



DoCumentum Navale

Tidsskrift for maritim medisin

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

Nr. 69 - Vol 27 Nr. 2, 2022

Maritim medisin – tanker ved et veiskille

Maritim medisin er et konglomerat av et fag. Det omhandler hele helsevesenet applisert på havet, med biter av de fleste spesialiteter. Men der helsevesenet ellers organiseres nasjonalt, med et visst samarbeid over landegrensene, må maritim medisin tenke virkelig internasjonalt. Helsetjenester for sjøfolk må kunne operere over landegrensene. Derfor er arbeidet til FN-organene IMO, ILO og WHO så overmåte viktig. Derfor blir også arbeidet i internasjonale NGO'er så viktig. I maritim medisin har vi siden 1997 hatt en forening for leger som arbeidet i feltet, IMHA, men vi har manglet en internasjonal organisasjon som jobbet vitenskapelig for utviklingen av faget. Det fikk vi først da International Maritime Health Foundation (IMHF) så dagens lys den 22. juni 2018. Vi har imidlertid hatt en rekke institutter og nasjonale organisasjoner som har jobbet i feltet, men manglet det internasjonale overbygget.

Når jeg den 1. januar 2023 overlater presidentvervet i IMHF til min etterfølger, er det et tidspunkt for ettertanke – og noen tanker for framtida.

Det er fortsatt slik at arbeidet på sjøen er blant de farligste arbeidsplassene vi har, og det er liten utsikt til at det vil forandres noe særlig så langt vi kan se framover. Avstanden til land vil fortsatt være stor dersom noen blir syk eller skadet, ensomheten i minimumsmannskap over uker og måneder vil neppe bli endret, selv om kommunikasjonen med de hjemme forhåpentligvis kan bedres ved teknologiske framskritt. Risiko knyttet til å arbeide på skip uansett værforhold vil være den samme. Fysisk og psykososialt arbeidsmiljø vil neppe endres i særlig grad. Barrierer som følge av ulikt språk og ulik kulturbakgrunn vil fortsatt måtte overvinnes.

Maritim seleksjonsmedisin

Alle har rett til arbeid ifølge FNs menneskerettighetskonvensjon. Det betyr at det ikke må lages regler som

setter noen utenfor arbeidslivet uten en saklig grunn. Det er ikke godt nok at et vedtak om å nekte noen helseerklæring er tilstrekkelig for å oppnå formålet med seleksjonen, nemlig sikre helsemessig skikkethet og ivareta sikkerheten om bord. Et slikt vedtak må også være nødvendig for å sikre formålet hvis vi skal unngå diskriminering. Vi har grenseverdier for seleksjon av sjøfolk, men vi klarer ikke å bevise at de er nødvendige, det vil si av «avgjørende betydning for utøvelsen av yrket», slik likestillingsloven formulerer det. Erfaringene tilsier kanskje at gjeldende internasjonale regelverk trolig er tilstrekkelig, men vi vet ikke om det er for strengt. Vi har en lang vei å gå, og tilnærmingen bør være i størst mulig grad være evidensbasert. I dag har vi konsensus mellom partene i arbeidslivet, men det er svært vanskelig, ofte umulig, å begrunne grenseverdiene som er satt ut fra en kunnskapsbasert tilnærming. Forskning som publiseres er helt tvingende nødvendig. Vi trenger å forske på treffsikkerheten i medisinsk seleksjon. I hvor stor grad viser det seg at grunnene til å nekte noen helseerklæring virkelig slår til i den aktuelle attestperioden? I hvor stor grad klarer det med helseerklæring faktisk å arbeide om bord i attestperioden uten å utgjøre en fare for sikkerheten?

