



DoCumentum Navale

Tidsskriftet for maritim medisin

Utgitt av Norsk Forening for Maritim Medisin i samarbeide med
Saniteten i Sjøforsvaret og Dansk Selskab for Maritim Medicin

Nr 64 - Vol 25 Nr 1, 2020

The maritime covid-19 assessment tool - informasjon om covid-19 til sjøfolk

Våren 2020 har covid-19-pandemien hatt stor innvirkning på sjøfarten. Stengte havner og grenser ga problemer med mannskapsskifte, tilgang til nødvendig helsehjelp på land og ekstra uro rundt covid-19-liknende symptomer. Norsk senter for maritim- og dykkemedisin (NSMDM) mottok stadig henvendelser om covid-19. Mange tok også kontakt med Radio Medico Norway for hjelp til å vurdere konkrete situasjoner.

Det var et skrikende behov for tilrettelagt informasjon for sjøfolk. Media krisemaksimerte. Mye av informasjonen som ble gitt ut via andre kanaler var god, men for omfattende. NSMDM ønsket å tilpasse den viktigste informasjonen om covid-19 til maritim kontekst og gjøre den lett tilgjengelig for alle. NSMDM har de siste årene hatt et nært samarbeid med forsikringselskapet Gard AS. Nå trådte Gard til og støttet oppbyggingen av en applikasjon tilpasset smarttelefoner.

Gjennom intense uker i mars ble tilgjengelig informasjon om covid-19 samlet og bearbeidet. Radio Medico-legene diskuterte hvordan landbaserte retningslinjer skulle forstås og tilpasses situasjonen ombord. I tillegg lyttet man inn mot andre medisinske fagmiljø, som Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, covid-19-faggruppene ved Haukeland universitetssykehus og St. Olavs hospital, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

Nettsiden www.covid19atsea.no ble lansert like før påske, og inneholder lenke til applikasjonen The maritime COVID-19 assessment tool. Applikasjonen inneholder:

- Generell informasjon om covid-19

- Et interaktivt skjema der man kan plote inn hvilke symptomer personen har og få hjelp til å vurdere hvor alvorlig tilstanden er
- Informasjon om hvordan covid-19-liknende symptomer håndteres ombord
- Informasjon om hvilke smitteverntiltak som må iverksettes
- Råd om når man bør ta kontakt med telemedisinsk assistanse
- Kontaktinformasjon til Radio Medico Norway

Nettsiden og applikasjonen har blitt godt mottatt og er i jevnlig bruk. Informasjon er blitt spredt videre via kanaler som International Chamber of Shipping, International Transport Foundation, International Maritime Health Association, Gard Alerts og NRK. Den er også blitt integrert i andre verktøy, som ShipMeds medisinslogistikkprogram.

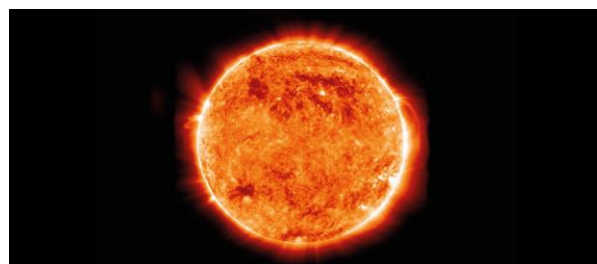


Figure 1 Korona - fra latin corona 'krans, krone'; i denne betydningen forkortet form av koronavirus. Foto NASA.

Samarbeidet mellom Gard og NSMDM har gitt nye muligheter for å spre medisinsk informasjon. I tillegg til The maritime COVID-19 assessment tool, har NSMDM bidratt på andre covid-19-relaterte informasjonsskriv fra Gard som sendes til mottakere over hele verden. I løpet av de neste årene håper partene i samarbeid å kunne tilby mer digital helseinformasjon som er spesialtilpasset sjøfolk og tilgjengelig utstyr og medisiner ombord.

Overlege PhD
Ingrid Hjulstad Johansen
ijoh@norceresearch.no
Norsk senter for maritim- og
dykkemedisin



Covid-19 and the maritime industry.

What are the issues and what is being done?

The maritime industry is responsible for the transport of about 90% of the world's trade¹. Throughout the current pandemic, the industry has striven to maintain supply chains and the delivery of essential cargoes, including food and medical supplies, while ensuring the continued health and welfare of the 1.6 million seafarers serving onboard ship. It has faced many challenges, and these have been met by an unprecedented level of international, cross-industry collaboration. All of the [United Nations](#) (UN) Agencies, the [International Chamber of Shipping](#) (ICS), the [International Transport Workers Federation](#) (ITF), the International Maritime Health Association (IMHA), the [International Seafarer's Welfare Association](#) (ISWAN) and many more organisations and governments, at an international and national level, have worked tirelessly in an attempt to manage these issues.

Covid-19 was recognised as a pandemic by the [World Health Organisation](#) (WHO) on March 11th, 2020. To date, there have been over 10 million cases and 0.5 million deaths². As the numbers continue to rise, some 'lockdown' measures remain in place in many countries, and these have a significant impact on the industry.

No figures are currently available for the actual number of cases identified amongst crew serving onboard a ship. Outbreaks on cruise ships such as the Diamond Princess and the Holland America ship, Zaandam, were widely reported in the press and scientific journals³. However, reports in the media or journals of cases or outbreaks on non-passenger ships including fishing vessels are few, suggesting that the number of cases on board these ships is limited. We know that there are cases onboard ships as far afield

as Brazil, Mozambique, Antwerp and China, and some of these have unfortunately led to the death of seafarers⁴.

Challenges facing the Maritime Industry

The key areas that have challenged the industry include but are not limited to:

The management of an active case on board – the need to isolate, monitor and treat any seafarer with symptoms suggestive of Covid-19 places stress on the operation of the ship. At the same time, cleaning protocols must be instigated, and close contacts identified and quarantined where possible. Who is a close contact, and how to quarantine them without affecting the safety and operation of the ship is complex?

The need to establish physical distancing and other measures to reduce the spread of the disease on a ship – either in the case of new joiners or of suspected cases the need to physically distance different crew members presents an issue. How can this be achieved in tasks such as tank work, engine maintenance? What are the eating arrangements and how can crew interact to prevent isolation while maintaining a safe distance to stay healthy?

Access to Pre-Employment Medical Examination – access to medical services in many countries has been limited due to lockdown measures. In many places, seafarers have faced issues in obtaining a PEME when needed. Particularly for seafarers with underlying health conditions, sailing on restricted or time-limited certificates and in need of medical review, this can pose a threat to health and safety.

Interaction with shore staff in ports – while many port states have ceased ship inspections during the pandemic and ship visits restricted to "only those critical and essential for the continued operation and supply of the ship" some interaction between ship crew and shore staff must occur. Initial studies, yet unpublished, suggest that the incidence of Covid-19 in crew joining a ship and in port staff is equivalent to that in the general population. On the other hand, a ship's crew that has been at sea with no contact from the 'outside world' for 14 days may be considered 'free' of Covid-19. Transmission of the virus can occur

¹ <https://www.ics-shipping.org/shipping-facts/shipping-and-world-trade> Accessed June 22nd 2020

² https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdvegas17 Accessed June 29th 2020

³ Dahl E. Coronavirus (Covid-19) outbreak on the cruise ship Diamond Princess. International Maritime Health 2020. Vol 71: Number1; p5 – 9.

⁴ <https://www.thehindu.com/news/national/indian-seafarer-dies-of-covid-19-in-florida/article31302638.ece> Accessed June 18th 2020

in both directions and policies and procedures are necessary to ensure that each group is protected with appropriate actions such as social distancing, cough etiquette and hand washing and the use of Personal Protective Equipment (PPE).

Crew changes – it is currently estimated that 200 000 seafarers are presently trapped on board as shipping companies struggle to disembark and repatriate crew at the end of their contracts and to get new crew from their home to port to embark the vessel and relieve the current crew. The reasons for this are many and are described in more detail below.

Access to medical, dental and welfare services in port – most ports allow seafarers to disembark a ship and seek medical care in port and will assist in the urgent medivac and ongoing care of a sick seafarer. However, there are reports of ports and countries denying seafarers access to medical care. It may be that the required medical services are not available because of lockdown restrictions. Still, in some instances, it is due to fears of the transmission of Covid-19. This cannot be defended.

Reduced possibilities for shore leave – after a long period at sea and in particular a prolonged contract, shore leave and access to internet communication, welfare centres and support services are essential for the health and wellbeing of seafarers. In many ports, shore leave is not allowed due to Covid-19 restrictions, and welfare centres remain closed. Hence, seafarers remain isolated on board.

Increase in mental health issues in seafarers onboard – seafarers have reported increased mental health issues as a combination of many factors including the above and also

- Conflicting information from different sources
- Pressures to get home from family members
- Caring responsibilities back home
- Concern around family member's health in vulnerable cities and locations
- Concern about longer-term financial stability
- Inaccurate media and fake messaging

Organisations such as ISWAN have assisted seafarers through their helpline and with online advice as seafarer's centres and welfare facilities remain closed in many ports. Other organisations have done their best to highlight the issue in an attempt to raise the profile of these seafarers 'Trapped on board' by Covid-

19⁵. Despite best efforts, unfortunately, there have been several reported suicides onboard ships⁶.

Organisations, regulations and guidance

Maritime regulations, produced by the IMO and ILO and ratified by most flag states, address many of these issues. Other organisations have also provided guidance documents to address some of the issues faced.

These include

IMO

Standards of Training, Certification, and Watchkeeping. (STCW)

The STCW entered into force on April 28th 1984. Its primary purpose is to promote the safety of life and property at sea and the protection of the marine environment by establishing in collective agreement international standards of training, certification and watchkeeping for seafarers. In particular, it covers the medical training of officers on board and the medical standards of fitness required for seafarers to sail onboard.

International Safety Management System (ISM)

The purpose of the ISM is to provide an international standard for the safe management and operation of ships and for pollution prevention. As part of this, shipping companies are required to assess all identified risks to their ships and personnel and establish appropriate safeguards typically documented in their Safety Management Systems (SMS). In the current pandemic, this must include an assessment of measures in case of a case or outbreak but also for the use of PPE. Such risk assessments are usually documented in the Safety Management System (SMS).

Circular letters

The IMO publishes circular letters on many subjects. First published in January 2020, circular Letter 4204 contained precautions to be taken to minimise risks to seafarers, passengers and others on board ships from the coronavirus. Since then, there have been 22 additional letters covering topics such as crew change, port state control, the health and safety of seafarers and the interface between ship and shore.

ILO

⁵ <https://www.chirpmaritime.org/wp-content/uploads/2020/04/Covid-19-psychology-and-welfare-paper-April-2020-Final.pdf> Accessed June 18th 2020

⁶ <https://www.offshore-energy.biz/covid-19-agony-2-more-cruise-ship-crew-members-die-while-awaiting-repatriation/Accessed> Accessed June 18th 2020

Maritime Labour Convention, 2006 (MLC 2006)

The MLC 2006 is an international agreement that establishes a seafarer's rights concerning conditions of work. From a medical perspective in the current times, the convention outlines such matters as ensuring seafarers have proper personal protection equipment, access to medical care ashore and are protected in matters of safety, health and medical care, including mental health. Also, MLC 2006 states that a ship must carry a medicine chest, medical equipment and a medical guide. When there is not a Doctor on board, there must be a person onboard responsible for medical care and suitably trained as such. The convention also outlines the requirement or states to offer a Telemedical Assistance Service (TMAS).

WHO

International Health Regulations 2005 (IHR)

The purpose of the IHR is "to protect against, control and provide a public health response to the international spread of disease in ways that are commensurate and restricted to public health risks, and which avoid unnecessary interference with international traffic and trade". The Regulations clearly state that ships should not be prevented from entering port and embarking and disembarking persons on board for public health reasons.

[Guidance documents](#)

The WHO has published a COVID-19 guidance document for the management of a case or outbreak of COVID-19 on board a ship. Also, they have produced many public health documents that may apply to the maritime environment. A report addressing the public health issues in this specific industry is due to be published soon.

[International Chamber of Shipping \(ICS\)](#)

The ICS is the principal international trade association for merchant ship owners and operators, representing all sectors and trades and over 80% of the world merchant fleet. They have now produced version 2 of Coronavirus (Covid-19) [Guidance for Ship Operators for the Protection of the Health of Seafarers](#) that gives information on many aspects of managing Covid-19 and the many challenges it brings to the maritime industry.

[European Union \(EU\) Healthy Gateways](#)

The EU Healthy Gateways document '[Who, where, how](#)' gives an overview of PPE recommended for personnel, crew and passengers at points of entry and

onboard conveyances in the context of the current pandemic. One section outlines the specific guidance for ships with or without sick crew members and in the situation of ship: shore interaction.

Crew change

One of the biggest challenges faced by the maritime industry over the last few months is that of changing crew. How to get a healthy crew, with no evidence of infection, from home to the ship and how to get crew home from the ship at the end of their contract is fraught with difficulties. This challenge demonstrates the complexity of many of the issues described above and the unparalleled international collaboration.

Issues in changing crew include but are not limited to:

- The availability or not of travel from the seafarer's home to the port. This may involve travel by road, sea and air and may involve crossing country borders. While air travel is slowly increasing again after many months of minimal availability, not all routes are open, and schedules are liable to change at short notice leaving the crew stranded.
- Entry restrictions and quarantine requirements in the country where the seafarer should join the ship or the seafarer's home country. Many states have their own requirements for testing and quarantine in all people entering their country. However, a few countries remain closed to all, including their citizens trying to return home, and there may be significant restrictions to travel within a country. Many seafarers stay on cruise ships in Manila Bay awaiting permission to go ashore and get home having been brought to the Philippines on board ship⁷.
- Quarantine and testing requirements developed by the shipping company designed to protect crew on board by reducing the risk of new crew introducing the virus when they board.

Action taken by various organisations include:

- an [open letter](#) to UN agencies from the ICS and ITF on March 19th 2020
- a [statement of the officers of the Special Tripartite Committee](#) of the MLC 2006 on March 31st 2020.

⁷

<https://www.theguardian.com/environment/2020/may/14/deaths->

[and-hunger-strikes-point-to-mental-health-crisis-on-stranded-cruise-ships](#) Accessed June 18th 2020

- An [information note on maritime labour issues](#) and Covid-19 produced by the ILO on April 7th 2020
- a [12 step plan](#) produced by the IMO and published on May 6th to assist governments in putting in place coordinated procedures to allow the safe movement of seafarers to and from ports
- a [joint statement](#) from the IMO, ILO and International Civil Aviation Organisation (ICAO) on May 28th calling on governments to designate seafarers as key workers and facilitate crew changes
- a [call from the UN](#) on June 12th to ensure that seafarers are recognised as key workers

At the time of writing, this is not resolved. Organisations continue in their quest to secure a consistent, international approach to the travel, quarantine and testing of seafarers pre-boarding and in their desire to fly home at the end of their contract. However, any policy of testing and quarantine must recognise the limitations of testing. Even with PCR testing, there are up to 30% false negatives, and any test only provides a snapshot of the moment it was taken. It cannot predict whether a seafarer will develop Covid-19 in the future, particularly if the seafarer returns to their family or travels by plane to get to the ship. While a positive test at any point will ensure a seafarer with the virus does not travel or board the ship, a negative test must be interpreted with care and in the context of any clinical findings. At present, testing can only form a small part of the overall risk assessment and cannot be used to exclude all risk.

Recognising seafarers as keyworkers may ease some of these issues and allow seafarers a more straightforward passage across international borders and appropriate risk management of crew joining ships and getting home at the end of their contract.

Summary

The maritime industry has faced many and varied challenges during the current Covid-19 pandemic. Many of these affect the health and welfare of seafarers and may threaten the global supply chain of essential goods. The response of the industry, UN agencies and other, influential organisations, working

together in previously unseen levels of cooperation and understanding is to be applauded. I have taken part in three webinars aimed at highlighting the issues described here. While admittedly, progress is slow, much has been done. The various regulatory instruments must be respected, and cooperation with governments and good communication amongst all parties is needed if we are to ensure that we meet the seafarer's medical and welfare needs. At the same time, the industry continues to fulfil its essential role at this difficult time.

To quote the IMO Secretary-General, Kitack Lim, in his document promoting the Day of the Seafarer 2020 on June 25th: 'Seafarers continue to deliver for all of us. Now, let's ensure that we deliver for them!'

