



# DoCumentum navale

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

Nr 56 - Vol 21 Nr 1, 2016

## "Cruise Tap" – en sunnere hilsen enn håndtrykk

Siden Ignaz Semmelweiss (1818-65) har det vært klart at urene hender kan være en farlig smittekilde. Effektiv håndvask oppfattes som viktig smitteprofylakse, men er ofte vanskelig å gjennomføre i praksis, både fordi det ikke er såpe og vann overalt, og fordi det tar tid. Den amerikanske "Folkehelse" (CDC) anbefaler grundig håndvask i 20 sekunder, som er svært lenge i praksis ("Sing Happy Birthday to yourself –twice!")

På cruiseskip har utbrudd av akutt gastroenteritt forårsaket av norovirus vært en forbannelse i mange år. Den ekstremt smittsomme sykdommen bringes gjerne ombord av én smittet person og føres raskt videre fra person til person, ofte via kontaminerte overflater ("Dørhåndtak er skipets håndtrykk").

Hånddesinfeksjonstasjoner som ikke krever berøring er utbredt på alle cruiseskip verden over og er plassert til bruk både før ombordstigning og ved restauranter og offentlige toaletter. Dessverre benyttes det for det meste alkoholbasert væske som er greit nok mot de fleste bakterier, men ikke særlig virksomt mot virus. Trolig fører alle disse stasjonene i alle fall til økt problembevissthet, og dermed mer vask med såpe og vann.

På cruise har det lenge vært tradisjon at kapteinen og gjerne også senior-offiserene håndhilser på alle passasjerene som kommer til kapteinens "Welcome Party"; ofte litt av en treningsøkt uten tid til håndvask mellom hvert håndtrykk. Men etterhvert som infeksjonsproblemene tiltok til sjøs, er håndhilsing blitt stadig mindre populært, på grunn av frykt for overføring av uønskede gjester som influensa- og noro-virus. Det skal ikke mye smittestoff til for å ødelegge ferien.



Figur 1 Fist bump: One set of knuckles meets another. Both are equal in this greeting that expresses approval and triumph (Meredith Rizzo/www.npr.org)

På mange skip har de derfor – med vekslende, men tiltakende hell – forsøkt å gå bort fra håndtrykket og har i stedet innført "the cruise tap". Best resultat har de hatt på skip hvor kapteinen under hver redningsøvelse instruerer mannskapet og fra første cruisedag opplyser alle passasjerene om den nye formen for hilsen. Dette bør gjøres mest mulig humoristisk, mens også alvoret understrekes ("This is for all aboard, not only the germophobiacs").



Figur 2 U.S. President Obama fist-bumps Make-a-Wish child Diego Diaz August 2012 (Pete Souza – White House Flickr Photostream / AP photo)

"Cruise tap" eller "cruise bump" er en forsiktig versjon ("knuckle tap") av en hilsen som i lengre tid, på samme måte som "high five", har vært utbredt i amerikanske subkulturer, der kjent under forskjellige

betegnelser som *fist bump*, *fist tap*, *dap*, *fist pound*, *touch*, *power five* eller *brofist* [Figur 1]. President Obama er en ivrig bruker [Figur 2].

I Merriam Webster Dictionary defineres hilsenen *fist bump* slik: "A gesture in which two people bump their fists together (as in greeting or celebration)". De to som hilser på hverandre knytter den ene neven (høyre eller venstre er likegyldig), og så slår de lett knyttneve mot knyttneve. Som smitteprofylakse ("*cruise tap*") bør det bare være en lett, rask og minimal berøring mellom to knoker [Figur 3].



Figur 3 Cruise tap: En rask, lett og minimal berøring mellom to knyttnevekroker (forfatters foto).