Maritim telemedisin

Telemedical Maritime Assistance Services, som definert av IMO og ILO, fungerer stort sett som før. Teknologiske framskritt er i liten grad tatt i bruk. Kommunikasjon foregår via epost og telefon, mens videokommunikasjon er ikke særlig utbredt i bruk. Sanntids-monitorering av vitale parametre forekommer nesten ikke. Publiserte data fra telemedisinsk behandling handler stort sett om summering av absolutte tall. Lovgivning om beskyttelse av personinformasjon, setter grenser for hvordan helseopplysninger kan utveksles, spesielt over landegrensene. Dette skaper store utfordringer i skipsfarten som opererer til de grader uavhengig av slike grenser. Her må et betydelig større internasjonalt arbeid til for å utvikle tjenestene. I min tid som president i IMHA tok jeg initiativ til opprettelsen av IMHA Telemedisin, i håp om at det kunne bli et instrument for å oppnå dette, men oppnådde lite. Jeg har håp om at IMHF som en internasjonal stiftelse med et rent faglig formål vil klare det bedre enn en

forening som styres av medlemmenes interesser. IMHF arrangerte i 2022 en workshop i maritim telemedisin for å sette søkelys på disse spørsmålene, men det er et stort arbeid å ta fatt på.

Helserisiko for sjøfolk

Fortsatt er det økt forekomst av sykdom og skader blant sjøfolk, og det endelige resultatet når noen blir syk eller skadet og behøver medisinsk behandling, er mange ganger dårligere enn det ville ha vært dersom det samme hadde skjedd på land. Men hvor stort er egentlig problemet? Forskning mangler. I Norge har Stortinget nettopp sagt nei til å opprette et nasjonalt helseregister for sjøfolk, med den begrunnelse at slike register skal være diagnosebasert, selv om vi allerede har Forsvarets helseregister hvor fellesnevneren ikke er diagnose, men ansettelse i Forsvaret. Det er selvsagt store utfordringer knyttet til å registrere helsetilstand hos sjøfolk, fordi norsk-eide skip flagges i andre land, norsk-flaggede skip er eid av utenlandske redere, arbeidstakere om bord kommer fra mange land, arbeider i begrensede perioder om bord, og selv om de arbeider i mange år til sjøs, har de kanskje arbeidet på mange ulike skip, for mange ulike rederier, og under mange lands flagg. Men det ville være et mye bedre beslutningsgrunnlag for tiltak dersom vi kunne registrere egne lands borgere med sjøen som arbeidsplass, og få konkrete fakta på bordet, istedenfor å basere oss på inntrykk, erfaringer, anekdoter og antagelser.

Global industri og internasjonale krav

Ulike ordninger som har betydning for sjøfolks helse, er omtalt i flere internasjonale konvensjoner. Disse er i kraft, er ratifisert av de fleste sjøfartsnasjoner, og man skulle forvente at sjøfolks rettigheter og tjenestetilbudet var ganske likt rundt omkring i verden. Det er det fortsatt ikke. Forståelsen av hvordan kravene skal iverksettes varierer i betydelig grad mellom ulike flaggstater og ulike havnestater. Bare ved å arbeide internasjonalt kan man ha håp om å løfte minimumskravene for de som arbeider på skip.

Menneskerettigheter og diskriminering

Fortsatt er det et stykke vei å gå før det som arbeider i global sjøfart har like rettigheter som dem som arbeider på land. I Norge er vi så heldige å ha en

likestillings- og diskriminerings-lov, som krever at et forhold må ha avgjørende betydning for utførelsen av arbeidet derom det skal kunne medføre en udyktighetskjennelse. Slik er det ikke i mange andre land. Selv om industrien har behov for mer arbeidskraft, settes fullt arbeidsdyktige personer på land på grunnlag av særdeles dårlig underbygde kriterier. Typiske bemanningsnasjoner har ofte et dårligere stillingsvern og mindre rettigheter for arbeidstakere enn det vi er vant til her hjemme. Fortsatt et stykke vei å gå, altså.

Forskning og publisering

Skal vi bygge et solid fundament for faget, og gi råd som står seg selv i skarpt lys, må vi forske, skaffe datagrunnlag, og dele dette med andre gjennom publisering.