Dr Sue Stannard
suzanne.louise.stannard@helse-bergen.no
 Norwegian Centre of Maritime and Diving
 Medicine



Uvitenhet er ikke et godt grunnlag for sikkerhet

Den 22. juli 2015 var det en tragisk ulykke i Loen.⁸ En RIB med cruiseturister traff noen bølger og rystelsen kastet to passasjerer og kapteinen over bord. Kapteinen døde. Ulykken ble undersøkt av Statens Havarikommisjon for Transport (SHT). Rapporten forelå to år senere⁹ og funnene og analysen er svært interessant.

Kapteinen på RIB'en hadde ikke på seg redningsvest, brukte ikke dødmannsknapp og hadde på seg en varmedress, ikke en overlevelsedrakt. Han fikk problemer etter noen minutter i vannet, ble holdt oppe av en av de andre forulykkede passasjerene inntil

⁸ <https://www.nrk.no/vestland/ribbat-foraren-omkom-etter-ulukka-i-olden-1.12469044> <https://www.nrk.no/vestland/tre-fall-i-sjoen-fra-rib-bat-1.12467919> Anvendt: 2020-02-06.

⁹ [SHT. 2017-06. Rapport om sjøulykke - RIB, fall over bord i Olden 22. juli 2015.](#)

han ble for tung og sank under vann. Etter noen minutter ble han hentet opp fra sjøen.

Rapporten fra SHT forteller at kapteinen også arbeidet som kaptein på et offshoreskip og hadde lang erfaring og god kompetanse. Videre fremkommer det at kapteinen hadde kronisk sykdom og var medisineret for dette. Sjømannslegen som hadde utstedt helseattest var ukjent med denne helsemessige svekkelsen. Kapteinen hadde ikke oppgitt dette i egenattesten eller meldt seg for sjømannslegen for fornyet undersøkelse på grunn av redusert helse. Arbeidsgiveren var klar over kapteinens helseplager, men ba ikke om ny undersøkelse hos sjømannslege.

«Det er kommet fram at helsetilstanden til båtføreren hadde endret seg siden siste helseerklæring, og at dette kan ha vært medvirkende til at ulykken skjedde.»¹⁰

Både fastlege og spesialist på sykehus var kjent med kapteinens helsetilstand som de hadde behandlet, men de hadde ikke mulighet til å melde fra om dette uten å bryte taushetsplikten.

Etter diskusjoner med medisinsk fagkompetanse konkluderer SHT at kapteinens helsetilstand kan ha medvirket til at han omkom. SHT gir flere anbefalinger om forbedringer i sin rapport i den hensikt å unngå at tilsvarende skjer igjen. Ett av rådene er at alle leger skal ha meldeplikt om redusert helse hos sjøfolk som gjøre dem uegnet til å jobbe ombord uten hindring i taushetsplikten.

«Opplysningene om helsetilstanden hans var kjent for både fastlege og spesialistlege.»¹¹

Denne ulykken er et eksempel på at helseforhold sannsynligvis var en vesentlig faktor i en båtuulykke med dødelig utfall. I dette eksempelet var det kapteinen selv som døde og ingen av passasjerene.

For andre transportformer enn skip har det vært meldeplikt i mange år. Alle leger skal melde fra dersom de antar at bilførere og de som fører fly er helsemessig uskikket uten hinder i taushetsplikt.¹²

Norsk Forening for Maritim Medisin henvendte seg til Helsedirektoratet for åtte år siden og ba om at alle

leger fikk meldeplikt for sjømenn på lik linje med bilførere og flyvere.¹³ Vi fikk aldri svar. I 2013 sendte Helsetilsynet en henvendelse i samme sak til departementet, viste til vårt brev og anbefalte en forskriftsendring.¹⁴ Ingen ting skjedde.

Germanwings

Den 24. mars 2015 styrtet styrmannen Andreas Lubitz Germanwings Flight 9525 i de franske alper. Styrtet tok livet av ham og alle de 149 andre personene ombord. Franske og tyske myndigheter mener at dette var en selvmordshandling. Etter hendelsen kom det frem at Lubitz hadde oppsøkt mange leger for psykiske problemer og selvmordstanker.¹⁵ Alle disse legene var bundet av taushetsplikt og kunne ikke melde fra om at Lubitz var uegnet til å føre fly. I juni 2015 ble lederen for Norsk senter for maritim- og dykkemedisin intervjuet av Maritim.no. Alf Magne Horneland påpekte tilsvarende utfordring for sjøfarten og var klar på at meldeplikt var nødvendig.¹⁶

Lovendring på høring

Helse- og Omsorgsdepartementet har foreslått endringer i helsepersonelloven § 34 og ny § 34 a - Melding ved helsevekkelse av betydning for trafikk sikkerhet med høringsfrist den 20. april 2020.¹⁷ Statssekretær Inger Klippen, sier



Figure 2 Inger Klippen, statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet.

«– Vi ønsker å gi legar, psykologar og optikarar større mogelegheit til å melde frå om pasientar som kan vere til fare for trafikktryggleiken på sjøen, jernbanen eller i lufta. I dag har dei berre hatt høve til å melde frå når det gjeld førarar av motorvogn og luftfartøy.»¹⁸

¹⁰ <https://www.smp.no/nyheter/2017/03/14/Br%C3%B8t-sikkerhetsregler-ved-d%C3%B8dsulykke-i-Olden-14443257.ece>
Anvendt: 2020-02-06.

¹¹ <https://www.smp.no/nyheter/2017/03/14/Br%C3%B8t-sikkerhetsregler-ved-d%C3%B8dsulykke-i-Olden-14443257.ece>
Anvendt: 2020-02-06.

¹² FOR 1984-07-13 nr 1467 Forskrift om leges melding om at innehaveren av flysertifikat eller førerkort ikke fyller helsemessige krav.

¹³ 2012-02-12 NFMM til Helsedirektoratet - Forslag om endring i forskrift. 2012-07-07 NFMM til Helsedirektoratet - Purring Forslag om endring i forskrift.

¹⁴ 2013-02-12 HTIL til HOD - Utvidelse av legers meldeplikt om at innehaver av førerkort m.v. ikke oppfyller helsekrav fastsatt i forskrifter.

¹⁵ https://no.wikipedia.org/wiki/Andreas_Lubitz Anvendt: 2020-02-06.

¹⁶ Flaaten, G. 2015-06-16. Livsfarlig at det er opp til sjømannen selv å varsle. Maritim.no.

¹⁷ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-forslag-til-endringer-i-helsepersonelloven--34-og-ny--34-a---melding-ved-helsevekkelse-av-betydning-for-trafikk-sikkerhet/id2686269/>
Anvendt: 2020-02-06.

¹⁸ Løset, O. Et al. 2020-02-06. Vil gjere det lettere å varsle om helseproblem. NRK Vestland.

Hun forteller at ulykken i Loen var en av hendelsene som ligger til grunn for regjeringens forslag om å endre regelverket.

Norsk Forening for Maritim Medisin har avgitt en høringsuttalelse i forhold til forslaget om melderett.

Sjøfart er ikke ufarlig

Bakgrunnen for at Norsk Forening for Maritim Medisin i utgangspunktet henvendte seg til Helsedirektoratet i denne sak var foreningens kunnskap om den risiko som er knyttet til maritim virksomhet. Havari er svært alvorlig for de ombordværende og setter liv og helse i fare. Videre er havari ofte svært kostbart for reder og forsikringsselskap. Sist, men ikke minst, er havari ofte en betydelig risiko for det ytre miljø.

Passasjerbefordring til sjøs, både hurtigbåter, passasjerskip, ferger og cruiseskip innbefatter som regel mange flere passasjerer enn fly og kjøretøy, hvor det allerede finnes en meldeplikt. Rettstilstanden tydet ikke på at det var foretatt en helhetlig risikovurdering av risiko og spesielt ikke i forhold til skadepotensiale.

Norsk Forening for Maritim Medisin er svært positive til at det nå foreslås en ordning hvor informasjon som leger har om sjømenn som ikke er helsemessig skikket til å jobbe på skip, tilflytter myndighetene.

Meldeplikt eller melderett eller litt av hvert?

I høringsnotatet skilles det mellom meldeplikt og melderett. Departementet foreslår at meldeplikt opprettholdes for veitrafikk og luftfart. Videre foreslår departementet at denne plikten også skal inkludere flyveledere. I notatet kan vi lese at Statens havarikommisjon for transport (SHT) anbefalte at «skipsarbeidere som det kreves helseerklæring for» skal omfattes av plikten. Norsk Forening for Maritim Medisin gav så tidlig som 2012 den samme anbefaling som SHT kom med i 2017. I nevnte brev av 2013 anbefaler også Helsetilsynet meldeplikt i forhold til sjøfolk.

Notatet drøfter fordeler og ulemper ved meldeplikt versus melderett. Foreningen erkjenner at dette er et vanskelig område og at legers taushetsplikt ikke bør uthules uten med meget god grunn. Hendelsen for et par år tilbake hvor piloten på German Wings, med en for mange leger kjent depresjon, gjennomførte et selvmord og tok med seg alle ombord i døden, understreker at hensynet til taushetsplikt må veies mot andres liv og helse i transportsektoren. Departementet anfører at forslaget er ment som «et

forebyggende tiltak» og henviser til at man ikke er «kjent med» mer enn ett tilfelle «hvor en meldingsadgang som foreslått kunne hindret dødsfall eller alvorlige skader.» Det er selvfølgelig rett, men det er lite sannsynlig at man kjenner til mange faktiske hendelser da kunnskap om slike tilfeller forutsetter brudd på taushetsplikten.

Foreningen kan ikke se at departementet har gitt saklig og eller kunnskapsbasert grunnlag for å sonde mellom meldeplikt og melderett. Foreningen anbefaler likhet og heller til at det bør være meldeplikt.

Hvilke personellgrupper skal omfattes?

Departementet «tar i utgangspunktet sikte på å begrense meldeadgangen til å gjelde førere av skip ...». Sikkerhet for fartøy, miljø og de andre ombordværende er grunnlaget for helsekravene til sjøfolk. På dette grunnlaget virker det ikke fornuftig å begrense forslaget til «førere av skip». Navigatørene har en svært viktig funksjon ombord, men det har alle med sikkerhetsfunksjon, også de som ikke er navigatører også. Forslaget tyder på begrenset forståelse for hva som til sammen skaper sikker skipsfart. Norsk Forening for Maritim Medisin foreslår at melding skal omfatte alle ombord med sikkerhetsfunksjon.

Forslaget vil inkludere flygeledere i meldeplikten. Foreningen ser logikken i forslaget, men ser ikke logikken i at personell på de maritime trafikksentraler ikke er inkludert. Disse operatørene har en svært viktig rolle i forhold til skipssikkerheten i utvalgte områder og bør omfattes av helsekrav og meldeplikt.

Ikke klart og enkelt

I forslaget anfører departementet «... at det er viktig at reglene for når helsepersonell har meldeadgang bør være klare og enkle å forstå». Foreningen oppfatter ikke forslaget å være i tråd med departementets egne anførsler om enkelthet. Forslaget innebærer at legen og annet helsepersonell skal gi melding til henholdsvis til Fylkesmannen, Sjøfartsdirektoratet, Kystverket, Luftfartstilsynet eller Jernbanetilsynet avhengig av hvilken jobb og funksjon pasienten har.

Leger og annet helsepersonell har generelt ikke kompetanse om helse og arbeidskrav til sjøfolk, losere, flyvere eller togførere. Det er en grunn til at det finnes spesielle autorisasjoner for leger disse yrkesgruppene. For førere av motorvogn er regelverket kjent for alle allmennleger, men i liten grad for andre leger.

Kompleksiteten i meldesystemet som foreslås vil kunne medføre at viktige meldinger ikke blir sendt eller ikke kommer til riktig sted.

Norsk Forening for Maritim Medisin vil foreslå at departementet vurderer en enklere meldeprosedyre.

Manglende saklig grunnlag

LOV-2017-06-16-51 Om likestilling og forbud mot diskriminering stiller krav til at dersom diskriminering skal være lovlig må den være saklig, nødvendig og ikke uforholdsmessig inngripende. Norsk Forening for Maritim Medisin kan ikke se at departementets forslag er i tråd med loven. Det er i høringsnotatet ikke gitt en tilfredsstillende begrunnelse for at diskrimineringen eller forskjellsbehandlingen mellom de forskjellige transportformer er saklig. Norsk Forening for Maritim Medisin representerer et nettverk av leger og andre fagpersoner som har spesialkompetanse på liv og helse knyttet til sjøfolk i sin særdeleshet og arbeidsmiljøet i maritim virksomhet i sin alminnelighet. Foreningen mener at det er saklig grunnlag for at det bør være særegne helsekrav til personell som tjenestegjør i maritim virksomhet. Foreningen er ikke kjent med forskningsbasert kunnskap som viser at det er saklig eller hensiktsmessig å ha forskjellige meldingsformer for de forskjellige former for transport - skip, fly, vei eller skinner.

Norsk Forening for Maritim Medisin vil anbefale at departementet iverksetter et forskningsprosjekt for å fremskaffe et slikt saklig grunnlag. Innen maritime virksomhet vil foreningen anbefale at departementet vurderer å engasjere landets eneste sivile maritim medisinske fagmiljø i dette arbeide, Norsk senter for maritim- og dykkemedisin ved Haukeland Universitetssykehus.

Avslutning

Norsk Forening for Maritim Medisin er positiv til at leger og annet helsepersonell må melde fra til myndighetene hvis de blir kjent med at deres pasienter ikke har helse til å føre transportmidler hvor sikkerhet, miljøet og andres liv og helse settes i fare. Foreningen meldte behov for en endring i lovverket på dette området i 2012. Når forslaget til slutt kom, er foreningen i prinsippet positiv.

Foreningen har følgende innspill til forslaget.

- Foreslått meldingsrutine er komplisert og uoversiktlig. Helsepersonell som skal melde må ha ett sted å gjøre dette, ikke mange.

- Sondringen mellom meldeplikt for noen grupper og melderett for andre grupper er etter foreningen oppfatning ikke saklig begrunnet og i strid med gjeldende forbud mot diskriminering. Systemet for melding bør være likt uavhengig av hvilket transportmiddel som pasienten jobber på. Om det skal være meldeplikt eller melderett kan diskuteres, men foreningen er av den oppfatning at meldeplikt er enklest å praktisere for alle parter. Det er ingen menneskerett å føre et skip hvis man ikke har helse til det.
- Departementet foreslår å inkludere flyveledere i ordningen. Departementet bør vurderer å ta med operatører på de maritime trafikksentraler, da disse er like viktige for sikkerheten.
- Forslaget påpeker et behov for å utvide kunnskapsgrunnlaget for hva som er saklig og nødvendig diskriminering i helsekrav til transportsektoren generelt og sjøfarten spesielt. Foreningen anbefaler at departementet iverksetter nødvendig forskning og utredning for å etablere et saklig kunnskapsgrunnlag. I den forbindelse anbefaler foreningen departementet å benytte seg av landets eneste sivile fagmiljø på det maritime medisinske området, Norsk senter for maritim- og dykkemedisin.

Kontreadmiral
Spesialist i samfunnsmedisin
Jan Sommerfelt-Pettersen
jan@sommerfelt-pettersen.no
President



På tokt med KNM Statsraad Lehmkuhl og Covid-19

På en mørk og regnfull januarkveld kastet KNM Statsraad Lehmkuhl loss fra kaia på Sjøkrigsskolen. De foregående ukene hadde skipet vært på verft for å

klargjøre den for det nesten tre måneder lange toktet over Atlanteren.



Figure 3 KNM Statsraad Lehmkuhl. Foto Didrik Skjelland

Det hadde vært noen litt hektiske dager i forkant. Jeg om mine VA-legekolleger fra Sjøforsvaret hadde siden desember deltatt på ulike (maritime) kurs i Bergen som var påkrevd før vi skulle ut i tjeneste. De fleste av oss skulle tjenestegjøre enten på fregatt eller kystvakt, jeg skulle være skipslege på seilskipet Statsraad Lehmkuhl, en tjeneste som kan karakteriseres som noe litt utenom det vanlige. Jeg var akkurat blitt ferdig med min siste kursdag og hadde i all hast praiet en taxi fra Haakonvern i retning Sjøkrigsskolen der skuta lå til kai. Da jeg satt i taxien slo alvoret inn med full kraft. Nå var det ingen vei tilbake. Med unntak av noen turer med danskebåten da jeg var yngre, var erfaringene fra sjøen særdeles fattige. Nå skulle jeg altså være på

sjøen de neste ti og halv ukene og attpåtil være ansvarlig for helsen til de vel 100 personene ombord.

