forventningene på topp. Det samme gjør utfordringene.

Når det gjelder skjønnsutøvelse blir vi aldri utlærte. Men vi kan alle bli bedre. Det gjelder både sjømannsleger og Fagnemnd – underinstans og klageinstans.

Vi øver litt på skjønnsutøvelse i alle etterutdanningskurs i regi av foreningen. Til våren blir det også et dagsmøte i regi av SDIR og NSMM i Bergen. Vi ønsker alle velkommen dit.

La 2013 bli et år der vi tar et krafttak for å øke kvaliteten på skjønnsutøvelsen i maritim medisin!

Leiar Alf Magne Horneland
amho@helse-bergen.no

Norsk Senter for Maritim Medisin
<http://www.nsmm.no>

Leiar i Fagnemnda, Sjøfartsdirektoratet



Referat

Nordic Maritime Research
Workshop and Networking
Event, Esbjerg, 27. – 28.
september 2012

På det Nordiske Arbejdsmiljømøde i Lund i 2011 var der en lille session om maritim sundhed og sikkerhed med tværfaglig deltagelse. Det blev klart for deltagerne i denne, at vi havde meget at lære fra hinanden. Derfor foreslog arbejdshygiejniker Urban Svedberg fra Yrkesmedicinska Kliniken i Sundsvall, at det skulle forsøges at samle en større gruppe nordiske forskere, der fra forskellig vinkel arbejdede med maritim sundhed og sikkerhed. Formålet hermed skulle være at orientere hinanden om os selv, vore institutioner og vore forskningsområder. Herigennem forventedes en større grad af synergi og samarbejde mellem de nordiske forskningsmiljøer.



Jeg blev bedt om at invitere til det første nordiske møde, som fandt sted 27. – 28. september 2012 på Syddansk Universitet i Esbjerg.

Der var overraskende stor interesse for mødet, der samlede 37 deltagere. Efter et get together arrangement den 27 om aftenen havde vi en fuld dag med 20 indlæg, der repræsenterede de fleste – nemlig 15 – af de deltagende forskningsinstitutioner. Alle de nordiske lande var repræsenteret.

Indlæggene spændte vidt og afspejlede mødets tværfaglige karakter og således deltagernes faglige baggrund. Der deltog således blandt andet sundhedsprofessionelle, arbejdspsykologer, sociologer, antropologer, toksikologer, navigatører og skibssingeniører. Indlæggene vedrørte epidemiologiske studier såvel som case studier og vedrørte ulykker, sundhed, og eksponering mv. i et bredt udsnit af de maritime erhverv – fiskeri, søfart, krydstogt og offshore industrien. Der var en god blanding af

præsentationer af aktuelle eller afsluttede projekter og en mere oversigtsmæssig gennemgang af forskningsmiljøernes igangværende og planlagte aktiviteter.

Mødet søgtes tilrettelagt således, at der var god tid til diskussioner og networking, da netop dette var et af hovedformålene.

Under den afsluttende debat drøftedes udfordringen ved at nå fra den videnskabelig erkendelse af et problem i forhold til sundhed og sikkerhed til implementering af effektive løsninger i det virkelige liv – en udfordring som også forskerne må påtage sig, og som nok netop fremmes gennem tværfaglighed.

Kolleger fra Chalmers i Göteborg tilbød at være vært for et kommende møde i 2013, og fremover forventes det herefter, at et nordisk møde for forskere i maritim sundhed og sikkerhed bliver en årlig tilbageværende begivenhed.

Jørgen Riis Jepsen, Center for Maritim Sundhed og Samfund, Syddansk Universitet, Esbjerg.

jriis@cmss.sdu.dk

Faglitteratur

I denne spalten ønsker redaktøren og henlede opmærksomheten på interessant faglitteratur. Leserne bes sende innsbill til spalten pr [e-post](#) til redaktøren.

Stress and strain in seafaring

Oldenburg M, Hogan B, Jensen HJ. 2012. Systematic review of maritime field studies about stress and strain in seafaring. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012 Aug 23. [Epub ahead of print]

PURPOSE: The aim of this study was to summarize and evaluate the current scientific literature on stress and strain on seafarers on board as defined by maritime field surveys.