Et fast håndtrykk har lange og gode tradisjoner i vestlig kultur og vil være vanskelig å erstatte. Det settes pris på av de fleste, kanskje bortsett fra artritt-pasienter eller når håndtrykket benyttes som styrke-demonstrasjon. "*Cruise tap*" blir stadig mer utbredt – og populært - på cruise, når folk forstår at dette kan være til hjelp for å unngå ubehagelige ferieopplevelser. Men kanskje også noe å tenke på i Norge, spesielt i helse- og andre institusjoner som ofte hjemses av virus av forskjellig slag? Og hva bør hilsenen kalles på norsk? Neveslag blir for brutalt, og knokeberøring virker heller ikke særlig fengende. Gode norske navneforslag til [eilifdahl@hotmail.com](mailto:eilifdahl@hotmail.com) mottas med takk!

Professor Eilif Dahl  
[eilifdahl@hotmail.com](mailto:eilifdahl@hotmail.com)

Norsk Senter for Maritim Medisin Haukeland  
Universitetssykehus, Bergen



Fra

Norsk Senter for Maritim Medisin

## Basis for medisinske helsekrav

*Medisinske helsekrav er så mangt. Vi har etter hvert lang tradisjon for å gjøre helseundersøkelse av sjøfolk, men hva er egentlig grunnlaget for det vi gjør? Svaret avhenger av hvem du spør.*

### Risikobegrepet

Dette står sentralt i alle helsekrav. Risiko kan defineres som potensialet til å tape noe som er av verdi. Helse-relatert risiko kan – for den personen det gjelder - handle om usikkerheten knyttet til egen helse og konsekvensene for de nærmeste dersom noe tilstøter. For flaggstatene kan det handle om redusert sikkerhet til sjøs og tap av anseelse som flaggstat. For rederne handler det om sikkerhet ombord, regularitet for transporten, unngåelse av forsinkelser som følge av sykdom og ventetid på erstatningsmannskap. Forsikringselskapene vil ha hovedfokus på å unngå tap, og maksimere profitt, og vil gjerne unngå forsinkelser, evakueringer, sykehusinnleggelses, hjemtransport og utsending av erstatningsmannskap. Vi kan snakke om individuell helserisiko, sikkerhetsrisiko, finansiell risiko, omdømmerisiko osv.

### Konsensus – mellom hvem

De fleste standarder og kriterier er bestemt i en form for konsensus, av «eksperter» som enten har dette som en del av jobben sin, har utpekt seg selv, eller er utpekt av andre, i ulike fora der det sammensetningen kan variere fra gang til gang. Det kan være et sammensurium av ulike interesser, så som politiske, finansielle, sikkerhetsmessige, helsemessige, personlige, grupperelaterte, og til og med faglige interesser representert i gruppen. Når man er blitt enige, har man etablert et nytt kriterium eller en standard, men prosessen har ofte vært preget av tilfeldigheter.

### Evidens som bakgrunn for seleksjon

Gjennom noen år har vi ved Norsk senter for maritim medisin holdt på med å søke evidens bak de standardene og kriteriene vi bruker. Det har vært en inspirerende aktivitet, men også ganske nedslående. Vi mangler enighet om hvor stor risiko som er akseptabel, og vi mangler verktøy til å finne samsvar mellom medisinske tilstander og den risiko disse kan utgjøre i ulike jobber, på ulike skip som seiler i ulike fartsområder. Det er ikke uten videre intuitivt evident at grensa skal trekkes akkurat der den trekkes i dag mellom hva som vil utgjøre en akseptabel og en uakseptabel risiko. Og meningene om hva som er akseptabelt og uakseptabelt vil variere etter hvilken gruppering man tilhører, og hva man ønsker å oppnå med å praktisere helseundersøkelser i henhold til gitte standarder. Det er ikke mulig per i dag å trekke en soleklar konklusjon basert på tilgjengelig evidens.