En halv time senere gikk jeg opp landgangen for første gang og fikk til min store forskrekkelse øye på kadettene som var i gang med å klatre opp vantet langs masten på den 48 meter høye stortoppen. De var kun sikret med tau da de entret salingen, slik at nesten hele seansen ble gjennomført med kun egne hender og føtter som sikringsverktøy. Det var viktig at de allerede nå begynte å mestre dette slik at de raskt kunne entre riggen for å berge seilene dersom det skulle bli værromslag.

Omsider var vi klare for avreise, og kadettene tok farvel med familie og venner før skuten beveget seg de første meterne over det blikkstilte vannet inn i nattens mulm og mørke.

Første etappe mellom Bergen og Tenerife var forventet å ta omkring to og en halv uke. De første dagene gikk rolig for seg og det var lite vind der vi drev av gårde for kun maskinkraft. På tross av at jeg strevde med å bli vant til den nye tilværelsen følte jeg meg heldigvis umiddelbart inkludert, både av militær stab og fast mannskaper. Sistnevnte bestod i all hovedsak av en helskandinavis cocktail av dansker, svensker og nordmenn, mange var på mine egen alder.

Mesteparten av denne første tiden på sjøen gikk med til å registrere sanitetsutstyr og medisiner for å kontrollere at alt var i henhold til satsen.

Etter godt og vel en uke ankom vi Biscaya-bukta utenfor vestkysten av Frankrike, hvis kyst er beryktet på grunn av sine grove sjø. Om jeg hadde levd på havets nåde så langt, var det nå på tide å kjenne på dets kompromissløshet. Jeg hadde hørt av både erfarne og mindre erfarne sjøfolk at det var vanlig å bli sjøsyk, og at dersom man stod i det i noen dager så ville man mest sannsynlig bli herdet for godt.

Innledningsvis var det noe ufrivillig komisk over hele situasjonen der man febrilsk forsøkte å sette sjøbein, samtidig som gjenstander deiset i dørken og skuten jamret i et sammensurium av knirkelyder fra det gamle treverket. Men det tok ikke lang tid før det fysiske ubehaget ble så dominerende at det ikke ble morsomt lenger og jeg ikke var i stand til å fungere i det hele tatt. Neste dag var tålmodigheten slutt, og psyken nådde et aldri så lite bunnpunkt. Det var ingen andre muligheter enn å krype til korset; jeg måtte selvmedisineres.

Det var som å bli født på ny da vi endelig var kommet forbi Biscaya og sjøen hadde lagt seg igjen. Vi seilte langs østkysten av Portugal, og det var ikke mange dager igjen til ankomst Tenerife.

Måltidene var av imponerende høy standard og utviklet seg raskt til å bli dagens høydepunkter. Frokost, varm lunsj og varm middag. Også «3-kaffen» på ettermiddag på akterdekket som også må inkluderes som et måltid, da det alltid ble servert kjeks, kaker og annen bakst. Maten som ble servert var svært variert og inkluderte frukt og grønnsaker – her var det ingen fare for å utvikle skjørbuk. Det ble skravlet om løst og fast, og siden vi hadde stasjonær PC ombord med internett-tilgang var det også mulig å oppdateres på hva foregikk rundt om i verden. Et medlem av staben konstaterte at det nå var over 300 døde i Kina av «corona», uten at dette tilsynelatende ble møtt med videre oppmerksomhet eller bekymring blant de andre rundt bordet. Den norske mediedekningen om denne saken var på dette tidspunktet fortsatt relativt beskjeden. Jeg må innrømme at jeg selv ikke ofret denne nyhetssaken en tanke, det føltes fjernt og som noe som ikke angikk Norge og i alle fall ikke oss på sjøen.

Kvelden 6. februar ankret vi endelig opp utenfor Santa Cruz de Tenerife i strålende vær. Alle gledet seg til å kjenne på fastlandet under føttene igjen og stemningen var forløsende. Kapteinen ga tillatelse til å bade fra skuta og om kvelden var det duket for grilling og sosialt samvær på dekk.



Figur 4 KNM Statsraad Lehmkuhl. Foto Didrik Skjelland

Neste morgen ble vi loset inn til kaien. Militær og sivil stab ble byttet ut og det ble bunkret mat og drivstoff. De mer heldige av oss (alle med unntak av kadettene) fikk noen timer landlov i Tenerife. Allerede samme kveld seilte vi av gårde igjen for å ta fatt på den litt over tre uker lange ferden over Nord-Atlanteren og til Norfolk i USA. Frykten for alvorlig sykdom eller at folk skulle falle ned fra riggen hadde sakte men sikkert avtatt og var nå nesten ikke tilstede i det hele tatt.

Jeg ble imidlertid bråvekket ut av komfortsonen jeg hadde havnet i da jeg ble kalt inn til samtale med den nye militære skipssjefen. Etter en ellers trivelig prat understreket han den sårbare situasjonen vi snart kom til å være i. Midt ute på Nord- Atlanteren var vi på alle mulige måter overlatt til oss selv. Selv om jeg selv sagt hele tiden hadde vært fullstendig klar over dette var hans alvorstunge undertone en påminnelse om at jeg var med for en (potensielt) livsviktig grunn.

Som skipslege, som i begrenset grad deltar i det daglige virket på skipet, kan man til tider få følelsen av å være en «badegjest». Men, som samme skipssjef senere på toktet så treffende sa det; «du er her på grunn av det du vet, ikke på grunn av det du gjør».

Selv om havet til tider hadde vært lunefullt det første strekket ned til Tenerife, skulle det over blåmyra vise seg fra en mer vennligsinnet side. Det var stille sjø, skyfri himmel og 25 grader stort sett hver bidige dag. Jeg tilbragte mye tid på dekk. Stillheten og det enorme havet som lå som et omkransende teppe rundt skipet var en kilde til sinnsro, fraværet av dekning på mobiltelefonen en annen. Der hverdagen til vanlig er preget av stadige distraksjoner la fraværet av ytre stimuli til rette for å fordype seg i bøker.

Men lediggang er som kjent roten til alt ondt og jeg hadde hørt rykter om en tidligere lege ombord som hadde blitt storøyker under toktet. Aktivitetsnivået mitt hadde sunket ned til et minimum og Garmin-klokka viste sjelden mer enn 3000 skritt når dagen var omme. Heldigvis var det laget et lite provisorisk treningsrom under forre banjer som jeg nå i økende grad benyttet meg av. I det varme klimaet over Atlanteren ble dessuten romaskinene båret opp på dekk slik at man kunne trene ute i frisk luft. Det hjalp for selvfølelsen å strukturere dagene sine utover kun faste måltider.

Nord-Atlanteren var den store baugen og det jeg hadde gruet meg mest til med tanke på at vi ville være uten mulighet for evakuering i flere dager. Børen på skuldrene ble gradvis lettere etter hvert som vi nærmet oss land uten større ulykker eller alvorlig sykdom. Av mindre alvorlige hendelser, nevnes en skulderluksasjon som raskt ble reponert med hjelp fra to kyndige medic`er, uten behov for

medikamentgiving. Været forble relativt stabilt selv om vi utenfor Bermuda, nærmest på oppskriftsmessig vis, ble utsatt for et kortvarig værskifte. Området har ikke fått ryktet sitt uten grunn.

Etter å ha seilt langs østkysten av USA var vi nå bare et par dagers seiling unna den enorme marinebasen i Norfolk. I USA skulle vi tilbringe en uke på land med et tettepakket program. Først skulle kadettene ha frihelg, deretter gikk turen videre til Washington D.C. hvor det var det avtalt besøk på Capitol, Pentagon og Arlington. Oppholdet skulle avsluttes med en høytidelig «Reception» på skuta, hovedsakelig for amerikanske marine-kolleger.



Figur 5 KHM Statsraad Lehmkuhl. Foto Didrik Skjelland

Det hadde akkurat blitt mars og vi hadde vært uten satellitt-dekning ombord i omtrent en uke. Da vi omsider fikk kontakt med omverdenen igjen så var det et totalt endret nyhetsbilde som ventet oss.

Trehundre personer var lagt inn på sykehus med covid-19 i Norge og samfunnet var i ferd med å stenge ned, som i store deler av resten av Europa og verden for øvrig. Det var vanskelig å ta inn over seg realiteten som utspilte seg der hjemme. Vi forstod raskt at omfanget var av en slik art at det ville påvirke oss på en eller annen måte, selv om vi hadde vært isolert på sjøen i nesten syv uker (med unntak av en dag i Tenerife).

E-mailboksen var også eksplodert. Det var heldigvis gode råd og støtte fra kolleger i Norge, men jeg merket likevel at vi befant oss i en uoversiktlig og dynamisk situasjon som var mer enn utfordrende nok å håndtere der hjemme.

Det store spørsmålet var selvsagt hva vi skulle foreta oss. Skulle vi gjennomføre oppholdet i USA som planlagt? Eller i motsatt fall, skulle vi la være å gå i land i det hele tatt? Å gå i land var på dette tidspunktet ikke avhengig av amerikanske myndigheter, da de ikke hadde iverksatt noen form restriksjoner på innreisende til landet. Hadde situasjonen der vært lik den hjemme, ville beslutningsgrunnlaget vært enklere å forholde seg til. Det føltes derfor litt merkelig å sette føringer på besetningens fremferd i et samfunn hvor de samme begrensningene ikke var rådet om av lokale myndigheter. Det kunne også være at vi skapte oss et problem dersom vi valgte å gå i land for å være der i en uke som planlagt, da vi ikke visste hvordan situasjonen ville se ut om syv dager, verken når det kom til smitte eller hvilke tiltak myndighetene ville gjennomføre på inn- og utreise.

På daværende tidspunkt var det registrert ca 100 smittede og et titalls dødsfall i hele i USA, majoriteten av de på vestkysten. Likevel var dette et antall som føltes lite representativt, alle mørketallene tatt i betraktning. Hjemme i Bergen var det blitt bestemt at besøket til Pentagon og mottagelsen på skuta var avlyst, men at vi hadde full støtte til å gjennomføre det øvrige programmet som planlagt. Før landlov i Norfolk ledet jeg derfor an i en avsluttende brief foran besetningen på skuta som tok for seg det justerte opplegget i USA. Her oppfordret jeg til generell aktsomhet og fokus på smitteverntiltak og jeg kunne stå inne for tiltakene vi bestemte oss for.

Jeg mener vi valgte en fornuftig linje som verken tenderte mot unødvendig streng på den ene siden eller for naiv på den andre siden. Likevel var det noe spenning knyttet til utfallet. Når man slipper løs 65 våryre kadetter, som har vært innesperret på en skute i syv uker, er nøkternhet og tilbakeholdenhet noe som tradisjonelt sett kan være optimistisk å forvente. Jeg anmodet i det minste om at den utkårede på byen

burde være fri for luftveissymptomer. Doxylin hadde vi nok av, det var ikke der problemet lå.

Mitt inntrykk var at kadettene jevnt over reagerte på en svært god måte til informasjonen som ble gitt til tross for at oppholdet i USA, som de naturligvis hadde gledet seg lenge til, nå ble amputert. De hadde ikke tilgang til internett eller mobil og satt ikke med det samme informasjonsgrunnlaget som ledelsen hadde. På den andre siden kunne vi i verste fall blitt nødt til å vende kursen tilbake mot Norge uten i det hele tatt å sette foten på amerikansk jord.

Det ble en vellykket og innholdsrik uke. I USA hadde det i løpet av denne uken vært et gradvis økende fokus på pandemien uten at situasjonen på noen som helst måte var i ferd med å ta av. Jeg hadde på forhånd informert om at jeg umiddelbart måtte få vite det dersom noen kjente på kun milde luftveissymptomer.



Figure 6 KNM Statsraad Lehmkuhl. Foto Didrik Skjelland

Ikke før vi var tilbake i Norfolk etter en ukes tid meldte de to første seg. I tillegg hadde også to personer fra den nye sivile besetningen blitt isolert på rommene sine på grunn av luftveissymptomer. Den nye sivile og militære besetningen som kom ombord i USA hadde vært screenet i forkant slik at ingen fikk lov til å gå ombord dersom de hadde/hadde hatt symptomer siste 14 dager eller oppholdt seg i land med høy forekomst av smitte.

Jeg var også i kontakt med en kollega på Haakonssvern som hadde fungert som sparringspartner og rådgiver underveis på toktet.

Hun kunne fortelle at Haakonssvern ikke bare hadde fått sine første påviste Covid-19-tilfeller, det var også unge soldater med påvirket allmenntilstand som hadde behandlingskrevende symptomer. At sykdommen bare rammet eldre personer virket altså

ikke å stemme. Dermed ble den nye situasjonen enda mer relevant for vår besetning. Jeg, kapteinen og militær stab ble enige om fullstendig «lockdown»; altså at ingen skulle forlate skipet og ingen skulle gå på skipet. Det verserte flere rykter ombord. Blant annet hadde noen den oppfatning at uansett utfall var vi nå var dømt til karantene på båten i 14 dager uten at vi fikk lov til å seile. Andre håpet på at hele toktet skulle bli avlyst slik at de kunne bestille seg en flyreise hjem.

Kriteriene for å få testet de med symptomer var på det tidspunktet strengere enn det de er nå, og ingen av de ombord oppfylte disse kriteriene. Samtidig kunne jeg argumentere for at vår kohort tilhørte en egen kategori hvor man kunne rettferdiggjøre en mer liberal holdning. Vi ville tross alt igjen være overlatt helt til oss selv om en ukes tid, midt ute på Atlanteren. Dersom vi med overveiende sannsynlighet kunne vite hvorvidt vi hadde smitte ombord var ikke bare en interessant kuriositet, men i det hele tatt avgjørende for om vi på en trygg måte kunne ta fatt på tilbakeveien. På den annen side ville et positivt prøvesvar medføre 14 dagers karantene for oss alle og at vi ikke kunne kaste loss på minst like mange dager. Jeg vurderte det imidlertid som mindre forsvarlig å ikke teste.

Jeg forsøkte å komme i kontakt med rett klinikk for covid-testing, men det viste seg lettere sagt enn gjort da man nesten ikke testet personer i det hele tatt i USA. Etter å ha vært i kontakt med både lokale helsemyndigheter og et knippe sykehus, fikk jeg omsider innpass på et lokalt militærsykehus. To dager senere fikk vi tilbake negative prøvesvar, noe som lettet kraftig på den negative stemningen som hadde rukket å utvikle seg. Jeg følte meg likevel på ingen måte trygg på at vi ikke hadde smitte ombord, all den tid prøvene kunne være falske negative eller at vi hadde andre ombord som fortsatt befant seg i inkubasjonstiden.

Den 13. mars seilte vi av gårde i henhold til planen. Vi ble enige om å seile kystnært i en ukes tid for å se an situasjonen. Jeg hadde en løpende dialog med kaptein og øvrig militær stab der sykestatus ble bragt for dagen. Antallet med lettere luftveissymptomer passerte ti personer etter noen få dagers seilas langs kysten, og jeg forsøkte å isolere pasientene enten på egne lugarer eller på sykestuen. Det var gode muligheter for at symptomene bare var enkle forkjølelser, spesielt i lys av at vi over få dager hadde beveget oss inn i et kaldere og fuktigere klima og at vaktbelastningen på dekk var jevnt over stor. Problemet var at jeg ikke kunne vite helt sikkert. Denne usikkerheten var noe jeg måtte leve med,

samtidig som det føltes absurd at en enkel forkjølelse kunne være en potensiell trussel av et slikt omfang.

Ved kysten utenfor Nova Scotia i Canada var vi kommet til et veiskille. Fra før hadde vi blitt enige om at dersom vi hadde personell ombord med symptomer som potensielt sett kunne bli behandlingskrevende på land, så måtte vi ved dette punktet vende snuten vestover mot land igjen. Hvis så ikke var tilfelle, skulle vi begynne ferden over Atlanteren.

Vi endte opp med sistnevnte. Antall personer med symptomer skjøt aldri i været og for hver dag som gikk ble jeg mer og mer beroliget. Oppmerksomheten for annen alvorlig sykdom eller ulykker - som tidligere på toktet hadde ligget og ulmet i underbevisstheten - var nå nesten totalt fraværende fordi all mobilisering var rettet mot coronaviruset.



Figur 7 KNM Statsraad Lehmkuhl. Foto Didrik Skjelland

Kadettene som ble satt i isolasjon ble stort sett værende i flere dager, noen opp mot en uke. Jeg vil berømme dem for deres ærlighet om egne symptomer, som jeg mener var et uttrykk for solidaritet med resten av oss. De holdt motet oppe og klaget aldri over situasjonen. Det var ingen tvil om det var en godt selektert gruppe norsk ungdom.