METHODS: Using a systematic review, 109 studies on the stress and strain experienced by seafarers were identified for the period January 1990 to January 2012.

RESULTS: Only 13 of the identified maritime studies were conducted as field studies, and in 10 of these studies, the focus was on the watch system and/or on fatigue. According to the study results, sleepiness tends to be stronger in the 2-watch system than in the 3-watch system (particularly between 4:00 and 6:00 a.m.). Occasional short sleep episodes appear to provide adequate recovery. Fatigue does not appear to depend on the seafarers' age and is often associated with poor sleep quality; noise and night shifts are also considered to contribute to fatigue. Stress among the seafarers was primarily recorded in

sleep diaries (9 times) and with devices for measuring physical activity (4 times). As a rule, a questionnaire was used to assess the strain on the crew on board; 7 studies also additionally recorded biometrical parameters. Only in 6 cases were several groups with different ranks on board investigated.

CONCLUSION: The conducted literature review makes it clear that most maritime field studies have focused on fatigue and watch systems in the shipping industry in each case as univariate parameters. Thus, scientific field studies with comprehensive multivariate stress and strain analyses on board are required.

Death onboard

Grappasonni I, Petrelli F, Amenta F. 2012. Deaths on board ships assisted by the Centro Internazionale Radio Medico in the last 25 years. *Travel Med Infect Dis.* 2012 Jul; 10 (4): 186-91.

Abstract: Data on occupational diseases of seafarers and of causes of death during their career are sparse. The causes of deaths on board ships assisted by Centro Internazionale Radio Medico (CIRM), the Italian Telemedical Maritime Assistance Service (TMAS) were reviewed by examining 29,146 files of patients treated from 1986 to 2010. In the 25 years, 383 deaths occurred (1.31 %). Diseases of the circulation were the most frequent, followed by external causes such as accidents and violence, infectious and parasitic diseases, alcohol and drug addiction, respiratory system diseases. Cardiovascular and external causes were the principal causes of deaths among seafarers. This investigation is the first study on the causes of death onboard ships obtained from data of a maritime telemedical centre, that has assisted seafarers when they were alive or immediately after their death. The fact that diseases of the circulatory system are the first cause of death of sailing seafarers deserves specific initiatives. They should include campaigns for adequate lifestyles and the availability on ships of medical devices useful for diagnostic purposes, resuscitation as well as for verification of death.

Injuries in maritime disasters of warships in peace-time

Zakrevskii IuN, Manuilov VM. 2012. [The structure of non-combat injuries in survivors and victims of maritime disasters of warships in peace-time]. *Voen Med Zh.* 2012 Mar;333(3):42-7. [Article in Russian]

Abstract: The structure of accidents and injuries in victims of major maritime disasters involving fires and explosions on warships from 1976-2011. It is established that the main damage of the injured are acute inhalation of carbon monoxide poisoning is mild, 33.3%, combined blast and mechanical trauma 25%, the combined mechanical and burn trauma-cold 21.2

%, the combined mechanical-burn injury 13.4 %, combined blast and cold injuries 5.3 %, burns and chemical damage a 1.8 %. The main causes of mortality were acute inhalation poisoning with carbon monoxide, severe burns of the upper respiratory tract burns, III and IV 12.4 %. Burns I and II degree against carbon monoxide poisoning is mild with drowning as a major cause of death recorded 11.8 %; combined mechanical-burn were 19.2 %, the combined mechanical-burn-cold injury was 9.4%, combined blast and mechanical trauma 26.3 %, combined explosive, mechanical, and cold injuries 14.7 %, and chemical burn of 6.2 %.

Benefits of screening

Wilken D, Baur X, Barbinova L, Preisser A, Meijer E, Rooyackers J, Heederik D; ERS Task Force on the Management of Work-related Asthma. 2012. What are the benefits of medical screening and surveillance? *Eur Respir Rev.* 2012 Jun 1; 21 (124): 105-11.