Det er ikke mange som forsker innen maritim medisin. Det eneste tidsskriftet av betydning med fokus på maritim medisin, er «International Maritime Health» (IMH) som har vært utgitt i Polen i over 80 år. Det har periodevis slitt både med tilfanget av artikler, å klare å skaffe fagfeller til å vurdere artikler, og med økonomien. Selv har jeg vært engasjert i å holde tidsskriftet gående siden 2007. Tidsskriftet var den direkte bakgrunnen for opprettelsen av IMHF i 2018. IMH trenger stadig flere artikler og flere fagfeller, så herved er oppfordringen sendt: Meld deg til tjeneste! Miljøer som har forsket, har ofte levd sitt eget liv, uten særlig kontakt med industrien. Industrien har på sin side i liten grad søkt samarbeid med eller støttet forskning på maritim-medisinske forhold. Her er det et potensiale for samarbeid, som kan gagne alle involverte, men i første rekke sjøfolk.

IMHF – håp for framtida

Opprettelsen av IMHF avdekket et behov for videre oppbygging og utvidelse. De mest framtreddende fagekspertene i maritim medisin tok kontakt for å undersøke muligheten av å opprette et forum for maritim medisinsk ekspertise. Dette var bakgrunnen for opprettelsen i IMHF Expert Panel (IMHF EP). De har månedlige møter, og arrangerte i 2022 tre workshoper med ulike siktemål. Alle workshoper skal resultere i publiserbare rapporter, og samtidig kunne fungere som rådgivning til beslutningstakere, både for industrien, flaggstatene og FN-organene. De velger selv sin formann, og for tiden er det Jon Magnus Haga.

Workshopene i 2022 handlet om

- Læringsmål for personer med ansvar for medisinsk behandling om bord (Bergen)

- Medisinske «emergencies» om bord (Hamburg)
- Maritim telemedisin (Berlin)

For 2023 er det foreløpig planlagt en workshop om mental helse (Cork), men det er flere andre på planleggingsstadiet.


En «non-profit» internasjonal stiftelse med formål å fremme forskning og publisering kan bli et viktig instrument for å bedre sjøfolks helse og bedre kvaliteten på tjenestetilbudet innenfor maritim medisin. Stiftelsen har en strategi for videre oppbygging og utvikling. Jeg gleder meg til å se fortsettelsen.

Ny president i IMHF er Nebojsa Nikolic fra Kroatia. Han har lang fartstid i maritim medisin i IMHA, World Sailing, IMHF EP og i langvarig deltakelse i utredningsarbeid og prosjekter i regi av ILO, IMO og WHO.

Jeg ønsker ham og IMHF lykke til med arbeidet!

Lege Alf Magne Horneland
alf.magne.horneland@gmail.com
 Spesialrådgiver Yrkesmedisinsk
 avdeling, Haukeland
 Universitetssjukehus



	Fra Senteret
	I denne spalten får vi de siste tanker og nyheter fra Norsk senter for maritime- og dykkermedisin

Helseregister stemt ned i Stortinget

Stortinget behandlet i høst forslag fra SV om å etablere et helseregister for sjøfolk. Samtlige partier erkjente dagens helseutfordringer til sjøs, men forslaget fikk dessverre ikke flertall i denne runden.

Norsk senter for maritim medisin og dykkemedisin sammen med Norsk forening for maritim medisin og

Norsk sjøoffisersforbund har i flere år arbeidet for å etablere et helseregister for sjøfolk med utgangspunkt i seleksjonsmedisinske vurderinger fra norske sjømannsleger. Tanken er at en kliniske data fra sjømannslegevurderingene skal inngå i en helseovervåking til støtte for framtidig forskning på bedre forebygging og bedre tjenester til sjøfolk.

Kostnaden ved et helseregister for sjøfolk er liten. Dataene finnes allerede. Etablering av et helseregister handler om hente ut data som allerede er lagret i elektroniske journalsystemer hos sjømannslegene, systematisere dem og tilgjengeliggjøre dem for forskning. Kostnadene er små. Gevinstene store.

Stortingsdebatten var skuffende. Til tross for at alle partier erkjente dagens helseutfordringer til sjøs, var det kun SV og Rødt var klare til å gjøre noe med det gjennom å etablere et sentralt forskningsregister.