I grå og fuktig morgendis 1. april våknet jeg opp til synet av norsk kystlandskap for første gang på over 70 dager. Det var et etterlenget, men også litt spøkelsesaktig gjensyn. Det var nesten ikke folk å se verken til havs eller på land. Det var umulig å ikke la assosiasjonene fare til skipet som ankom Bjørgvin i 1349, selv om situasjonen nå var snudd på hodet; vi var det pestfrie skipet og det var på land at smitten ventet. Det var en forandret verden og et forandret Norge.

Skipslege KNM Statsraad Lehmkuhl
Løytnant Lege Didrik Skjelland
Saniteten i Sjøforsvaret



From Sailing to Steam ships in Nineteenth Century Britain -

What were the effects on the health of seafarers?

William Collingridge, who was Medical Officer of Health to the Port and City of London, writing in 1902, characterised the diseases of seafarers into those due to:

- the special character of marine employment;
- the habits of seafarers;
- diseases of climate and,
- diseases from living conditions at sea.

He was writing at a time when steam had overtaken sail as the dominant motive power for the British merchant fleet, but also at a time when there were still considerable numbers of merchant ships powered by sail. Britain was early in making this transition because of a favourable political and economic environment; the development of shipyards able to

build in iron and later steel; the invention of compound and later triple-expansion steam engines, which greatly reduced coal use, and abundant supplies of steam coal.

The second half of the nineteenth century had seen significant changes in the work and life of seafarers as steam took over. In parallel, there had been ever more regulation.

This aimed to improve safety, for instance, by the introduction of load lines and by specifying precautions for cargo stowage. Knowledge about health risks, especially from infections, and the controls introduced to prevent harm, was also developing fast. Collingridge, however, also commented that ‘there is, unfortunately, no reliable record of sickness in the Merchant Marine’, something which is still true 120 years later!

Injury and disease on sailing and steam ships

Deaths from accidents in sail and steam shipping were investigated by the Royal Commission on Safety of Life at Sea in 1885. Accidents between 1875 and 1883 had killed 22 188 seafarers. This was a risk of one in 75 overall, but for sailing vessels the risk was more than double at one in 35. Collingridge also compared mortality in merchant shipping with that in the British Royal Navy. For 1899 the findings, expressed as mortality per 1,000, were:

	All Causes	Injury	Disease
Merchant Marine	9,6	7,4 ¹⁹	2,2
Royal Navy	4,9	1,3	3,6

These data indicate that merchant seamen were a high-risk occupational group, particularly in terms of death from injury, especially when compared with the Royal Navy. Occasionally single ship information is also available. For instance, records from the pioneering long-distance passenger ship SS Great Britain over the lifetime of the ship suggest that there were at least seven crew deaths associated with the use of sails, but none associated with steam propulsion. However, one young passenger did fall

into the engine room from through an open skylight and died.

Causes of death while working, including those from disease, were recorded for merchant seamen from the 1880s, but this did not include information on job or ship type. Most of the available information on non-fatal illness comes from hospital case series, especially from the Dreadnought Seamen’s Hospital in Greenwich. One other notable case series reflected the pattern of illness seen at the end of a long oceanic voyage under sail. Data were collected at the English Hospital in Callau, Peru in the late 1860s. The surgeon there was Thomas Roe, ex-Royal Navy, and someone who appreciated the importance of collection and analysis of health information from his earlier career. This case series is still available as it was one of the few bits of objective evidence provided by British Consuls who were asked to provide information to the Marine Department of the Board of Trade on ‘the condition’ of British seamen as part of the ongoing parliamentary discussions about whether it was unseaworthy seamen or unseaworthy ships that were the cause of excessive loss of life at sea.

Callau was booming at the time, with massive growth in the international trade in guano (dried faeces from fish-eating birds that had accumulated on arid islands and were rich in nitrogen and phosphorus) as a fertiliser. This was exported in sailing ships that had either come round Cape Horn or across the Pacific, often after transporting Welsh coal for use by the Royal Navy or steam liner companies to coaling stations around the world.

Roe’s series of 606 cases comprised:²⁰

- 251 scurvy – long eliminated in the Navy but still a problem in transoceanic merchant shipping because of the poor quality or insufficient quantity of lemon juice carried and the failure to enforce consumption.
- 84 venereal – probably some chronic cases but many new ones from the renowned brothels of Callau
- 45 accidents – either on board (cargo and ship handling) or in port (violence, alcohol)
- 40 fevers – enteric, malaria recurrences, but also the presence of endemic typhus in Callau
- 30 dysentery – contaminated food or water, also responsible for enteric fevers
- 26 rheumatism – living conditions and work demands on board

¹⁹ Approximately four times as many deaths from ship losses as from personal injuries.

²⁰ Italicised sections are the author’s commentary.

-
- 10 abscesses
 - 97 other conditions

As can be seen, these diseases fall into several of the categories suggested by Collingridge. Given the lack of the information needed to make detailed comparisons between sail and steam and between different trades and jobs on board, further analysis has to be based on fitting a range of contemporary anecdotal material into these categories.

The special character of maritime employment

The move from sail to steam led to considerable changes in the nature of work at sea. There were fewer injury deaths on steamships. This is a consequence of a lower proportion of ship losses as well as less work aloft and on deck in adverse weather conditions when handling sails. The presence of steam power also reduced the physical work demands by making use of donkey engines for anchor, sail and cargo handling.

Steam had its new risks as well as introducing new categories of crewmembers, engineers and stokers. Hot conditions in the stokehold led to stokers' cramps and heat stroke, especially in the tropics, as well as to injury risks from burns, scalds and steam explosions, and entrapment in moving parts of engines.

The habits of seafarers

There was a continuing concern during the nineteenth century about the physical and moral condition of seamen. These discussions related to both their capability and reliability at sea and their moral welfare and spiritual salvation when ashore. Abusive employment conditions, alcohol, casual sex, debt and lack of foresight were all seen as damaging. To a large extent, this dialogue was based on the situation that pertained in the sailor-towns of ports and the uncertain employment conditions under sail.

The move to steam altered many aspects of seafaring life. Vessels had more predictable passage times and scheduled liner services developed. Employment became more stable, allowing regular leave periods that were compatible with a shore-based home and family life. The many mission-based welfare initiatives had transformed the opportunities available to seamen in port, even if not all chose to use them, and this led to a decline in the worst aspects of sailor-town abuse.

It is difficult to speculate on the consequences of these improvements in welfare in terms of injury and illness, venereal infections excepted. However, all could be expected to be beneficial. Set against this was increased concern about a new group of employees, the stokers. They were seen as having some of the dissolute characteristics of the previous generation of sailing ship crews, such as a love of brawling, gambling and alcohol. More seriously, there was continuing but unverified concern about an excess risk of mental illness and suicide among stokers.

Diseases of climate

There was considerable folklore on the direct effects of tropical climates on seafarers, while exotic infections were a real hazard. Infectious disease was a major cause of illness and death among nineteenth-century seafarers; some 40 per cent of the Callao case series were infections. The mechanisms of infection were only beginning to be understood by the end of the century and, apart from quinine for malaria and vaccination against smallpox, there were no effective preventive or curative interventions. Because of their exposure in the tropics and in unsanitary port areas the risks were far higher than for other members of the British population. Returning seafarers were also an important source for outbreaks of infectious disease in their home ports and beyond.

Paradoxically the shorter passage times of steamships increased the risk of transmission of infections as, on sailing ships, outbreaks would often spread among a crew but then 'burn out' while still at sea on voyages that were many months long. By contrast, a seafarer on a steamship could easily become infected abroad and bring a disease back to their homeport within the two to three weeks that were the incubation periods of some infections.

Diseases from living conditions

The fo'c'sles of both sail and steamships where ratings slept and lived when off duty were damp, cramped and full of air that was both stale and heavy with tobacco smoke. These were predisposing factors for acute respiratory disease, tuberculosis and rheumatism. Wooden hulls leaked, steel ones were plagued with condensation. Still, the advent of steam meant safer and more effective heating, while clothes drying became feasible.

Diet was monotonous on long voyages, with reliance on preserved or dry ingredients until the rather later

adoption of canning and then refrigeration. The shorter passage times of steamships enabled fresh produce to be available for a greater proportion of the time. Cooking methods were slow to improve. Freshwater was often tainted or limited on sailing ships, but the presence of a boiler on steamships made distillation of seawater a possibility, thus eliminating shortages and providing sufficient to allow improved personal hygiene and fresh water clothes washing. Microbial contamination of water, whether at source in port or during storage onboard, still had the potential to cause severe outbreaks of infection.

Fitness requirements

The 1867 Merchant Shipping Act, which was mainly concerned with the health of seamen and can be seen as one of the steps, along with certificates of competence, taken to respond to concerns about the condition of seamen and its contribution to the toll of death at sea. This included, among other provisions, for medical fitness assessment prior to work at sea. Fitness assessment was for many years voluntary, but with one important exception that arose from the move from sail to steamships, with their increased speed and a course that could be set without reference to the wind direction.

From the 1850s there was progressive standardisation of navigation lights. The only colours that could be used with filters in front of the yellow flame of an oil lamp were red and green. It was soon found that near misses and collisions were occurring, as some lookouts were unable to distinguish between these colours because of the congenital colour vision defects found in around 5 per cent of males. Compulsory testing was made part of the examinations for competence of masters and mates. Initial test methods were flawed and led to unacceptable discrimination. It was not until a test case in 1910 that new and better methods were introduced.

Apart from the colour vision, the tasks on steamships were less physically demanding compared with those under sail. The exception being stokers, whose arduous tasks were only eliminated with the move to oil-fired boilers or diesel propulsion.

Conclusion

The lack of reliable information on injury, disease and death in merchant seamen makes detailed investigations of the health impact of the move from sail to steam impossible. Using the limited available data and contemporary commentary, it is possible to build up a picture of risk reduction and a reduction in arduous work requirements. This is to an extent confounded by other changes arising from a better understanding of prevention, improved regulation and enhanced provisions for the welfare of seamen in port. The exceptions to this trend being an increase in the scope for the transmission of infectious diseases from port to port, the work demands of being a stoker on a coal-fired ship and the new challenges posed to lookout duties by new aids to navigation.²¹

Professor emeritus Tim Carter

jtmc@icloud.com

Norwegian Centre of Maritime and Diving
Medicine



Historiene

Å være fastlege er å få delta i menneskers livshistorie. Ofte passivt lyttende, noen ganger aktivt deltagende. Historier fra alle livets faser og dimensjoner: begynnelse og slutt, glede og sorg. Jeg har alltid vært fascinert av de som har en annerledes historie og en annen måte å se verden på. De lokale originalene og de gamle sjømennene. Ingen forteller historier som de gamle sjømennene. En god dag på jobben er når jeg får lov til å lytte til dem,

De gamle sjømennene er en generasjon som er lavmælt og av få ord. De har opplevde krigen, Shetlandsfart og etterkrigstiden på verdenshav. De er vanskelige å få i prat om livet til sjøs. Hendene og ansiktstrekkene forteller, utover årens gang, en taus historie om et hardt, og tidvis brutalt liv. Når jeg spør

²¹ References

Collingridge W. Health in the Marine Service. in Oliver T, Editor. Dangerous Trades. London; John Murray: 1902. Pages 182-189.
Cook G. Disease in the Merchant Navy: a History of the Seamen's Hospital Society. Oxford; Radcliffe: 2007.
Replies of British Consuls to a circular letter from the Board of Trade requesting (1) suggestions with regard to the Merchant Shipping Bill of 1869. (2) Returns and answers on certain points connected with

Merchant Shipping. C630. London; HMSO: 1872. Pages 155-159.
Carter T. Merchant Seamen's Health, 1860-1960: Medicine, Technology, Seafarers and the State in Britain. Woodbridge; Boydell: 2014. Pages 101-115. Note: many of the other issued considered in this article are also discussed in this book.

dem om lokale veier på Bømlo svarer de i himmelretninger; «du må kjøre et stykke nordover, før du svinger vestover». Livet til sjøs sitter også i språket. Noen har også sjelelige arr de ikke har valgt å dele. De sier ikke mer enn de må. Går heller ikke til legen før sykdom har vart en «Atlantehavs-krysning» eller et «Grønlandsfiske.» Men av og til kommer de. Jeg har alltid lyst til å be dem om å fortelle. Men ofte passer det seg ikke. Men noen ganger er problemstillingen enkel og tiden er god. Sykdommen har bare vart et «Lofotfiske» og er på retur. Når jeg da tar blodtrykket vises historiene i form av tatoveringer på overarmene: seilskuter, havner, verdenshav, og kvinner. Tatoveringene gir meg en god anledning til å spørre om historiene bak.

*Vesle Daniel skal ut i verda
og gjer kista klar i denne stund.
Over store hav mot sør går ferda
med "San Salvador" av Haugesund*

Vesle Daniel - Jakob Sande

Ofte ser de ned, og svarer er kort. Da lar vi det bli med det. Jeg forsøker alltid å forklare at jeg er genuint interessert, og ikke moraliserende i forhold til tatoveringer og sjømannens ofte ville liv. Men av og til lyser den gamle sjømannen opp, og ser meg inn i øyene, og begynner å fortelle om en tid som er borte, men likevel nær. I noen minutter er han ung sjømann på verdens hav igjen. Den gamle sjømannen forteller historier om kneiper i Rio, slagsmål i Rotterdam, og kvinner i ulike havner. Sammenhengene reiser over flere år. Om fyll og slagsmål. Om kjærlighet og savn. Om evig kameratskap og de som gikk altfor tidlig bort. Om et romantisert forhold til friheten de husker at de hadde. Om hvordan alt var bedre før. Når mulighetene på land var brukt opp, var det bare å gå på hyrekontoret og seile av sted med blanke ark.

Av og til når attestbunken ligger igjen og sjømannen er gått dagdrømmer jeg videre på egenhånd: Om å kunne pakke kista og gå på hyrekontoret i Haugesund. Trekke et lodd og stille seg i kø i sjømannens lotteri. Når jeg våkner fra dagdrømmen ligger fortsatt papirbunken der, men den gode historien har gjort arbeidsbyrden litt mindre.²²

²² Artikkelen har tidligere stått i Utposten nr 8 i 2017. Gjengitt med velvillig tillatelse fra forfatteren.

²³ Regionale krav basert på **Convention on International Civil**

Spesialist i almenmedisin PhD
Hogne Vikanes Buchvold
Fastlege og Sjømannslege i Bømlo
kommune



Helsekrav - internasjonale særkrav eller nasjonale felleskrav?

Helsekrav for sjøfolk er internasjonale, og gjelder globalt. Utenom helsekrav for sjøfolk, er det bare helsekrav for flypiloter²³ som har tilsvarende internasjonal utbredelse.

Kan vi lage felles helsekrav for offshore, los og sjø?

Innimellom har det vært røster (jeg var selv en av dem før jeg visste bedre) som foreslår at man burde komme fram til identiske helsekrav for sjøfolk, offshorearbeidere, og loser, og noen går enda lengre og kunne tenke seg felles helsekrav for transportsektoren. I noen land snakker man om 'transportmedisin'. De fleste slike framstøt bærer preg av ønsketenkning.

Sjøfarten er internasjonal, og kjenner ingen landegrenser. Skip bytter flagg på timer, de seiler med mannskap fra mange andre nasjoner enn det flagget de fører, de går mellom havner i fremmede land, forsikres i andre land enn der de fører flagg, har agenter i mange land, og rederen bor kanskje ikke i det landet der rederiet er registrert.

I en slik situasjon holder det ikke med nasjonale krav. Det har næringen for lengst forstått. Men det dukker stadig opp nye forslag om å samordne kravene. Overfladisk sett kan regelverkene se like ut, men går man dypere inn i dem, ser man at det er ulike behov i ulike sektorer.

Skulle man samordne helsekravene, kan det bare skje på én måte, nemlig ved at alle andre kopierer

Aviation (Chicago Convention), Annex 1Kapitel 6 Medical standards (ICAO)

helsekravene for sjøfarten. Vi kan nemlig ikke frikoble oss fra de internasjonale minimums-helsekravene satt av FN.

Utvikling av internasjonale helsekrav for sjøfarten

ILO vedtok, allerede i 1921, «The Medical Examination of Young Persons (Sea) Convention (No. 16) som en av sine aller første konvensjoner.

Denne ble fulgt opp av «Medical Examination (Seafarers) Convention I 1946 (No. 73). Disse konvensjonene er nå omfattet av Maritime Labour Convention, 2006 (MLC 2006). I de aller fleste land krever lovgivningen at sjøfolk skal ha en gyldig helseerklæring.