Abstract: Pre-employment examination is considered to be an important practice and is commonly performed in several countries within the European Union. The benefits of medical surveillance programs are not generally accepted and their structure is often inconsistent. The aim of this review was to evaluate, on the basis of the available literature, the usefulness of medical screening and surveillance. MEDLINE was searched from its inception up to March 2010. Retrieved literature was evaluated in a peer-review process and relevant data was collected following a systematic extraction schema. Pre-placement screening identifies subjects who are at an increased risk for developing work-related allergic disease, but pre-employment screening is too low to be used as exclusion criteria. Medical surveillance programs can identify workers who have, or who are developing, work-related asthma. These programs can also be used to avoid worsening of symptoms by implementing preventive measures. A combination of different tools within the surveillance program, adjusted for the risk of the individual worker, improves the predictive value. Medical surveillance programs provide medical as well as socioeconomic benefits. However, pre-employment screening cannot be used to exclude workers. They may act as a starting point for surveillance strategies. A stratified approach can increase the effectiveness and reduce the costs for such wise programs.

Satisfaction with maritime telemedicine

Dehours E, Vallé B, Bounes V, Girardi C, Tabarly J, Concina F, Pujos M, Ducassé JL. 2012. User satisfaction with maritime telemedicine. *J Telemed Telecare.* 2012 Jun; 18 (4): 189-92.

Abstract: We assessed the satisfaction of onboard caregivers with the maritime telehealth service provided by the Centre de Consultations Médicales Maritimes (CCMM). We conducted a survey of captains and caregivers by email. Of the 385 surveys sent out, 165 (43 %) were completed. Eighty four percent of responders (n = 110) thought that waiting time was satisfactory or very satisfactory, and 97 % (n = 128) were satisfied or very satisfied with their relationship with the remote physician. Thirty eight per cent of participants (n = 50) considered that the physician understood the medical problem very well; understanding was good in 58 % of cases (n = 76) and bad in only 4 % of cases (n = 5). Sixty two per cent of participants (n = 83) sent pictures before consultation. The respondents were also satisfied with the telephone advice overall, the competence of the physicians providing the advice, the length of time spent waiting, the verbal prescription and the medical advice given. Onboard caregivers were generally well satisfied with the maritime teleconsultations and the advice provided by the CCMM physicians.

Skills for maritime pre-hospital emergency care

Mellor A. 2012. Skills required for maritime pre-hospital emergency care. J R Nav Med Serv. 2012; 98(1): 19-21.

Pre-hospital emergency care (PHEC) in the military has undergone major changes during the last ten years of warfighting in the land environment. Providing this care in the maritime environment presents several unique challenges. This paper examines the clinical capabilities required of a PHEC team in the maritime environment and how this role can be fulfilled as part of Role 2 Afloat. It applies to Pre-hospital emergency care projected from a hospital not to General Duties Medical Officers at Role 1.

President
Jan Knudtzon Sommerfelt-Pettersen
jan@sommerfelt-pettersen.no



Til eftertanke

Forberedelser er (nesten) alt

"Seier venter den, som har alt i orden - held kalder man det. Nederlag er en absolutt følge for den, som har forsømt at ta de nødvendige forholdsregler i tide - uheld kaldes det"

Amundsen, Roald

Kurskalender

Vi har tidligere publisert en kurskalender i DoCumentum Navale. En oppdatert kurskalender kan du nå finne på vårt [nettsted](#). Innspill ønskes!

Simulationsbasert undervisning for sygdomsbehandlere i Danmark

Som det første sted i verden, har Center for det Maritime Sundhedsvæsen på Fanø, taget den medicinske simulations teknologi i anvendelse i forbindelse med uddannelsen af sømænd til sygdomsbehandlere.



Center for det Maritime Sundhedsvæsen tog i juni 2012 hul på en ny epoke i undervisningen af danske og udenlandske sømænd.

Centret har investeret i seks simulationspatienter som sømændene skal behandle, mens de er på det obligatoriske genopfriskningskursus. Simulationspatienterne er koblet til en computer og kan derfor både trække vejret og tale, sømændene kan måle blodtrykk og puls, samt anlegge kateter, give injeksjoner, hjertemassage og meget andet.