Det er viktig at vi som samlet maritimt fagmiljø gir våre politikere gode råd. Et helseregister for sjøfolk er veien å gå.

Helse bygger på kunnskap – også til sjøs. Arbeidet for et helseregister fortsetter.

Leiar PhD Lege Jon Magnus Haga
jon.magnus.haga@helse-bergen.no
 Norsk senter for maritim- og
 dykkemedisin, Yrkesmedisinsk avdeling,
 Haukeland Universitetssjukehus



I forbindelse med behandlingen av saken i Stortinget ble følgende innlegg trykket i Skipsrevyen, den 2. desember 2022:

Helseministeren er helseminister også på sjøen

Sjøfolk er oftere syke og lever kortere enn arbeidstakere på land. Vi vet lite om hvorfor.

Til uken behandler Stortinget et forslag om opprettelse av et helseregister for sjøfolk. Registerets formål er å bidra til systematisk kunnskap om helse blant sjøfolk, for å forebygge sykdom sjøs og utvikle bedre helsetjenestene for sjøfolk i framtiden.

Tanken om et helseregister for sjøfolk er ikke ny. Registeret har vært utredet i over ti år ved Norsk senter for maritim medisin og dykkemedisin.

Prosjektet er klart til å settes ut i live, så snart hindringer ryddes av veien. Hindringene er juridiske. Registeret må forskriftsfestes og knyttes til data fra sjømannslegens helseundersøkelser av sjøfolk.

Stortinget har komitebehandlet forslaget i helse- og omsorgskomiteen og nylig avgitt sin innstilling. Et flertall i komiteen avviser forslaget, med støtte i uttalelser fra helseministeren.

Helseministeren sier nei. Hun erkjenner helseutfordringene blant sjøfolk, men skyver ansvaret over på andre. Det er lett å forstå at sjøfolka er skuffet.

Helseministeren påstår at tilsvarende kunnskap kan skaffes til veie på annen måte, gjennom konkrete forskningsprosjekter og samtykkebaserte registre. Dette er feil og grundig utredet. Argumentene er parallelle til argumentene bak etablering av et tilsvarende helseregister i Forsvaret i 2006. Nå var det sjøfolka sin tur. Men likevel ikke? Et forskriftsfestet helseregister er en forutsetning for en hensiktsmessig helseovervåkning av sjøfolk.

Helseministerens argumentasjon er oppsiktsvekkende. Hun etablerer et skille mellom norske sjøfolk og ikke-norske-norske sjøfolk og hun antyder at norske sjøfolk med annen nasjonalitet enn norsk ikke har de samme rettighetene til nødvendig helsehjelp som sine kollegaer om bord, selv om skipet bærer norsk flagg.

Vi ønsker diskusjoner om inklusjonskriterier for registeret velkommen, men tar samtidig avstand fra ministerens argumentasjon. Ministerens linje framstår som å være i brudd med internasjonale konvensjoner som Norge har sluttet seg til og en ansvarsfraskrivelse for helse til sjøs.

La det ikke være noen tvil. Norge har et ansvar for helse for dem som tjenestegjør på norske skip, uavhengig av om de kommer fra Mandal, Manila eller Mumbai.

Norges ansvar for sjøfolk på norske skip er knyttet til fartøyets tilhørighet til Norge som flaggstat, ikke til sjøfolkas nasjonalitet.

Helseministeren er minister for alle som tjenestegjør under norsk flagg og et ansvarsområde som strekker seg over alle verdenshav. Hun kan ikke velge å stå igjen på kaia eller definere seg bort. Ansvaret er eksplisitt og følger av Konvensjonen for sjøfolks arbeids- og levevilkår.

Norge er en av verdens største sjøfartsnasjoner og en av verdens mest sjøfartsavhengige nasjoner. Vi har alt å vinne på å støtte opp under internasjonale avtaler og

anstendige arbeidsforhold for sjøfolk. Vi har alt å vinne på å ta vare på dem som seiler på våre vegne.

Helse bygger på kunnskap. I neste uke har Stortinget har en historisk mulighet til å vise vei.