IMO vedtok «The International Convention on Standards of Training, Certification and Watchkeeping for Seafarers (STCW)» i 1978. Den har blitt oppdatert flere ganger, sist ved revisjonen i Manila i 2010.

Det er først og fremst Regulation I/9 i STCW-konvensjonen, Section A-I/9 i STCW A-koden og Section B-I/9 i STCW B-koden som er relevante for utvikling av helsekrav for sjøfolk.

Spørsmålet om å gjøre noe for harmonisering av helsekrav på tvers av landegrenser dukket opp i møter mellom ILO og WHO i mai 1993 i «the Joint ILO/WHO Committee on the Health of Seafarers». De erklærte at:

«Fitness standards for seafarers vary widely. It is, therefore, desirable that an international standard be developed for pre-sea and periodic examinations. Doctors performing such examinations should have a clear understanding of special requirements of seafaring life.»

I 1995 vedtok STCW-konferansen resolusjon nr 9, «Development of international standards of medical fitness for seafarers», der IMO inviterte til samarbeid med ILO og WHO om å utvikle internasjonale standarder for helseundersøkelse av sjøfolk.

Det ble derfor i 1997 utviklet felles anbefalinger i form av «The Guidelines for Conducting Pre-sea and Periodic Medical Fitness Examinations for Seafarers». Utviklingen skjedde i regi av ILO og WHO.

Dette var et første skritt for å harmonisere helsekravene til sjøfolk internasjonalt. Helsekravene var ikke veldig detaljerte. Mange land, deriblant Norge, holdt derfor på egne krav, delvis i pakt med de internasjonale anbefalingene, delvis strengere. Norge baserte sin nye forskrift i 2001 på EU sitt rådsdirektiv

92/51/EØF av 18. juni 1992 (FOR-2001-10-19-1309 «Forskrift om helseundersøkelse av arbeidstakere på skip» - avløst 1.7.2014 av ny forskrift nr. 805). Da forskriften var ny i 2001, tok det bare måneder før man måtte forandre den, fordi kravene var for spesifikke og for strenge, og bar tydelig preg av skrivebordsarbeid.

Selv om det ble større likhet i helsekrav etter 1997, var de internasjonale anbefalingene ikke detaljerte nok til at man bare kunne implementere kravene direkte.

Behovet for ytterligere harmonisering mellom sjøfartsnasjoner, ytterligere detaljering av de internasjonale anbefalingene og oppdatering i henhold til medisinsk utvikling, medførte at ILO i samarbeid med IMO satte i gang utviklingen av nye anbefalinger. Dette arbeidet ble fullført i 2013.

I dette arbeidet var professor Tim Carter spesialrådgiver for ILO, og førte de nye Guidelines i pennen. Jeg var med i forhandlingene som medisinsk rådgiver, først som rådgiver for ISF etter forespørsel fra Norges Rederiforbund. Da jeg ble nærmere knyttet til Sjøfartsdirektoratet, ble det naturlig å heller representere dem, og da jeg ble president i IMHA var min plass i ILO blant 'Non-Governmental Organisations' (NGO), der IMHA hadde sete. Jeg deltok i møter med hver av gruppene (arbeidsgiversiden, «government»-siden, og i medisinske ekspertmøter). Det var en interessant periode som ga mye innsikt i behovet for og utviklingen av internasjonale helsekrav for sjøfarten.

De overordnede føringene for utviklingsarbeidet var ILO sin nye konvensjon MLC 2006, og IMO sin siste revisjon av STCW-konvensjonen ('Manila amendments').

Ettersom Norge har ratifisert både MLC 2006 med foregående konvensjoner og STCW-konvensjonen, var Norge bundet av å implementere kravene i disse konvensjonene.

Fortolkningen i ILO og IMO av hvordan helsekravene burde settes, er materialisert i «Guidelines on the medical examination of Seafarers» fra 2013. Denne veiledningen ble derfor lagt til grunn for arbeidet med ny forskrift som skulle erstatte forskriften fra 2001.

Det juridiske utviklingsarbeidet ble ledet av juridisk rådgiver i Sjøfartsdirektoratet den gangen, Alexander Grieg. Jeg var medisinsk rådgiver i det arbeidet, og oversatte også alle helsekravene i Vedlegg A, B, C, D og E i Helseforskriften. Den norske teksten ble gjort så lik den engelske originalteksten som mulig. Noen få justeringer ble gjort i forhold til de internasjonale kravene:

- Det ble lagt til en tekst i vedlegg E, ICD-punkt E-65-68, tredje kolonne: «NB: BMI er en brukbar indikator på når tilleggsundersøkelser inklusive fysisk testing må utføres. BMI skal ikke være eneste basis for vedtak om udyktighet. Ved BMI over 35 er det obligatorisk å utføre testing, men det bør vurderes allerede når BMI passerer 30.»

Dette forandrer ikke noe på helsekravene, men er en presisering som ble ansett å være nødvendig, siden den gamle forskriften hadde brukt BMI som et kriterium.

- De kvantitative sannsynlighetsgrensene som i den internasjonale anbefalingen var satt for astma, ble gjort gjeldende for alle kategorier sykdommer, for å definere begrepene 'svært lav', 'lav', 'moderat' og 'høy' sannsynlighet, hhv, < 2 %, 2-5 %, 5-10 % og > 10 %. Dette var basert på erfaringer med at ulike leger brukte begrepene med ulik forståelse. Seinere har disse sannsynlighetsgrensene også blitt en del av den nye forskriften om helseundersøkelse av loser og losaspiranter av 2018.

Dette endrer heller ikke noe på helsekravene, men er en begrepspresisering for å lette forståelse og kommunikasjon for dem som arbeider med risikovurderingen.

Ellers ble kriteriene i den internasjonale veiledningen implementert uten endring.

Alle medlemsland i ILO har hatt mulighet til å delta i møtene. Det er omtrent de samme som er medlemmer i IMO + noen til. WHO trakk seg fra møtevirksomheten når det gjaldt utviklingen videre, men fortsatte som observatører i møtene.

Stammen i utviklingen har vært ILO-kravene fra 1921. De er blitt pusset på og finjustert pga. innspill fra samtlige medlemsland. Derfor har vi nå internasjonale minimumskrav – endelig. De må vi passe godt på, og sørge for at de forbedres.

Basis for videre utvikling av internasjonale helsekrav

Hvordan kommer vi videre?

Utviklingen av helsekrav er konsensusbasert i en forsamling bestående av representanter for myndigheter, arbeidsgivere, arbeidstakere og NGOs, basert på erfaringer og rapporter om hendelser. Men evidens-nivået er lavt for å sette grenseverdier for

ulike kriterier, og man kommer ikke bort fra at det kreves en betydelig grad av skjønnsutøvelse å praktisere kriteriene.

Slik skjønnsutøvelse skjer i stor grad i praksis ved bruk av tommelfinger-regler (heuristikker) til daglig. Det må gå fort, og legens magefølelse eller intuisjon blir ofte avgjørende. Det kan være en praktisk måte å avgjøre sammensatte problemstillinger på og nå en rask avgjørelse, men det er vanskelig å forklare hvorfor man har besluttet det man har og vanskelig å begrunne avgjørelsen med evidens.

Jeg skulle ønske vi var mer evidensbaserte, både når vi fastsetter standarder og kriterier, og når vi praktiserer dem. Vi behøver å vite hvor vi er før vi kan bestemme oss for hvor vi vil gå. Det behøves en oversikt over helsetilstanden til sjøfolk, og for dette formålet behøver vi et maritimt helseregister. Dette har stått på NSMM sin oppgaveliste fra starten av, og gjør det fortsatt i nåværende NSMDM. Et slikt register vil være et godt hjelpemiddel til å skape den evidensbasis vi behøver for å sikre at helsekravene både er nødvendige, tilstrekkelige og relevante.

De internasjonale minimumsstandardene behøver videreutvikling. Dettens tår i motsetning til en nasjonalistisk eller separatistisk utvikling, der man med et ønske om å samle alle lignende helsekrav på landsbasis i et felles regelverk, mister den internasjonale tilknytningen for helsekravene for sjøfarten.

Her er noen spørsmål vi bør stille oss:

- Er fastsettelsen av visuskravene god nok? Hvilken evidens underbygger grenseverdiene?
- Vet vi hva som er godt nok fargesyn? Har vi retningslinjer som er evidensbaserte?
- Vet vi hva som er god nok hørsel? Hvordan kan vi evaluere personer med høreapparat? Hvilke grenser skal vi sette?
- Hvor lang tid må det gå etter et epileptisk anfall før man kan seile igjen?
- Hvor raskt kan vi slippe ut noen som har gjort en PCI, og hvor langt, i hvilke stillinger?
- Går det an å definere et akseptabelt risikonivå for de ulike tilstandene?
- Går det an å bli enig om en måte å beregne risiko på?

Foreløpig er disse spørsmålene ikke besvart.

Jeg håper at stadig flere vil se verdien i å forske på fagområdet maritim medisin, slik at vi kan være

premissleverandører til beslutningstakerne ved neste revisjon av de internasjonale retningslinjene!

Tidligere leiar
Alf Magne Horneland
amho@helse-bergen.no
Norsk senter for maritim- og
dykkemedisin



De første kvinnelige offiserer

Den første norske kvinnelige radiotelegrafist var



Figure 8 Kong Haakon VII på besøk ombord.

Helene Karoline Johanne Fischer Dale (f. 1913).²⁴ Hun begynte sin karriere som salongpike, men ville bli telegrafist. Hun fikk beskjed om at det var en mannsjobb og fortsatte som salongpike. Da hun fikk høre om en kanadisk kvinnelig gnist som jobbet på MS "Mosdale", ville hun ikke gi seg.

Hun fikk plass på

radiotelegrafistskolen i Little Norway, Toronto i august 1942. I mai 1943 var hun ferdig utdannet, og ble den første norske kvinnelige²⁵ radiotelegrafist.²⁶

Under mesteparten av krigen seilte hun som gnist på MS "Alf Lindeberg". Først i april 1946 mønstret hun av

og dro hjem sammen med maskinist Knut Dale for å gifte seg.



Figure 9 Helene Karoline Johanne Fischer Dale i offisersuniform.

Hvem var denne kanadiske gnisten? Det var kanadieren Fern Blodgett (1918-1991)²⁷ som hadde gått på raioskole i Toronto. Hun fikk sertifikat som radiotelegrafist den 13 juni 1941.²⁸ "Mosdale" manglet en telegrafist og hun fikk dispensasjon²⁹ til å mønstre på.³⁰ Skipsfører var Gerner Sunde (1911-1962)³¹ og i juli 1942 ble de gift. Sunde ble i 1943 tildelt Krigsmedaljen for sin innsats som den første norske kvinne.³²

Ved krigens slutt hadde MS "Mosdale" krysset Atlanterhavet med livsviktige forsyninger 96 ganger uten å bli skadet - sannsynligvis rekord.³³

²⁴ <https://www.krigsseilerregisteret.no/no/sjofolk/694669/> Anvendt: 2020-03-09.

²⁵ Ifølge en undersøkelse av 191 skip i årene 1941-1942, var det kun 17 kvinner blant 5574 sjøfolk (0,3 %).

²⁶ Anon. 1971. Den første norske kvinnelige telegrafist. Krigsseileren, nr. 2 1971; 27.

²⁷ Hauge, EO. 1954. Lykkelige Mosdale, sagaen om et skip. Bergen, Eide Forlag.

²⁸ https://no.wikipedia.org/wiki/Fern_Sunde Anvendt: 2020-03-09.

²⁹ Hauge, 1954; 99-100.

³⁰ Såghus, SV. 2009. Fern Sunde, krigsseiler. Årbok Vest-Agder-museet; 9.

³¹ <https://www.krigsseilerregisteret.no/en/sjofolk/52749/> Anvendt: 2020-03-10.

³² «Royal awards. King Haakon of Norway decorates merchant ship captain and wife», Life, 23. august 1943; 38.

³³ Ibid.

Fern Sunde og Hele Dale er de første kvinnelige offiserene på norske skip, og sannsynligvis de første kvinnelige skipsoffiserene i verden.

Kontreadmiral
Spesialist i samfunnsmedisin
Jan Sommerfelt-Pettersen
jan@sommerfelt-pettersen.no
President



Refractive surgery and visual fitness

The assessment of visual fitness in occupation was first introduced in 1863 in the British Armed forces. Within the end of the century, several armed forces and transport industries had incorporated standards for both color vision and visual acuity. The application of standards prevented individuals from entering services or occupations they eager for. The most common reason for rejection is nearsightedness, myopia. The visual acuity may be corrected with lenses, best-corrected visual acuity (BCVA). However, the standards often reflect requirements for uncorrected visual acuity. Treatment this has until relative recently not been available. However, for several decades, refractive surgery has, been promoted to and performed on the population requiring to pass for uncorrected visual acuity.

Early experiments in refractive surgery were performed from the 1940ies, but it was not until the Russian dr. Fyodorov invented Radial Keratotomy in the 1970s refractive surgery become more accepted. Fyodorov theorized that radial cuts flattened the cornea. He developed radial keratotomy by calculating how to make radial incisions on the anterior surface of the cornea to change its shape. Modern refractive surgery has since then become increasingly safer and accurate.

The invention of the Excimer laser opened new possibilities for doing refractive surgery, and in 1987, Photorefractive Keratectomy (PRK) was introduced.

In 1991 the first LASIK was performed in the USA. LASIK has since become the most preferred method, mainly because of the rapid visual recovery with minimal tissue reactions and minimal discomfort. The introduction of the Femtosecond laser revolutionized the possibilities in refractive surgery, and bladeless LASIK procedures were developed, and new methods

as, i.e., small incision lenticule extraction (SMILE) emerged.

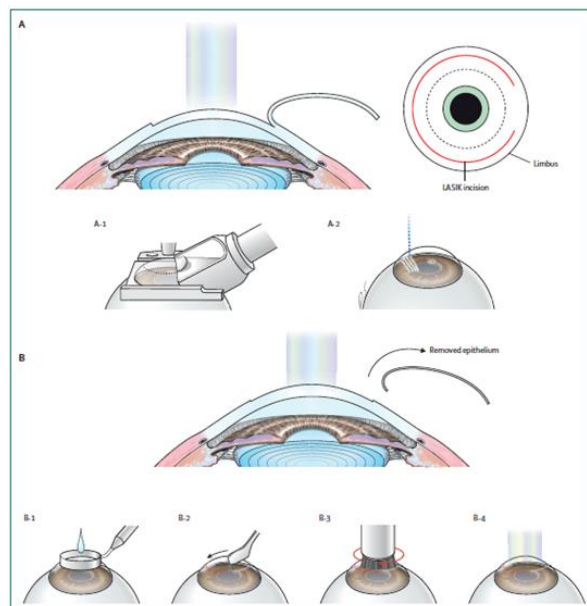


Figure 10 Laser-Assisted In Situ Keratomileusis (LASIK) and (B) Photorefractive Keratectomy (PRK). (del Barrio, J. L. A., Wilkins, M., Cochener, B., & Ang, M. (2019). Refractive surgery. The Lancet, 393 (10185), 2085-2098.)

Today, four main refractive surgery techniques are used; surface ablation of the cornea in the form of PRK, the creation of a corneal flap followed by corneal ablation (LASIK), creation, dissection, and removal of an intracorneal lenticule (SMILE) and insertion of an intraocular lens in the presence of the natural crystalline lens (IOL).

In LASIK, the corneal stroma ablation is performed after the creation of an epidermal flap. The flap is repositioned after the ablation procedure is finished. In PRK, the corneal surface is removed by scrubbing and the stroma ablation by Laser. The corneal epithelia will reestablish within a few days.

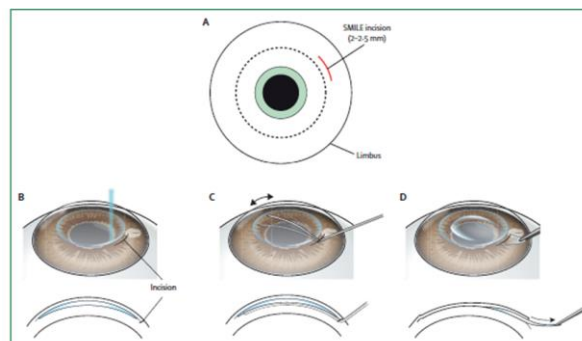


Figure 11 Small incision lenticule extraction (SMILE). (del Barrio, J. L. A., Wilkins, M., Cochener, B., & Ang, M. (2019). Refractive surgery. The Lancet, 393 (10185), 2085-2098.)