### *Hvordan kan evidens etableres?*

Det er grunnleggende å se på sammenhengen av de seleksjonsmedisinske undersøkelsene vi gjør, og forekomst av uønskede hendelser i attestperioden. Det kan danne grunnlaget for evaluering av standarden. Resultatene fra skaderapporter og registreringer av medisinske hendelser hos forsikringsselskap, maritime myndigheter, telemedisinske rådgivningstjenester, redningssentraler, sykehus, repatrieringstjenester, havnehelsetjenester og havarikommisjoner kunne vært sett i sammenheng med helseundersøkelsen som forutgikk den hendelsen som medførte slike rapporter eller registreringer. Det ville gitt langt mer enn å lese oversiktsartikler om overlevelse, komplikasjonsforekomst, effekt av behandlingsregimer, prognoser etc. ved forskjellige diagnosetilstander.

### *Nullvisjon – eller hvor mange hendelser kan vi akseptere?*

Man kan kanskje være fristet til å tenke at vi ikke skal ha noen hendelser relatert til medisinske tilstander som var kjent ved tidspunktet for helseundersøkelsen – en slags nullvisjon. Det vil etter min mening være ganske pretensiøst når man har med mennesker å gjøre. Nullvisjonen er på mange måter en luksusvisjon for arbeidsgivere, forsikringsselskaper og bemanningsbyråer, i situasjoner der man har overflod på arbeidskraft, og forutsatt at man ikke bryr seg om de mange som settes på land, bare det ikke skjer noen medisinske hendelser ombord. Det vil fort bli oppfattet som yrkesforbud, og det vil stå i sterk kontrast til «arbeidslinja» og tanken om et inkluderende arbeidsliv.

Motsatt vil retten til arbeid kunne stå i konflikt med hva som er akseptabel risiko, og føre til at det blir begrensninger i hvem som kan få anledning til å jobbe ombord. Dette er en etisk balansegang. Den blir ekstra vanskelig når vi mangler en omforent forståelse av hva som er akseptabel risiko, ytterligere vanskeliggjort ved at evidens mangler.

### *Skjult evidens*

Er det noe som heter skjult evidens? Svaret er et ubetinget ja. Det finnes noen som vet mer enn andre, men som ikke publiserer sine tall. Forsikringsbransjen har relativt god registrering når det gjelder antall skader, og hvorfor de har oppstått. De går også tilbake og sjekker helseerklæringene når enkelttilfeller skjer, og av og til blir det en disputt med den legen som har skrevet helseerklæringen. Men denne form for evidens gjøres i liten grad tilgjengelig offentlig. Selv om en slik publisering ville ha begrenset verdi, ettersom formålet jo er å maksimere profitt og minimere finansielt tap, ville det kanskje være noe å hente. Forsikringsbransjen er herved utfordret.

### *Den etiske balansen*

Det er ikke lett å bli enige om felles standarder og kriterier, når man tenker på de ulike interessene og perspektivene som er omtalt ovenfor. Konsensus innebærer en felles forståelse av hva som er en akseptabel risiko, individuelt så vel som finansielt, sikkerhetsmessig så vel som politisk, og helst begrunnet i evidens, ikke bare synsing. Dette er en vanskelig balansegang der man må veie sikkerhet og økonomi mot retten til arbeid, konkurransekraft i markedet og samfunnets behov. Hvilke synspunkter skal veie tyngre enn andre? Dette handler også om seleksjonsmedisinsk etikk.

### *Vi trenger et seleksjonsmedisinsk forum*

Vi har en rekke utfordringer innenfor seleksjonsmedisinen. Mangel på evidens er åpenbar, mangel på systemer for å etablere evidens er tydelig, noen har resultater de ikke publiserer, ulike formål kolliderer av og til, konsensus på tvers av ulike interesser kan være vanskelig å oppnå, og den etiske balansen kan være ganske akrobatisk utfordrende.