Leiar PhD Lege Jon Magnus Haga
jon.magnus.haga@helse-bergen.no
Norsk senter for maritim- og
dykkemedisin, Yrkesmedisinsk avdeling,
Haukeland Universitetssjukehus




Lege Alf Magne Horneland
alf.magne.horneland@gmail.com
Spesialrådgiver Yrkesmedisinsk
avdeling, Haukeland
Universitetssjukehus



Redaktøren anbefaler at leserne leser [denne artikkelen](#) i Skipsrevyen av 9. desember 2022 som beskriver beslutningen i Stortinget.

Mot råd og ønsker fra alle sjøen tillitsvalgte og alle fagfolk i maritim medisin valgte helseminister Ingvild Kjerkol (Ap) å gå mot forslaget.

Det er trist at Regjeringen og Stortingets flertall ikke gjør en innsats for våre sjøfolk.

	<p>Fra SANSJØ</p> <p>I denne spalten får du regelmessig oversikt over status i Sanitetet i Sjøforsvaret.</p>
---	---

Innretning på Sanitet i Sjøforsvaret – Erfaring etter 7 år

Sanitet er en selvstendig innsatsfaktor i krig og blir gjerne også omtalt som en styrkemultiplikator. Et krav etter Genèvekonvensjonene er at man som

krigførende part skal kunne ta vare på syke og sårede. I tillegg er Forsvaret, også i fredstid, ansvarlig for et stort antall unge mennesker gjennom verneplikten. Disse menneskene har også rett og krav på forsvarlig helsehjelp, og kommunehelsetjenesten lokalt er ofte ikke dimensjonert for å kunne håndtere dette. For Sjøforsvarets del er det også en del sivilt maritimt lovverk som forplikter både ift. bemanning og utstyr ombord i fartøy. Dette er noe av bakgrunnen for at det finnes helsepersonell i uniform og innretning på denne gruppen militært personell har variert gjennom tiden.

I denne artikkelen ønsker jeg å komme med noen betraktninger og erfaringer etter siste omorganisering i Sjøforsvaret som ble gjennomført i 2016.

Saniteten i Sjøforsvaret anno 2023

Det finnes ikke et stort militært helsevesen. Ved krig/konflikt på norsk jord er Forsvaret helt avhengig av at helseforetakene over hele landet ivaretar sin funksjon som Role 2¹ til Role 4², altså sykehustjenester, også for stridende personell. Likevel er det et ikke ubetydelig antall autorisert helsepersonell som til daglig jobber i Forsvaret, både i daglig drift, men også i beredskap for innsats. Gjennom historien har dette personellet hatt ulik organisatorisk tilhørighet, alt fra en full sentralisering, der hele saniteten har oppheng i Forsvarets Sanitet med hovedbase Sessvollmoen, Ullensaker, til en full desentralisering, der helsepersonellet inngår fullt og helt i en operativ avdeling på nivå 4³ og nedover. Fra 2016 ble Saniteten i Sjøforsvaret (SANSJØ) opprettet som en nivå 3 organisasjon i Sjøforsvaret. Rent praktisk gikk man da fra en situasjon der helsepersonellet var tett integrert i en operativ avdeling, i.e. man var ansatt på en fregatt, i kystvakten eller kystjegerkommandoen, til en samling av helsepersonellet i en organisasjon, fortsatt i Sjøforsvaret, og der SANSJØ har et oppdrag om å understøtte de operative avdelingene med sanitetspersonell. Det er ikke til å legge skjul på at det var noe motstand mot denne endringen, i form av at man fjernet kontroll over en innsatsfaktor fra en operativ sjef, man kunne potensielt fjerne noe av tilhørighet til en besetning eller en avdeling gjennom å

1 "Role 2 provides advanced trauma management and emergency medical treatment, including continuation of resuscitation started in Role 1. Role 2 provides a greater capability to resuscitate patients than is available at Role 1 and, at a minimum, may conduct damage control surgery." (Chairman of the Joint Chiefs of Staff. 2018-09-28. Joint Publication 4-02. Joint Health Services).

fjerne det organisatoriske opphenget. Gjennom årene som har gått har man gjort seg noen erfaringer. Kritikken fra skipssjefene har stilnet. Resultatet av omorganiseringen er at de operative fritas for arbeid med rekruttering og en del forvaltningsmessige forhold, mens SANSJØ som avdeling avgir kommando på dette personellet til operativ sjef, i.e., en fregattsjef når denne har med helsepersonellet på oppdrag. Organiseringen har også gitt betydelige stordriftsfordeler med mulighet for kraftsamling av personell ved ulike kriser. Det vil jeg komme med nærmere eksempler på under.