In SMILE, the surgeon first creates an intracorneal lenticule and a small pericorneal incision by Laser. The lenticule is dissected and extracted through the small incision leaving the cornea surface intact but with new refractive status.

The overall safety and efficacy are high and differ too little extent between the methods. Adverse effects are reported in the interval of 2-3 %, with serious adverse effects as low as 0.35-0.7 %. Nevertheless, some individuals will experience loss of BCVA by one or two lines on the Snellen's chart. Some will experience reduced contrast sensitivity.

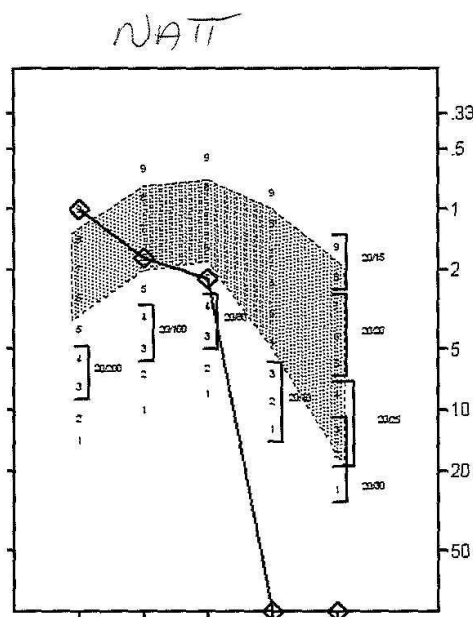


Figure 12 Loss of contrast sensitivity, especially in the high-frequency range. This will affect night vision capability.

We must be aware of the potential adverse effects of refractive surgery when evaluating the candidate's visual fitness.

Kommandør Overlege PhD
Vilhelm Koefoed
v@koefoed.no
Forsvarets sanitet



Ray Troche, PhD
Epidemiologist.
Navy Refractive Surgery Center,
San Diego USA



Referater

I denne spalten præsenterer vi referater fra konferanser og møter av interesse.

Danske tanker og refleksjoner efter Maritim Medicinsk Fagdag

Jeg havde med store forventninger set frem til mødet den 18.10.19 i Oslo, som jeg i min egenskab af søfartslæge og formand for Dansk Selskab for Maritim Medicin (DSMM) havde tilmeldt mig. Lad mig straks røbe: Jeg blev ikke skuffet. Selv om jeg havde haft nogle betænkeligheder – mere derom senere. Programmet for Fagdagen var bredt, ambitiøst og fint sammensat med fagligt relevante indlæg. Dagens program blev suverænt styret af formanden, så tidsrammerne blev overholdt.

Foredrag 1

Her blev redegjort for uddannelse og kvalitetskontrol af søfartslæger, som er meget omfattende. Et uddannelsessystem som er meget forskelligt fra det danske system.

I Danmark foregår uddannelsen af søfartslæger ved såkaldt "sidemandsoplæring" eller "mesterlæreprincip". Her udover er der ikke nogen formelle krav til søfartslægerne. Man opfordres til at være medlem af DSMM – men det er ikke et krav. DSMM afholder to årlige møder med både fagligt og socialt indhold – men indrømmet langt mindre ambitiøst end den norske Fagdag. Som ved den norske Fagdag møder også typisk 1/3 af medlemmerne op. I Norge betaler lægerne selv for deres kurser / videreuddannelse. Det er der ikke tradition for i Danmark.

Men måske blæser der også snart nye vinde i Danmark, en ny "Bekendtgørelse for søfarende og fiskere" er på vej, og i den forbindelse er der lagt op til undervisning fra Søfartsstyrelsen. Fra DSMM har vi længe ønsket, at der blev afholdt kurser for søfartslæger, og gerne sammen med andre medicinske selskaber / faggrupper.

Foredrag 2

Navigare necesse est: "det er vigtigt at sejle – men med lavest mulig risiko". Her blev blandt andet redegjort for den forøgede risiko for arbejdsulykker med dødelig udgang til søs. En problematik der også kendes i Danmark.

Der blev også redegjort for, at det er sømandens ansvar at kontakte søfartslæge i tilfælde af sygdom i den to årsperiode sundhedsbeviset gælder. Det kendes også i Danmark, og jeg har i flere tilfælde oplevet søfolk henvende sig i tilfælde af sygdom, enten uopfordret eller på arbejdsgiverens opfordring. Hverken i Norge eller Danmark er der blandt læger stort kendskab til søfartslæger og deres virke.

Foredrag 3

Et anderledes syn på risiko: Risiko fantasi.
Tankevækkende: 80 % af ulykker skyldes menneskelige faktorer.

Spændende tankeeksperiment i forhold til risikovurdering: Hvis patienten dør – dør lægen også!

Foredrag 4

Om maritim medicinsk historie. Danmark – Norge har tidligere været i rigsfællesskab. Begge lande er søfartsnationer – og vore lande er fortsat traditionelt og kulturelt forbundne.

Foredrag 7

Spændende indlæg om posttraumatisk vækst (PTG). Eudaimoni, fra græsk: Lyksalighed, velfærd. Ideen om, at negative oplevelser fører til positive erindringer og dermed til intellektuel og følelsesmæssig vækst. Et emne, som der fortsat forskes i. På dansk siger man: modgang gør stærk

Foredrag 5-6-8-9-10

Lærerige og spændende cases fra det virkelige liv samt film om MS Viking Sky – en skibskatastrofe.

Konklusion

En interessant og lærerig dag. Jeg var på forhånd lidt bange for, at det måske ville være anstrengende eller svært at forstå alle indlæg. Men norsk og dansk sprog er tæt på hinanden, så det var ikke noget problem. Jeg troede også, at det ville være en meget lang dag – men tiden fløj af sted. I pauserne var der rig mulighed for at møde norske kolleger, som alle var meget imødekomende.

Sammen med min mand (skibsfører) benyttede jeg lejligheden til at lege turist i Oslo. Onde tunger i Danmark betegner Oslo, som "verdens kedeligste by". Med stor uret! Oslo har meget at byde på: mange

seværdigheder, smukke omgivelser, venlige mennesker, fin gastronomi og god kollektiv transport. Eneste klagepunkt: Det regnede hele den weekend, vi tilbragte i Oslo.

Så tak for et udbytterigt kursus. Hyggeligt at møde norske kolleger. Jeg kommer gerne igen.

Margit Smidemann
Speciallæge i Almen Medicin, søfartslæge
Formand Dansk Selskab for Maritim
Medicin



Besøk til US Navy Fleet Surgical Teams (FST) treningsfasiliteter

San Diego Naval Base er hjemmehavnen til den amerikanske stillehavsflåten, og er en av verdens største marinebaser. Stillehavsflåten har fem Forward Surgical Teams (FST). Den individuelle trainingen foregår på Naval Medical Center San Diego (NMCS). Teamtrainingen foregår på senteret Strategic Operations (StratOps). Vi besøkte høsten 2017 disse stedene for å undersøke mulighetene for å trene norske fremskutte traumeteam (FTT) der.

Strategic Operations (StratOps)



Startet i 1996 som et Hollywood filmstudio. StratOps bruker erfarne veteraner for å lage realistiske krigsscenarioer.



I 2005 begynte det amerikanske forsvaret å bruke StratOps til å trene deres personell. Siden da har 850 000 soldater, politi, brannmenn og helsearbeidere blitt øvet av StratOps. Det er flere kulisser på området:

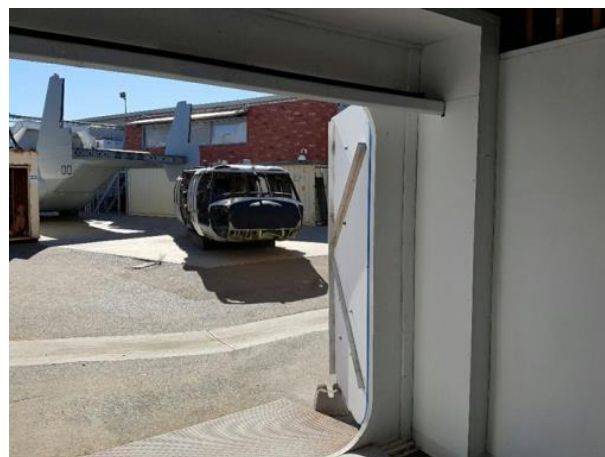


forskjellige landsbyer



samt et containerskip med helikopter til «fast roping». Siden 2013 har de fem FST til Stillehavsflåten hatt sin teamtrening på StratOps. Denne treningen består av et fem dagerskurs som heter “Shipboard Surgery Trauma Training” (S2T2). Kurset består av 13 t foredrag, 3 t individuell ferdighetstrening og 32 t scenariobasert trening.

Kulissene som brukes til FST trening er:



Et helikopterdekk med en Sea Hawk og en Osprey,



Inngang til et Amphibious Assault Ship (AAS) (venstre) og en destroyer (høyre)

AAS kulissen består av en simulert heis,



et akuttmottak,



en operasjonsstue,



og en intensivavdeling.



Simuleringene gjøres med dukker eller levende markører.



Disse kan sminkes med «Cut Suits». Dette er silikonklær som kan kles på levende markører og dukker. De inneholder organer, blødende blodårer og skjelett. De muliggjør realistiske simuleringer av Damage Control kirurgi.





Flyevakuering simuleres i Osprey'en med flystøy og vibrasjoner.

Destroyerkulissen består av:



en korridor med to rom for å sette opp et FST:



i kafeteriaen,



eller i sonar rommet.



Det finnes også en lugarkulisse for et USS Cole scenario.

Navy Medical Center

US Navy tilbyr et komplett helsevesen til sine nåværende og tidligere ansatte inklusive familier.



For vel 100 år siden ble det etablert et teltbasert sykehus i San Diego. Dette utviklet seg etterhvert til Naval Medical Center i San Diego. Dette sykehuset har 277 senger (som kan økes til 500 i en katastrofesituasjon). Et tilsvarende Navy Medical Centers er plassert på østkysten i Portsmouth, Virginia der også hospitalskipet USNS Comfort har hjemmehavn.

Ved NMCSO utdanner de Independent Duty Coremen (avanserte førstehjelpere som arbeider alene i krigsskip opp til destroyerstørrelse), sykepleiere og legespesialister. De utdanner blant annet åtte nye spesialister i akuttmedisin hvert år.



Det går i gjennomsnitt 220-250 pasienter gjennom akuttmottaket daglig. De fleste håndteres poliklinisk og cirka ni prosent innlegges. I akuttmottaket er det også 24 psykiatriske plasser, da de får inn en god del PTSD.



De har en egen preoperativ avdeling med seks senger. Her forberedes pasientene til kirurgi. Det er ingen anestesisykepleiere på sykehuset. Coremen fungerer som anestesisykepleiere.



Det er 18 operasjonsstuer, hvor de blant annet utfører åpen hjertekirurgi.

Bortsett fra litt ortopedisk traumatologi, var det omtrent bare elektiv virksomhet. Personalet ble regelmessig sendt 1-3 måneder til andre sykehus for å få erfaring med traumatologi.

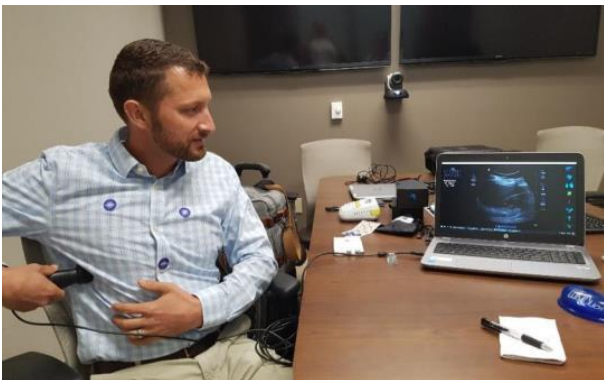
SimCenter



Dette var et standard simuleringssenter med kjent utstyr fra Lærdal Medical.



De hadde en egen BioSkills lab. Her kan man øve prosedyrer på kadavre. De har også en modell med perfunderede kadavre som blør under kirurgien.



SonoSim; en ultralydsimulator ble også demonstrert. Her kan man få et simulert levende ultralydbilde på en datamaskin ved å plassere en probe på noen merkelapper som kan klistres på en dukke, eller en levende markør.

USNS Mercy



USNS Mercy er, sammen med USNS Comfort, verdens største hospitalskip og er ombyggede 65000 tonnns tankskip.



Pasientene ankommer via helikopterdekket, der det er plass til to helikopter, via båt til rampe ved skutesiden eller via ro-ro dekk.



Derfra går det heiser eller gangveier



til CasRec der pasienten registreres



I mottaksområdet er det ti «bay's» med til sammen 50 senger. Dette er en «bay» reservert prioritert 1 pasienter.



I operasjonsavdelingen er det seks preoperative senger og 20 postoperative senger,



og 12 operasjonsstuer,



hvorav en hybridstue.



Der er tre separate intensivavdelinger, samt et isolat. For å effektivisere overvåkingen og spare plass, er det ikke separate rom og sluser til hver enkelt seng, men vegger av gjennomsiktige plastgardiner. Inni hvert enkelt «rom» er det undertrykk, slik at luft ikke sirkulerer ut av «rommet». Det er en felles sluse til hele avdelingen. Det er glassvegger rundt avdelingen, slik at det er mulig å gjøre en viss overvåking uten å sluse seg inn.



USNS Mercy baserer seg på blodkomponenter. De har blodbank med blant annet 3500 enheter frosne erytrocyttkonsentrater og 500 platekonsentrater.

Seks måneder hvert 2. år seiler USNS Mercy til forskjellige steder i Stillehavet og utfører elektiv kirurgi som for eksempel kne og hofteproteser, hernier, ganespalter, arrplastikker eller katarakt operasjoner. På denne måten holder de skipet operativt. Skipet bemannes i hovedsak med personell fra Navy Medical Center San Diego. I de periodene skipet seiler reduseres derfor aktiviteten på sykehuset i San Diego.

Orlogskaptein, Anestesilege

Ivar Austlid

iaust@live.com

Saniteten i Sjøforsvaret



Kommandør Overlege PhD

Vilhelm Koefoed

v@koefoed.no

Norsk senter for maritim- og
dykkemedisin



 NORSK SENTER FOR MARITIM- OG DYKKEMEDISIN	Fra Senteret I denne spalten får vi de siste tanker og nyheter fra Norsk senter for maritime- og dykkermedisin
--	--

Når stormen heter Corona

På Norsk senter for maritim- og dykkemedisin har det også handlet mye om Corona denne våren. På noen områder har pandemien lagt en begrensning på virksomheten, samtidig som det også har medført nye oppgaver og arbeid for senteret.

I februar holdt senteret sjømannlegekurs i Singapore og Sydney, og dette ble vårt første møte med Corona. Situasjonen var noe uklar, men vi valgte å gjennomføre kursene, noe som ble gjort på en god måte. Når medarbeiderne som holdt kurset kom hjem måtte flere i karantene. Ikke lenge etter førte nedstengningen i midten av mars at senterets

medarbeidere gikk over til hjemmekontor som for resten av Norge. For mange var dette en overgang, men erfaringen hos oss som for mange andre er at dette har fungert godt. Det som var litt utfordrende i starten var at noen fikk mindre å gjøre, mens andre opplevde en økt arbeidsbelastning på grunn av Covid-19.

For kursvirksomheten på senteret har Covid-19 hatt store konsekvenser. Etter utenlandskursene stengte vi kursvirksomheten. For leger som har hatt godkjenninger som utløper har disse blitt forlenget. For de som trenger grunnkurs kan forhåpentligvis det tapte tas igjen. Vi har planlagt repetisjonskurs for sjømannsleger i midten av september. I tillegg blir grunnkurs for sjømannsleger, grunnkurs for petroleumssleger og grunnkurs i maritim medisin avholdt i løpet av høsten. Alt forutsetter selvfølgelig at kursene kan gjennomføres i forhold til gjeldene smitteregler.



MANAGEMENT OF SUSPECTED COVID-19 ON BOARD

This webpage is for officers who are responsible for medical treatment on board ships and mobile offshore units. Its aim is to help them assess, treat and follow up persons who might have Coronavirus disease (COVID-19). Advice about treatment relates to standard medicines and equipment which should be available on board according to international regulations.

The content is provided by the Norwegian Centre for Maritime and Diving Medicine.