Sømændene får en case præsenteret, som informerer om, hvor skibet ligger, hvad patienten hedder, hvad der er sket, osv. Herefter skal de undersøge, stille relevante spørsmål, lave livreddende førstehjelp samt behandlingsprocedurer - eller med andre ord være læges øjne, ører og hænder.

I simulationsrummet sitter en instruktør og styrer simulatorne, svarer på sømændenes spørsmål via mikrofoner i patienten, og kontrollerer på de opsatte kameraer, at læringsmålene oppfylles. Desuden agerer instruktøren Radio Medical Danmark som sømændene både kan ringe og maile til. Inden for de kommende måneder, vil sømændene kunne lave "live" opkald til lægerne på Radio Medical Danmark, så de oplever kontakten med lægen.

Simulationsrummet er indrettet så det er så virkelighedsnært som muligt, med blandt andet en fyldt medicin kiste, der er organiseret som på skibene. Som en del af simulationsøvelsen skal sømanden finde den korrekte medicin og give den korrekte dosis på den korrekte måde. I deres førstehjælp, pleje og behandling anvender de deres manualer, som er en lægebog specielt skrevet til sømænd, et dokument med beskrivelse af medicinkistens indhold og en Radio Medical optegnelse hvori de dokumenterer. Desuden har de forskellige action-cards, plakater og foldere til rådighed.



De cases, der anvendes i undervisningen, er udarbejdet ud fra de hyppigst forekomne sygdomme og ulykker ombord på danske skibe, igen for at gøre det så relevant og realistisk som muligt. Og det virker – sømændene er meget begejstret for den nye undervisningsform, og udtrykker at de lærer meget mere end ved almindelig klasse- og procedure-undervisning, da de kan tage det lærte direkte med ombord og overføre det til situationer med sygdom eller ulykker – også kaldet transfereffekt.

Simulations patienter bruges i dag både i sygehusvæsnet og i militæret, for at træne medicinske procedurer. Sømænd er fortrolige med begrebet simulation, da de i deres uddannelse og kursusvirksomhed ofte benytter simulation i form af sejladssimulatorer.

Simulations patienterne giver en ny innovativ mulighed for at kunne arbejde i helheder i stedet for opdeltede procedurer, og giver derfor et mere nuanceret billede af ofte komplekse situationer ude ombord. Det er dermed en mere effektiv måde at lære på! Med de nye simulationspatienter kan man på centret sætte sømanden i en situation, der vil kunne øge sikkerheden ombord på dansk flagede skibe.

Center for det Maritime Sundhedsvæsen, som er en del af Søfartsstyrelsen, har eksisteret siden 1994 og har til huse på den tidligere navigationsskole i Nordby på Fanø. Centret har i dag tolv ansatte hvoraf de ni er sygeplejersker, en overassistent, en pedel og en kontorfunktionær, og har årligt mellem 1200 og 1400

kursister samt ca. 200 på almindeligt førstehjælpkursus.

På Centret uddannes danske og udenlandske søfolk, både fra handels- og fiskerflåden til sygdomsbehandlere. Kurserne afholdes hovedsageligt på Fanø, men underviserne er også jævnligt i udlandet, eksempelvis i Mumbai og Manila.

Centret arbejder tæt sammen med Center for Maritim Sundhed og Sikkerhed, der har til huse på Syddansk Universitet i Esbjerg, Søfartens Arbejdsmiljøråd, Fiskeriets Arbejdsmiljøråd, samt Radio Medical Danmark, der er placeret på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg.



Den tidligere Navigationsskole på Fanø – nu Center for det Maritime Sundhedsvæsen

Udover at uddanne sømænd til sygdomsbehandlere er Center for det Maritime Sundhedsvæsen et videns- og kompetencecenter, der står til rådighed med vejledning og svar på spørgsmål fra den samlede danske handels- og fiskerflåde.