Et annet viktig moment er det sivilt militære samarbeidet. En robust fagorganisasjon som SANSJØ er i dag har betydelig større forutsetninger for å inngå avtaler om f.eks. hospitering eller klinisk tjeneste med f.eks. et sykehus el kommunehelsetjenesten enn det en mer fragmentert organisering kan klare. Dette har SANSJØ lyktes med gjennom avtale om spesialisering for leger i en omegnskommune til Bergen. Sjøforsvaret oppnår med dette kontinuitet på leger med rett kompetanse, kommunen får nytte av militærlegene. Begge vinner. En robust organisasjon har også større forutsetninger for å drive kompetansebygging/utvikling for alle faggrupper, gjennom f.eks. å bli en registrert utdanningsinstitusjon ifm. spesialisering for leger, felles policy når det gjelder videre og etterutdanningskurs og hospiteringsordninger for sykepleiere mm.

Praktisk nytte

Den 8. november 2018 havarerte fregatten KNM «Helge Ingstad». Til alt hell gikk ingen menneskelig tapt, men ulykken preget hele Sjøforsvaret i lang tid. Generelt handler militær ledelse grovt sett om to ting, løs oppdraget og ta vare på folkene dine. Etter havariet til KNM «Helge Ingstad» ble denne ivaretagelsesbiten ekstra viktig, og her hadde saniteten en betydelig rolle. Kun noen få timer etter kollisjonen var mottaksapparatet på Haakonsværn klart, med helsepersonell på plass for å ta imot personellet fra havaristen. Støtten til besetningen på KNM «Helge Ingstad» ble uten særlige problemer opprettholdt så lenge det var nødvendig. Her ble det en solid kraftsamling for et dimensjonerende scenario som nok hadde vært betydelig vanskeligere om dette

2 "Role 4 represents the most definitive medical care available within the medical care system." (Chairman of the Joint Chiefs of Staff. 2018-09-28. Joint Publication 4-02. Joint Health Services).

3 Forsvarssjefen er nivå 1, Sjøforsvaret er nivå 2, Saniteten i Sjøforsvaret er nivå 3, osv.

personellet hadde tilhørt andre avdelinger og ikke alle var underlagt SANSJØ.

Ett annet eksempel skriver seg fra den nylig gjennomgåtte pandemi.

Den 12. mars 2020 stengte Norge ned. Verden var rammet av pandemi med viruset SARSCov19. Strengte regler ble innført for å hindre smittespredning, arbeidsplasser ble stengt, folk satt på hjemmekontor. Forsvaret er et viktig sikkerhetspolitisk verktøy, og det var viktig for Regjeringen å bevare operativ evne på tross av pandemi. For Sjøforsvarets del betydde det at man måtte lage etatstilpassede regler med fokus å bevare operativ evne, opprettholde beredskap, hindre alvorlig sykdom hos eget personell og hindre smittespredning til sivilsamfunnet. Av natur ville Sjøforsvarets virksomhet bryte med de nasjonale reglene, f.eks., det er 150 pax⁴ som lever tett sammen på en fregatt og rundt 1000 på rekruttskolen fire ganger hvert år. Dette betød at man måtte forsterke barrierene der man kunne, for å åpne opp for virksomhet der det var nødvendig. Samtidig måtte man ha en kapasitet og beredskap for testing, isolasjon, smittesporing og karantene (TISK), utover det samfunnet ellers tilbød. Alt dette måtte også koordineres i hele Sjøforsvaret av noen som kjente Sjøforsvaret.