[HELP TO ASSESSMENT >](#)

ABOUT COVID-19

I Radio Medico har det vært travelt. En del av skipene som til vanlig benytter tjenesten har ligget til kai, for eksempel gjelder dette de store passasjerskipene som til vanlig utgjør en god del av virksomheten. Til tross for dette, har Radio Medico hatt topper med dobbelt så mange henvendelser som vanlig og rundt 50% økning i antall pasienter under utbruddet. Det har ikke vært mange tilfeller hvor en har mistenkt Covid-19, men vi ser at terskelen for å kontakte lege i land er lavere enn vanlig. I tillegg har en del pasienter som krever mer, fordi det har vært vanskeligere å få pasienter i land for behandling. Flere har derfor blitt behandlet ombord, noe som også har ført til en økt arbeidsbelastning for vaktlegene. I tillegg har det vært en jevn pågang fra skip og rederier med spørsmål om rutiner og om det er ekstra utstyr en bør ha ombord.

For å avhjelpe dette har senteret også vært involvert i en rekke prosesser for å utvikle råd i forhold til å håndtere Covid-situasjonen ombord på skip og arbeidet for å bidra til å spre informasjon. Ganske tidlig ble det i samarbeid med Gard utviklet en Covid-19 app som skulle hjelpe de ombord å vurdere om det var behov for å kontakte lege ved mildere symptomer, og også hvordan en skulle håndtere mistanke om smitte og generell hygiene ombord.

Rådgivningsfunksjonen vår har også vært viktig under pandemien. Det var travlest i starten når tiltakene i Norge ble innført. Vi gjennomførte møter med blant annet FHI og Sjøfartsdirektoratet om hvilke råd som skulle gis. I starten av pandemien, mens mye fortsatt var ukjent og smitterådene endret seg ofte var det også en utfordring å holde informasjonen oppdatert. Det var også flere offentlige institusjoner og private som utga egne informasjonsskriv med hygiene og smitteråd fra senteret og Radio Medico. Etter hvert fikk en opprettet egne informasjonssider, og både Sjøfartsdirektoratet, Petroleumstilsynet og Kystverket har opprettet egne informasjonssider om Covid-19. Vi har også opprettet vår egen – covid19atsea.no, og da ble det lettere å oppdatere informasjonen ved at en kunne linke videre.

Vi forsøker også å gjøre det vi lager av informasjon så tilgjengelig som mulig utenfor Norge. Informasjon fra oss har derfor også blitt inkludert i informasjon fra International Chamber of shipping og Gard. Det vi har opplevd den siste tiden er at alle etter hvert har smittevernsrutinen sine på plass, og vi har i økende grad fått spørsmål om testing. Dette er også nylig publisert på vår Covid19atsea side. God sommer fra NSMDM!

Leder Radio Medico MSc
Agnar Tveten

agnar.tveten@helse-bergen.no

Norsk senter for maritim- og
dykkemedisin



Leiar PhD
Jon Magnus Haga

jon.magnus.haga@helse-bergen.no

Norsk senter for maritim- og
dykkemedisin



	Fra SANSJØ I denne spalten får du regelmessig oversikt over status i Saniteten i Sjøforsvaret.
---	--

Saniteten i Sjøforsvaret i pandemitid

Sjøforsvaret ble, som resten av samfunnet, truffet av Covid-19 pandemi våren 2020. I denne perioden, spesielt i tidlig fase, kom saniteten i en sentral rolle for driften av etaten, og rådene og tiltakene som ble foreslått fra SANSJØ fikk mer eller mindre direkte innvirkning på Sjøforsvarets operative evne. Det var derfor av stor betydning, som det for øvrig egentlig alltid er, at disse rådene var velbegrunnet og faglig kvalifiserte, da man stadig ble utfordret i forhold til de føringer og anbefalinger som ble gitt fra sentrale helsemyndigheter. I skrivende stund, etter å ha vært gjennom første følge av pandemien, har dette egentlig gått bra. Man har unngått store smitteutbrudd i Sjøforsvaret, operativ evne er bevart og man har etablert gode rutiner for smittevern osv. I denne teksten vil jeg prøve å belyse noen av suksesskriteriene, samt betydningen av dette fagmiljøet integrert i Sjøforsvaret.

Vi hører om et virus i Kina

Mens 2019 går mot slutten begynner vi å høre om at noe er på gang langt borte. Er dette relevant for oss? Det er på ingen måte første gang noe rører seg på de kanter. Saniteten i Sjøforsvaret er en avdeling av helsepersonell, gjennomsnittsalderen er lav, folk er nysgjerrige og lærevillige, men man er på ingen måte utlært i faget. I avdelingen fulgte vi situasjonen, status/utvikling ble fulgt og briefet om på CUB (Commanders Update Brief), alle ble anmodet om å holde seg oppdatert på situasjonen og utviklingen. Etter hvert starter vi med forberedende tiltak som å bestille ekstra smittevernutstyr, få oversikt over testkapasitet og prosedyrer i kommunene våre, og igjen skaffe mest mulig kunnskap og erfaring fra andre land, der viruset allerede var etablert. På dette tidspunktet følte vi at vi var «foran kurven» slik at når de første tilfellene kom til landet hadde vi en

forholdsvis klar formening om hvilke tiltak vi skulle foreslå.

Det smeller

De første tilfellene dukker opp, og det ble ganske tydelig at for sjøforsvaret nytter det ikke å følge føringer fra FHI direkte. FHI sin intensjon er hele tiden å begrense smittespredning i samfunnet, såkalt «flatten the curve» og etter hvert slå ned smitten da man etter noe tid så effekten av tiltakene som ble iverksatt og usikkerheten ved og kostnaden knyttet til flokkimmunitet. Tiltakene og rådene ble selvsagt preget av dette. For Sjøforsvaret sin del var intensjonen å bevare operativ evne på tross av en pandemi. Narrativet var og er at sikkerhetspolitikken ikke tar pause på grunn av et folkehelseproblem. Således kunne man bli nødt til å ta noe økt smitterisiko på enkelte områder, mens man måtte iverksette ytterligere barrierer på andre områder, hele tiden med fokus på å forhindre smitte ombord. Som eksempel kan nevnes at det ikke lar seg gjøre å opprettholde avstandsregler, sosial distansering og anbefalte gruppestørrelser ombord på fartøy, og at man dermed måtte iverksette andre og strengere tiltak i forkant av embarkering. Dette fordrer betydelig kunnskap om virksomhet og ikke minst impact i rederiet.

Det andre var ved mistenkte smittetilfeller ombord. Det var ikke gjennomførbart med hjemsendelse da disse situasjonene oppstod ombord, av grunner knyttet til blant annet restriksjoner knyttet til offentlig transport og geografi. Løsningen var hele tiden tett kontakt og tilgjengelighet til de operative avdelingene. For å ivareta dette ble en døgnbemannet «corona-hotline» opprettet, parallelt med at Sjef Sjøforsvarets ordre for håndtering av Covid-19 ble utgitt og bearbeidet. Brede overordnede føringer ble gitt, som gav rom for gode operative løsninger på hver enkelt plattform. Ettersom situasjonen var svært dynamisk var det viktig å gi fagpersoner handlingsrom slik at ikke ordren/føringene ble utdatert fra dag til dag. Skrekkeeksempler fra utlandet, med marinefartøy med multiple antall smittede dukket stadig opp i media. Dette bidro nok også til en konsekvenstenkning hos operativt personell da man fikk eksempler på hvor galt det kunne gå, og gjorde nok at denne gruppen var mottagelige for råd og føringer. Det er videre ikke alle oppdrag i Sjøforsvaret som har like høy operativ betydning og det ble således nødvendig å gjøre noen prioriteringer her i forhold til klassisk risikotenkning om sannsynlighet og konsekvens. For eksempel vil et smitteutbrudd på et fartøy i en stående NATO styrke vurderes å ha høyere operativ betydning enn et mindre fartøy som seiler kystnært, nettopp fordi

konsekvensen av et smitteutbrudd vil være mer dramatisk. Det samme kan egentlig sies om Sjøforsvarets eneste skip (!), nemlig Kongeskipet Norge. Selv om et smitteutbrudd her ikke kan sies å ha en operativ konsekvens, så vil risikoen for å smitte Majestetten være uakseptabel ved utbrudd. Det ble derfor innført skjerming. Personell som skulle på slike spesielle oppdrag ble pålagt to ukers skjerming/hjemmekarantene før embarkering som et smittereduserende tiltak.

Utfordringer

Som ved all forebyggende medisin er fraværet av harde endepunkter en utfordring. Til nå har smittevernarbeidet i Sjøforsvaret vært en gedigen suksess. Få personer har blitt smittet, fartøy har opprettholdt seilingsaktivitet, vi har sågar gjennomført rekruttskole med 900 rekrutter på Madla. Dette har gått bra på grunn av gode smittevernplaner, relativt høy etterlevelse av regler og en brukbar porsjon flaks. Belønningen er at «ingenting skjer» ... Det er da en naturlig oppfølger at «da behøver vi jo ikke å være så strenge, og kan gå tilbake til normalen». Heldigvis får vi drahjelp av mediene og nasjonale helsemyndigheter i å formidle at dette nok ikke er over, og at det går bra fordi vi har gjort og gjør strenge tiltak. Det er imidlertid et betydelig arbeid å nå frem med dette budskapet i noen miljøer, og det er kanskje naturlig med bakgrunn i ulike utgangspunkt. Et annet moment som må være kjent er begrepet «min mayday». I en stor organisasjon som Forsvaret, som består av mennesker, er det å forvente at dette også dukker opp. Noen vil tre frem i rampelyset med et ønske å bli se og hørt, selv om det kanskje ikke ligger 100 % til deres jobbeskrivelse, med en samtidig forventning om å bli hørt. I tillegg finnes det også noen tilhørende beskrivelsen: «Cornerfarters» Disse vil gjerne gjøre et poeng av å peke på småfeil som blir gjort, ikke minst for å sette andre i dårlig lys.

Dette kan godt beskrives som «den indre fienden». Heldigvis var dette unntaket heller enn regelen i Sjøforsvaret.

En siste utfordring handler om utholdenhet. Ettersom den store krisen ikke treffer, få bli syke, ingen dør, så blir folk lei og gjerne litt sløve. Det gjelder også helsepersonellet. Det blir en slags «phoney war». Stadige påminnelser om viktigheten av smittevern og tiltak ble en del av hverdagen, etterlevelse av regler falt og det kom flere «uønskede episoder». Folk ønsker hverdagen tilbake, man ønsker å gå på byen og på fest, saniteten ble de strenge og upopulære som sa nei.

Suksesskriterier

Potensialet for forholdsvis alvorlige hendelser, både med helsesvikt hos enkeltpersoner, men også med betydelig tap av operativ evne, har definitivt vært stort under pandemien. En god venn og kollega fra den operative siden uttalte

«Dette er den mest utfordrende situasjonen jeg har opplevd, og det inkluderer skarpe oppdrag og fiendtlig ild i Afghanistan».

Forutsetningene for suksessen er mange, og det er vanskelig å rangere dem. Det viktigste for meg har vært å ha dyktige fagfolk i organisasjonen, som evner å arbeide intensjonsbasert, som evner å forstå intensjonen, med god kompetanse om virksomheten OG dybdekunnskap om faget, samt som evner å være fleksible og sette seg inn i nye fagområder og arbeidsoppgaver.

En annen viktig faktor for å lykkes handler om relasjoner. Saniteten i Sjøforsvaret er godt integrert på alle nivåer i Sjøforsvaret, det er gode relasjoner mellom sanitetspersonell og operative sjefer. Dette har vist seg viktig gjennom flere kriser. Vi i saniteten blir utfordret av operative sjefer, men dette gjør oss bedre. Det har vært dialog, og ikke «jeg vil, du skal». Saniteten er representert i ledergruppen til Sjøforsvaret. Dette bygger relasjon og nettverk på øverste nivå og gjør at vi kan tillate oss meningsbrytninger og diskusjoner så lenge man er omforent om intensjon. Veien til beslutning er kort, og det gjør at implementering av tiltak også skjer raskt. Dette har vært helt nødvendig for å oppnå ønsket effekt i den krevende og dynamiske situasjonen vi har vært og er i.

Kommandør Lege
Ole Budal
olebudal@gmail.com
Sjef Saniteten i Sjøforsvaret



Faglitteratur

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

Centrum för maritim hälsa

Centrum för Maritim Hälsa (CMH) er et nettbasert nettverk for personer som arbeider med maritime medisin. CMH ble startet av Arbets- och miljömedicin (AMM) ved Sahlgrenska universitetssjukhuset og Göteborgs universitet.

På [nettsiden](#) finner du mer informasjon om forskning ved senteret og en rekke tilgjengelige publikasjoner.

CENTRUM FÖR MARITIM HÄLSA

Kreftforekomst hos nordiske sjøfolk

Petersen, KU. Et al. 2020. Cancer incidence among seafarers and fishermen in the Nordic countries. Scand J Work Environ Health. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3879>

Objectives. Maritime workers may be exposed to several occupational hazards at sea. The aim of this study was to assess cancer incidence among seafarers and fishermen in the Nordic countries and identify patterns in morbidity in the context of existing studies in this field. **Methods.** A cohort of 81 740 male seafarers and 66 926 male fishermen was established from census data on 15 million citizens in the five Nordic countries. Using personal identity codes, information on vital status and cancer was linked to members of the cohort from the national population and cancer registries for the follow-up period 1961-2005. Standardized incidence ratios (SIR) were calculated applying national cancer incidence rates for each country and pooling results. **Results.** The overall incidence of cancer was increased among the male seafarers [SIR 1.22, 95% confidence interval (CI) 1.19-1.23]. Significant excesses were observed for multiple cancer sites among the seafarers, while results for the fishermen were mixed. Lip cancer incidence was increased among both maritime populations. For mesothelioma (SIR 2.17, 95% CI 1.83-2.56 seafarers) and non-melanoma skin cancer (SIR 1.23, 95% CI 1.14-

1.32 seafarers), incidence was increased among the seafarers. **Conclusion.** In our cohort, seafaring was associated with a higher overall incidence of cancer compared to the general population. While the majority of cancers could not be linked to specific occupational factors, increases in mesothelioma, lip and non-melanoma-skin cancer indicate previous exposure to asbestos, ultraviolet radiation and potentially also chemicals with dermal carcinogenic properties at sea.

Hva visste vi om asbest?

Franke, K. Et al. 2011. Government and Navy knowledge regarding health hazards of asbestos: A state of the science evaluation (1900 to 1970). *Inhalation Toxicology*, 23, Sup 3; 1-20. DOI: 10.3109/08958378.2011.643417

Abstract. We evaluated dozens of published and unpublished documents describing the knowledge and awareness of both the scientific community and governmental entities, particularly the US Navy, regarding the health hazards associated with asbestos over time. We divided our analysis into specific blocks of time: 1900–1929, 1930–1959, and 1960–1970. By 1930, it was clear that high occupational exposure to asbestos caused a unique disease (asbestosis). Between about 1938 and 1965, a considerable amount of exposure and epidemiology data were collected by various scientific and government organizations. Between 1960 and 1970, mesothelioma was clearly linked to exposure to amphibole asbestos. Nonetheless, the Navy continued to require the use of asbestos-containing materials on ships, but also recommended that proper precautions be taken when handling asbestos. We concluded that the Navy was arguably one of the most knowledgeable organizations in the world regarding the health hazards of asbestos, and that it attempted to implement procedures that would minimize the opportunity for adverse effects on both servicemen and civilians. Finally, it is apparent from our research that through at least 1970, neither the military nor the private sector believed that the myriad of asbestos-containing products considered “encapsulated” (e.g. gaskets, brakes, Bakelite) posed a health hazard to those working with them.