Kanskje vi burde etablere et seleksjonsmedisinsk forum? Det er mange grupper som arbeider med lignende problemstillinger. Når det gjelder sjøfolk har vi en rekke forskjellige standarder som den enkelte sjømann skal tilfredsstillende når han framstiller seg til undersøkelse. Men det er helsekrav til flygere, lokomotivførere, bilførere, dykkere,

offshorearbeidere, loser, sjøfolk, bare for å nevne noen av de sivile yrkesgruppene som behøver helseerklæringer. I tillegg kommer de militære yrkesgruppene.

I et seleksjonsmedisinsk forum kunne man møtes for å utveksle erfaringer og synspunkter. I dag er basis for våre undersøkelser en blanding av politikk, synsing, litt erfaring, ulike formål, ulike interesser, litt evidens og bitte litt etikk. Vi bør ikke stagnere her.

Leiar Alf Magne Horneland

[amho@helse-bergen.no](mailto:amho@helse-bergen.no)

[Norsk Senter for Maritim Medisin](#)

Leiar i Fagnemnda, Sjøfartsdirektoratet  
President i International Maritime  
Health Association



## Faglitteratur

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

### Blodtransfusjon ombord

**Sicard, B. Marouzé F, Roche C, Carron M, Ausset S, Sailliol A. Bleeding management in remote environment: the use of fresh whole blood transfusion and lyophilised plasma. *Int Marit Health*. 2016; 67, 2; 79-82.**

To mitigate medical risks in remote environments, the authors have implemented an innovative integrated medical support solution for bleeding management on board ships since 2013. Fresh whole blood transfusion (FWBT) and lyophilised plasma were put in place to address life threatening haemorrhages in maritime operations in the Arctic and Antarctica. The authors are illustrating the bleeding risks with an actual case occurring in Antarctica prior to the implementation of these procedures. They are presenting the different steps involved in the complex process of FWBT, from blood donors' qualifications to actual transfusions. The pros and cons of blood transfusion in extreme remote environment are discussed, including the training of health care professionals, equipment requirements, legal and ethical issues, decision making in complex blood group matching, medical benefits and risks.

## Kreft

**Alfonso, JH. ET al. 2016. Occupation and relative risk of cutaneous squamous cell carcinoma (cSCC): A 45-year follow-up study in 4 Nordic countries. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Sep; 75, 3; 548-55.**

Background: The age-adjusted incidence of cutaneous squamous cell carcinoma (cSCC) in the Nordic countries has increased during the last 60 years, and the identification of occupational variation in the relative risk of cSCC may have preventive implications.

Objective: We sought to describe variation in the relative risk of cSCC between occupational categories in Finland, Iceland, Norway, and Sweden.

Methods: This is a historical prospective cohort study based on record linkages between census data for 12.9 million people and cancer registry data from 1961 to 2005. Standardized incidence ratios for cSCC were estimated for 53 occupational categories with the cSCC incidence rates for the national population of each country used as reference.

Results: During follow-up, 87,619 incident cases of cSCC were reported to the national cancer registries. In all countries combined, significant increased standardized incidence ratios were observed among seamen, military personnel, public safety workers, technical workers, teachers, transport workers, physicians, dentists, nurses, other health workers, religious workers, clerical workers, administrators, and sale agents (standardized incidence ratios between 1.08 and 1.77). For seamen over 50 years of age an increased risk was found for cutaneous squamous cell SIR 1.23 (95 % CI 1.14-1.32).

Limitations: Information on occupation was based on 1 point in time only.

Conclusion: The occupational variation of the relative risk of cSCC might be associated with socioeconomic factors, and to some extent to occupational exposures.