For mere information:

Louise Steen
Center for det Maritime Sundhedsvæsen
Vestervejen 1, 6720 Fanø
Telefon: 76660424 Email: cms@dma.dk

Maritime gaver

Foreningen har fået laget både kaffekrus, mansjettknapper, slipsnål og pin med foreningens logo. Fine til eget bruk og fine til presanger. Bestilles på vårt nettsted <http://www.nfsm.no>

Formalia

DoCumentum Navale er et nyhetsbrev for Norsk Forening for Maritim Medisin. Nyhetsbrevet sendes ut tre ganger i året til foreningens medlemmer og andre interessenter. DoCumentum Navale sendes kun ut elektronisk. Alle tidligere utgaver kan lastes ned på vårt [nettsted](#).

Norsk redaktør: Jan Sommerfelt-Pettersen.
jan@sommerfelt-pettersen.no Redaktørens adresse:
Box 1134 Sentrum, 5809 Bergen.

Danske redaktører: Jørgen Riis Jepsen
jriis@cmss.sdu.dk, Olaf Chresten Jensen
ocj@cmss.sdu.dk og Henrik L Hansen
hlhansen@dadlnet.dk

ISSN 1893-0484

Styret

Kommandør Dr Jan Sommerfelt-Pettersen. President.
jan@sommerfelt-pettersen.no

Kommandørkaptein Dr Vilhelm Koefoed. Kasserer.
v@koefoed.no

Professor Dahl, Eilif. Norsk Senter for Maritim Medisin,
Haukeland Universitetssykehus. Styremedlem.
eilifdahl@hotmail.com

Dr Gulliksen, Eigil. Flymedisinsk Institutt. Styremedlem
egulliksen@mil.no

Dr Gunnar Veaa. Styremedlem. gvea@c2i.net

Orlogskaptein Dr Eirik Veum Wilhelmsen. Haakonssvern
Legesenter. Varamedlem.
eirik.wilhelmsen@gmail.com

Dr Stein I. Modahl. Varamedlem.
sim@alphamed-as.no

Nettsted

På nettstedet - www.nfmm.no - kan alle medlemmer
oppdatere sine personalia og kontaktopplysninger.
Vennligst husk å holde dine kontaktopplysninger
oppdaterte.

Presidenten sender ut elektroniske meddelelser til
medlemmer og interesserte fra tid til annen. Vil du stå
på listen er skjer påmelding på nettsiden.

Presidentens bakside

Kjære medlem og maritimmedisinere

Du leser nå nummer 49 av DoCumentum Navale. Det
har skjedd meget siden vi overtok ledelsen i
foreningen for mange år siden og foreningen kun
hadde ett betalende medlem (dagens kasserer).
Økonomien er god og aktiviteten innen fagområdet er
større enn på lenge.

Foreningen arrangerer de årlige etter- og
videreutdanningskurs og passer på å sikre så gode
som mulige rammebetingelser for det maritime-
medisinske fagfelt.

Etter at Norsk Senter for Maritim Medisin ble etablert
av Stortinget i 2005, har svært mye av aktiviteten
skjedd der. Det er imponerende å se utviklingen. Ikke
bare kjøres grunnkurs to ganger årlig, med snart 600
deltagere siden oppstarten, men en mengde viktige
aktiviteter og initiativ foregår. Alt kan ikke nevnes,
men jeg vil trekke frem den årlige
Sjøhelsekonferansen, som alle bør melde seg på, og
ikke minst aktiviteten knyttet til IMHA hvor Norge har
visepresidenten med Alf Magne Horneland. Meld deg
inn i IMHA i dag som gir 20 % rabatt for våre
medlemmer.

Høringsuttalelse

Foreningen har svart på Høring – forslag til ny forskrift
om helseundersøkelse av arbeidstakere på norske skip
og flyttbare innretninger. Utkastet er godt, men
foreningen har gitt en rekke innspill til ytterligere
forbedringer. Uttalelsene kan lese på vår [nettside](#).

Gode ønsker

Presidenten ønsker alle medlemmer et godt nytt år og
ser frem til faglig og sosialt fellesskap i året som
kommer.

Presidenten ønsker mange nye medlemmer i året som
kommer – de fleste sjømannsleger er IKKE
medlemmer.

Godt nytt år!

President

Jan Knudtzon Sommerfelt-Pettersen
jan@sommerfelt-pettersen.no