Dodge, DG. Et al. 2016. Historical state of knowledge of the health risks of asbestos posed to seamen on merchant ships, *Inhalation Toxicology*. 28,14; 637-657. DOI: [10.1080/08958378.2016.1244228](https://doi.org/10.1080/08958378.2016.1244228)

Abstract. We examined the development of knowledge concerning the risks posed by asbestos to seamen working aboard merchant ships at sea (i.e. commercial, rather than naval vessels). Seamen were

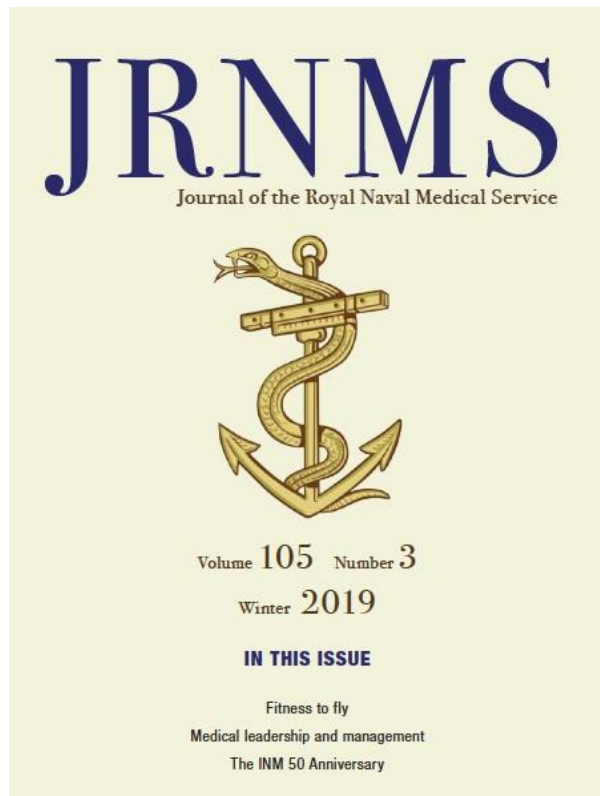
potentially exposed to “in-place” asbestos on merchant ships by performing intermittent repair and maintenance tasks. We reviewed studies measuring airborne asbestos onboard merchant ships and health outcomes of merchant seamen, as well as studies, communications, and actions of U.S. organizations with roles in maritime health and safety. Up to the 1970s, most knowledge of the health risks of asbestos was derived from studies of workers in asbestos product manufacturing and asbestos mining and milling industries, and certain end-users of asbestos products (particularly insulators). We found that attention to the potential health risks of asbestos to merchant seamen began in the mid- to late 1970s and early 1980s. Findings of pleural abnormalities in U.S. seamen elicited some concern from governmental and industry/labor organizations, but airborne asbestos concentrations aboard merchant ships were found to be <1 f/cc for most short-term repair and maintenance tasks. Responses to this evolving information served to warn seamen and the merchant shipping industry and led to increased precautions regarding asbestos exposure. Starting in the 1990s, findings of modest increases in lung cancer and/or mesothelioma in some epidemiology studies of seamen led some authors to propose that a causal link between shipboard exposures and asbestos-related diseases existed. Limitations in these studies, however, together with mostly unremarkable measures of airborne asbestos on merchant ships, preclude definitive conclusions in this regard.

Journal of the Royal Naval Medical Service 1915-2019

Journal of the Royal Naval Medical Service kom første gang ut i 1915 og har siden det kommet med tre numre i året. I november 2019 besluttet styret at tidsskriftet skulle gå inn etter 105 år.

Journal of the Royal Naval Medical Service har vært en god følgesvenn gjennom mange år med mange interessante artikler. Det har vært mange faglige artikler som har konsentrert seg om utfordringer spesifikke for naval medisin. Mange artikler som gir navalmedisinske erfaringer fra operasjoner. Sist, men ikke minst, har tidsskriftet alltid ivaretatt navalmedisinsens historie og vært en viktig inspirasjonskilde.

På nettsiden ligger alle årgangene tilgjengelige med innholdsfortegnelser. Fra 2008 ligger også artiklene tilgjengelig i full tekst. Se <https://jrnms.com/>



Det er trist at vi har mistet nok et navalmedisinsk tidsskrift.

Kontreadmiral Lege
Jan Sommerfelt-Pettersen
jan@sommerfelt-pettersen.no
President
Norsk Forening for Maritim Medisin



Historiske glimt

Lege på cruiseskip i 1971

Cruiseferien har de siste 50 år hatt en eventyrlig utvikling, og cruisemedisin likeså. I 2020 forventet man 30 millioner cruisepassasjerer på verdensbasis, men slik blir det ikke. Coronapandemien har sørget for at det fra mars 2020 ikke lenger transporteres cruise-passasjerer overhodet, og de få cruise-skipene som fortsatt er i virksomhet, fungerer som oppbevaring for titusenvis av sjøfolk som nektes landlov og repatriering - ikke av rederiene, men av helsemyndighetene i anløpshavner og hjemland.

Det er vanskelig å forestille seg hvordan internasjonal cruiseferie skal kunne starte igjen når det fortsatt er fare for en infeksjonssykdom som smitter fra person til person, med opptil 14 dagers inkubasjonstid og dermed minst like lang karantenetid for mulig smittede.

Likevel er det allerede nå, i midten av juni 2020, på tross av fortsatt stigende antall covid-19 smittede på verdensbasis, flere (modige eller dumdristige?) cruiserederier som annonserer re-start – i første omgang med nasjonal cruiseferie, for eksempel langs Kina- og norske-kysten.

Uansett vil cruisemedisin neppe bli som før i uoverskuelig framtid, om enn noensinne. Det kan derfor være av interesse å se litt tilbake, på hvordan cruisemedisin engang var slik en nybakt skipslege oppfattet forholdene etter noe måneders tjeneste i 1971 som skipslege på MS Song of Norway. Skipet var Royal Caribbean Cruise Lines første - og den gang eneste - cruiseskip og gikk på en-uke-cruise til karibiske øyer fra Miami. Like etter at jeg mønstret på kom nybygg nr. 2, søsterskipet MS Nordic Prince, som skulle gå på to-ukers cruise fra Miami. Det var én skipslege og to sykepleiere på hvert av de to skipene. Etter tre måneder som skipslege på Song of Norway, ble jeg "forfremmet" til tjeneste der.

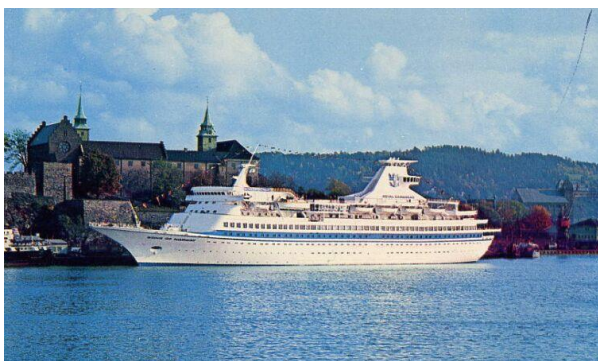


Figure 13 M/S Song of Norway i 1970 ved Akershus festning, Oslo, på vei fra verftet i Finland til Miami. Foto: RCCL.

Noen uker senere fikk jeg brev fra en kollega som hadde vært 1ste reservelege ved kirurgisk avdeling under min sykehusturnus året før. Etter et vikariat ved en patologisk avdeling i hovedstaden ville han nå til sjøs og søkte informasjon om skipslegevirksomheten.

Selv hadde jeg - nærmest ved en tilfeldighet og på svært kort varsel - mønstret på umiddelbart etter distriktsturnus og visste den gang (som de aller fleste norske leger) så godt som ingenting om cruisemedisin. Den eneste beskjeden de første sykepleierne hadde fått før de reiste ut, var: "Ta med en lang mørk kjole og bikini og reis". Noen skipslege-instruks hadde jeg heller ikke sett eller fått før jeg dro, og ikke var det arrangert overlapp, så jeg bisto gjerne med det jeg mente var nødvendige opplysninger. Her er en uendret versjon av brevet, fra en kopi jeg fant under opprydding i gamle papirer forleden dag:

*"Ombord i MS Nordic Prince, Nassau,
07/11/1971*

Kjære kollega!

Mange takk for brev, mottatt i går. Det er hyggelig å høre at det er kjentfolk som har tenkt seg herover. Så vidt jeg forstår har du lagt kirurgien på hyllen for en stund og driver nå mest med kadavre i hovedstaden. Dette er noe annerledes, men ikke alltid så mye. Aldersgruppen på Nordic Prince nå – off-season – er et sted mellom 65 og døden; - ungdommelig sjarm er et helt ukjent begrep. Tidligere på høsten var det yngre passasjerer, i alle fall på Song of Norway hvor jeg var mine første 3 måneder.

Medisinsk sett er jobben som skipslege kjedelig og trettende, særlig fordi kunden i følge kompaniets retningslinjer nesten alltid har rett. De har fri klagerett siste dag på cruiset, og klagenes deres blir i forbausende

grad tatt til følge. Passasjerene kommer til legen med de rareste ting, forlanger sin egen spesielle behandling, og tålmodigheten settes ofte på en hard prøve. De fleste problemene kan mine to erfarne sykepleiere takle mye bedre enn en nybakt lege. Alle interessante tilfeller skal ikke klusses med av legen, da det er atskillige som lever av å anlegge rettsak for å oppnå kompromiss i form av hard valuta. Altså: alle utfordringer sendes på land fortest råd er. Kirurgisk virksomhet kommer ikke på tale, i høyden blir det en gips eller to en gang i mellom.

Ved gjennomgåelse av engangsutstyret under tørrdokk-perioden i Jacksonville nylig oppdaget jeg at det ikke engang er kompresser ombord i skipshospitalet. Det har enda ikke latt seg gjøre å skaffe noen heller. (Fins ikke i USA, hevder det duste-firmaet som vi får medisinerne fra). Skipshospitalene er bra og velutstyrte for øvrig. Det er best på Song of Norway, der alle terapirommene (kontor, røntgen, lab, operasjonsstue) ligger i flukt, og selve hospitalet er oppe på Promenade-dekket, ikke langt fra offisersmessen og legens lugar.

Vi har vanligvis 1 time kontortid om morgenen og 1-1,5 time om ettermiddagen. I tillegg kommer skadene og øyeblikkelig hjelp.. Du kommer på ingen måte til å arbeide deg i hjel ombord, - det er sikkert. Men som sagt: Tålmodigheten settes på en hard prøve mange ganger. Fordelen med Nordic Prince er de 9 havnene, mot Song of Norway's 4; ulempen er at det går 14 dager mellom hver gang passasjerene skiftes. Man er gjerne grundig lei av dem mot slutten av 14-dagers cruisene. Særlig fordi man har bord i passasjerenes spisesal ("Doctor's Table") og forventes å representere i timevis de fleste aftener.

Forholdene offiserene imellom er hyggelige. Jeg likte meg i grunnen best på Song of Norway og ble temmelig fortrønet da man fra land ganske enkelt dyttet meg over hit (til Nordic Prince) på få dagers varsel fordi forgjengeren min ikke var helt på bølgelengde med kapteinen. Han fikk først beskjed om at han skulle hjem da jeg kom ombord for å overta.

Mitt råd er: Ikke bind deg for mer enn 3 måneder! Liker du deg, kan kontrakten alltid forlenges. Dette er stedet du glemmer

medisinen, - og særlig kirurgien, - men det er ganske bra muligheter til å ha det gøy på andre vis. Selv har jeg tenkt meg hjemover uti mars en gang, dersom jeg ikke får sparken før.

Når kommer du?

Lykke til og velkommen!"

Kirurgen nøyde seg med én kort kontrakt, mens jeg selv ble stadig mer fascinert av sjølivet og cruisemedisin. Etter mine første ni måneders til sjøs startet jeg på en kirurgisk løpebane. Men allerede ett år senere var jeg igjen til sjøs og deretter var jeg (ved siden av sykehuspraksis som kirurg) skipslege noen uker til måneder hvert år fram til 2017.

Professor Emeritus

Eilif Dahl

eilifdahl@gmail.com

Norsk senter for maritim og dykkemedisin



Til eftertanke

I denne spalten trekker vi frem treffende sitater.

Hva er egentlig politikk?

"Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen."

Rudolf Virchow (1821-1902)
Tysk lege og politiker.

Formalia

Denne spalten gir deg fakta.

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

ISSN 1893-0484

Sjefsredaktør: Kontreadmiral (p), lege Jan Sommerfelt-Pettersen. jan@sommerfelt-pettersen.no

Redaktør fra Saniteten i Sjøforsvaret Kommandør Lege Ole Harald Budal. olebudal@gmail.com

Redaktører fra [Dansk Selskab for Maritim Medicin](#): Henrik L Hansen hlhansen@dadlnet.dk

Styret

Kontreadmiral (p) Læge Jan Sommerfelt-Pettersen, Norsk senter for maritime- og dykkemedisin, Yrkesmedisinsk Avdeling, Haukeland Universitetssykehus. President. jan@sommerfelt-pettersen.no

Avdelingsdirektør Lege Spesialist i arbeidsmedisin Eigil Gulliksen. Kasserer. Styremedlem. egulliks@gmail.com

HSEQ leder Sykepleier Marta Hauge. Styremedlem.

Professor emeritus Lege Spesialist i barnekirurgi Eilif Dahl. Norsk senter for maritim- og dykkemedisin, Yrkesmedisinsk Avdeling, Haukeland Universitetssykehus. Styremedlem.

Overlege Spesialist i arbeidsmedisin Hege Imsen, Norsk Senter for maritim- og dykkemedisin, Yrkesmedisinsk Avdeling, Haukeland Universitetssykehus. Styremedlem.

Kommandørkaptein Overlege Spesialist i arbeidsmedisin Eirik Veum Wilhelmsen, Saniteten i Sjøforsvarets og Norsk senter for maritim- og dykkemedisin, Yrkesmedisinsk Avdeling, Haukeland Universitetssykehus. Varamedlem.

Lege Kommandørkaptein (r) Joachim Benske. Fastlege og sjømannslege, Fredrikstad. Varamedlem.

Nettsted

På nettstedet - www.nfmm.no - kan alle medlemmer oppdatere sine personalia og kontaktopplysninger.

Alternativt kan du sende en epost til presidenten. 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 til presidenten på epost.

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.nfmm.no>

	Presidentens bakside
	I denne spalten vil presidenten dele sine baksidetanker med leserne.

Behovet for å arbeide for og å fremme interessen for faget maritim medisin har ikke blitt noe mindre i det siste. Pandemien har understreket hva som er viktig og hvem som er så viktig.

Sjøfarten og sjøfolkene er helt sentrale for vår beredskap og forsyning, og ikke bare vår, men de fleste land og mennesker er avhengig av en velfungerende maritim næring.

Det er noe under to millioner sjøfolk i verden. Rundt 90 % av all internasjonal transport foregår med skip. Alle i hele verden er avhengig av den maritim næring, Helsepersonell har fått sin takk og det er både naturlig og riktig. Mange andre grupper har fått sin velfortjente takk, ikke minst renholdere og andre «usynlige» grupper.

Sjøfolkene har fortsatt ikke fått den takk de fortjener og deres rolle i å sikre vår hverdag, vår beredskap og vårt velvære, er sentralt.

Navigare

Navigare er Sjøfartsdirektoratets kvartalstidsskrift som har kommet ut siden 1994. Forgjengeren var Meddelelser fra Sjøfartsdirektoratet og kom første gang ut i 1913. Jeg har selv hatt stor glede av denne under mine skrivelser om maritim medisinsk historie, spesielt fra krigen. Fra i år går Navigare inn som tidsskrift. Det er trist, og vi kommer til å savne denne viktige informasjonskanalen. Navigare burde fått en

lengere liv og gjerne som en helelektronisk publikasjon tilpasset mobil, lesebrett og pc.

Jubileum

Som de fleste fikk med seg rundet foreningen 50 år den 9. mars i fjor. Det ble behørig feiret på dagen. Et halvt år før dagen begynte jeg å skrive boken «Maritim medisinsk historie sett fra Norge». Jeg regnet med at det skulle være god tid. Når jeg gravde meg ned i stoffet fant jeg vesentlig mer enn jeg hadde forventet og arbeidet tok mye lenger tid. Boken er nå i trykken og det som skulle bli en bok på 250 sider ble til slutt en mursten på 440 sider. I slutten av august er boken klar og sivil maritim medisin har fått sin historie beskrevet for første gang.

Mer informasjon kommer i egne forsendelse.

Årets fagseminar

Fra 16. til 17. oktober planlegger vi årets fagseminar for de som er skikkelig interessert i maritim medisin. Årets seminar går av stabelen på Hotell Opera i Oslo og er det 23. i rekken siden foreningen overtok arrangementet etter oppfordring fra Sjøfartsdirektoratet.

Vi holder på å legge siste hånd på programmet. Det er fortsatt mulig å påvirke hvis du sender en epost til presidenten med en gang. Jeg hører gjerne fra deg.

DoCumentum Navale

Du leser nå utgave nummer 64 av vårt tidsskrift. Det er vårt tidsskrift. Det betyr at det er ditt og mitt. Send innlegg til neste nummer til redaktøren, intet er for lite og - hittil - har intet vært for stort.

Jeg ser frem til å høre fra deg.

Kontreadmiral, Spesialist i
samfunnsmedisin
Jan Sommerfelt-Pettersen
jan@sommerfelt-pettersen.no
President