## Støy

**Sunde E. Et al. 2016. Noise and sleep on board vessels in the Royal Norwegian Navy. *Noise Health*. 2016 Mar-Apr; 18, 81; 85-92.**

Abstract: Previous research indicates that exposure to noise during sleep can cause sleep disturbance. Seamen on board vessels are frequently exposed to noise also during sleep periods, and studies have reported sleep disturbance in this occupational group. However, studies of noise and sleep in maritime settings are few. This study's aim was to examine the associations between noise exposure during sleep,



and sleep variables derived from actigraphy among seamen on board vessels in the Royal Norwegian Navy (RNoN). Data were collected on board 21 RNoN vessels, where navy seamen participated by wearing an actiwatch (actigraph), and by completing a questionnaire comprising information on gender, age, coffee drinking, nicotine use, use of medication, and workload. Noise dose meters were used to assess noise exposure inside the seamen's cabin during sleep. Eighty-three sleep periods from 68 seamen were included in the statistical analysis. Linear mixed-effects models were used to examine the association between noise exposure and the sleep variables percentage mobility during sleep and sleep efficiency, respectively. Noise exposure variables, coffee drinking status, nicotine use status, and sleeping hours explained 24.9% of the total variance in percentage mobility during sleep, and noise exposure variables explained 12.0% of the total variance in sleep efficiency. Equivalent noise level and number of noise events per hour were both associated with increased percentage mobility during sleep, and the number of noise events was associated with decreased sleep efficiency.

## Dødelighet

**Oldenburg M. Et al. 2016. Seafarer deaths at sea: a German mortality study. *Occup Med (Lond)*. 2016 Mar; 66, 2; 135-7.**

Background: Seafarers face numerous hazards during their work at sea.

Aims: To demonstrate the frequency and causes of mortality in German seafarers.

Methods: The deaths of all German seafarers from 1998 to 2008 were counted and evaluated using the German central civil register in Berlin.

Results: The study cohort comprised a total of 159 588 seafarer-years. During the 11 year period, 68 male seafarers died on board. The average age was 48.5 years (SD 12.7 years) and comprised 35 deck officers, 16 engine officers and 17 general crew members (i.e. non-officers from the deck and engine room crew and galley staff). Cause of death was documented in 45 cases (66 %): 26 were due to unnatural causes (occupational accidents, suicides) and 19 due to natural causes (particularly, ischaemic heart disease). The crude annual mortality rate for German seamen was 65 per 100 000 seafarer-years. For cardiac causes, this rate was significantly higher among deck and engine officers (24 and 38) than among crew ranks (7 per 100 000 seafarer-years) ( $P < 0.05$ ). Deck and engine officers also showed a higher mortality rate for

accidents (28 and 22) than crew ranks (15) ( $P < 0.05$ ). The age-stratified fatal accident rate of German seafarers aboard was 10 times higher than the mortality of the German general population on shore.

Conclusions: Seafaring constitutes an occupation with a high risk for serious accidents. Due to the unexpectedly high mortality rate among officers associated with work-related accidents, this occupational group should receive more effective education on safety behaviour on board.

President

Jan Sommerfelt-Pettersen  
[jan@sommerfelt-pettersen.no](mailto:jan@sommerfelt-pettersen.no)



## Til eftertanke

“Samme dag, som Den store franske Revolution indledtes i 1789, den dag, der nu kaldes for Bastilledagen, noterede kong Ludvig den 16. kortfattet i sin dagbog: »Ingenting«. Kongen var så uvidende om folket og dets nød, at historiens begivenheder gik hen over hovedet på ham. Det blev han et hoved kortere af.”

Max Ulrich Klinker,  
Weekendavisen,  
2016-04-21; 11.

## Maritime gaver

Foreningen har fått 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](mailto:jan@sommerfelt-pettersen.no)

Danske redaktører: Jørgen Riis Jepsen  
[jriis@cmss.sdu.dk](mailto:jriis@cmss.sdu.dk), Olaf Chresten Jensen

[ocj@cmss.sdu.dk](mailto:ocj@cmss.sdu.dk) og Henrik L Hansen  
[hlhansen@dadlnet.dk](mailto:hlhansen@dadlnet.dk)

ISSN 1893-0484

## Styret

- Kontreadmiral Dr Jan Sommerfelt-Pettersen, Forsvarets Sanitet. President.  
[jan@sommerfelt-pettersen.no](mailto:jan@sommerfelt-pettersen.no)
- Kommandør Dr Vilhelm Koefoed, Saniteten i Sjøforsvarets. Kasserer. [v@koefoed.no](mailto:v@koefoed.no)
- Professor Eilif Dahl. Norsk Senter for Maritim Medisin, Haukeland Universitetssykehus. Styremedlem.
- Dr Eigil Gulliksen. HMS Direktør, Forsvarsstaben. Styremedlem.
- Overlege Dr Hege Imsen, Norsk Senter for Maritim Medisin. Styremedlem.
- Kommandørkaptein Dr Eirik Veum Wilhelmsen, Saniteten i Sjøforsvarets og Norsk Senter for Maritim Medisin. Varamedlem.
- Dr Joachim Benske. Fastlege og sjømannslege, Fredrikstad. Varamedlem.

## Nettsted

På nettstedet - [www.nfmm.no](http://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

Ofta hører vi kommentarer gammel og god. Eilif Dahl skriver i artikkelen på forsiden om håndtrykket som smitteveie og en ny og sunnere måte å hilse på. Gammel vane er vond å vende er en mulig forklaring på at gammel ikke nødvendigvis er god, men bare gammel vane. Som historieinteressert pleier jeg å bruke uttrykket tilbake til fremtiden. Poenget er at det er mye å lære av historien, men – untatt for historikere – ligger verdien av historie i hvorledes den kunnskapen kan hjelpe oss i fremtiden. I tillegg til forståelse og innsikt er den videnskapelige metode et

godt verktøy til å skille mellom hva som er gammelt og godt og hva som bare er gammelt.

*Norsk Senter for Maritim Medisin er 10 år*

Norsk Forening for Maritim Medisin er 47 år gammel. Norsk Senter for Maritim Medisin på Haukeland Universitetssykehus er bare 10 år gammel. Begivenheten ble ikke feieret med brask og bram, men senterets betydning for maritim medisin nasjonalt og internasjonalt gjennom sitt korte liv på 10 er verd å påpeke. Norsk Senter for Maritim Medisin hadde en lang og trang fødsel og begynte med to personer i deltidsstilling. Aktiviteten, kompetansen og posisjonen til senteret i dag er betydelig og kan kort og konsist beskrives som en suksesshistorie. Gratulerer med de første 10 årene. La oss få enda mer av Norsk Senter for Maritim Medisin fremover!

### *Samarbeide med Thailand*

Et håndfast bevis på senterets suksess fikk vi under Sjøhelsedagene da admiralen fra Marinesaniteten i den thailandske Marinen og direktøren for Haukeland Universitetssykehus høytidelig undertegnet en samarbeidsavtale. Det er svært hyggelig å se at senterets kvalitet og kompetanse er av en slik klasse.

### *Seminar & Generalforsamling*

Foreningens årlige videreutdannelsesseminar går av stabelen på Kjelfergen fra 21 oktober i år. Et godt program er satt sammen og her kan dere treffe gode kolleger og diskutere fag. Kurset er godkjent av Sjøfartsdirektoratet som tellende til å opprettholde autorisasjonen som sjømannslege. Frsiten for påmelding er nå, så det er bare å gå inn på [www.nfmm.no](http://www.nfmm.no) og melde seg på sjøreisen.

Norsk Forening for Maritim Medisin innkaller til Generalforsamling den 22 oktober på Kjelfergen. Sakspapirene finner du på vår nettside.

### *Helt til slutt*

Det er mange sjømannsleger og andre gode kolleger som ikke er medlemmer i foreningen. Jeg oppfordrer våre medlemmer til å rekruttere ett nytt medlem hver, vi trenger å spre budskapet.

President  
Jan Sommerfelt-Pettersen  
[jan@sommerfelt-pettersen.no](mailto:jan@sommerfelt-pettersen.no)