Vi lyktes svært bra med dette. Sjøforsvaret hadde over 95% leveringsgrad i denne perioden, man evnet å ha høy compliance, samt ingen alvorlig syke. Målsettingen ble oppnådd. Sjøforsvaret var operative gjennom pandemien og sikret forsvarsevnen.

Igjen, samordning og samorganisering av sanitetsressurser tillot en tverrprioritering av personellet, samt en faglig ensrettet virksomhet som var en forutsetning for at dette skulle lykkes. Dette var også tydelig etter hvert som trettbarheten overfor Covid gjorde seg mer gjeldende blant operativt personell. Det er ikke fritt for at det ble utøvd press fra operativ sjef overfor organisk sanitetspersonell. Da var det nok en trygghet for disse å vite at man hadde en relativt tung fagorganisasjon i ryggen.

Siste eksempelet handler også om pandemien. I desember 2021 uttalte Forsvarssjef Eirik Kristoffersen at vi var i en nasjonal krise ift. At tempoet i vaksinerings mot Covid19 gikk for sent og at Forsvaret som beredskapsmuskel måtte bidra. På vegne av Sjøforsvaret kunne SANSJØ relativt raskt sette sammen tre fullverdige vaksinasjonsteam klar for innsats. Alle ble brukt og bidro i oppdraget.

⁴ Pax betyr passasjerer eller personer (<https://www.forsvaret.no/om-forsvaret/militaere-forkortelser>
Anvendt: 2023-06-21).

Konklusjon

Organisering av sanitet i Forsvaret har vært og vil være noe som nok vil endre seg med nye sjefer i stolen på ulike nivåer. Sjøforsvaret har nå noen års erfaring med en samordning på DIF-nivå, og erfaringene er nesten uten unntak gode. Man har klart å bevare en nærhet til kaikanten med god etatsforståelse, samtidig som felles fagmiljø, identitet, lønnspolicy og org tilhørighet har blitt utviklet. Nåværende forsvarsledelse søker til en viss grad mot fellelsøsninger i et effektiviseringsperspektiv. Det kan i mange tilfeller sikkert være smart, men man løper samtidig en risiko ved å fjerne innsatsfaktorer/kontroll fra DIF-sjef. I tillegg handler det om riktig nivå av sentralisering. I vårt tilfelle har man fått det til å fungere på nivå 3, en ytterligere sentralisering ville stille store krav til forvaltning og samhandling da man da ville organisatorisk fjerne seg ytterligere fra kaikanten. Konklusjonen etter omorganisering i 2016 var at det bidro til stor forbedring for SANSJØ. Det er fortsatt en vei å gå ift. kompetanse og karriereplan, men dette også har hatt en positiv utvikling og det jobbes med å få SANSJØ registrert og godkjent som utdanningsinstitusjon for leger, noe som vil være et fremskritt ift. å gi meritterende tjeneste mot en spesialitet.

Det må landes og forankres hva slags militær utdanning vi skal gi helsepersonellet vårt når vi rekrutterer dem fra en karriere i det sivile. Her er det viktig at vi gir dem nok utdanning til å fungere i en militær setting, og at denne faktisk er nivådannende. Samtidig må vi ta innover oss praktiske og økonomiske hensyn. Det vil ikke være gjennomførbart å sende en erfaren traumekirurg på 3-4 måneders kurs sammen med vernepliktige leger med de økonomiske rammene vi har i dag, og vi må derfor ha andre løsninger på dette. Legen må fortsatt få offisers status, da han skal samhandle med kollegaer fra vår viktigste allierte, USA. Det må derfor finnes spesielle løsninger på denne utfordringen. På samme måten kan ikke veien inn for en erfaren spesialsykepleier være et årsstudium i militær ledelse med 1G i kompensasjon, samt fysiske opptakskrav egnet for kvinner og menn i 20-årene. Det sier seg selv at rekrutteringsutfordringene blir for store. Det er viktig at vi evner å diskutere dette, samt at relevante fagmyndigheter også tar inn over seg disse utfordringene.

Likevel, man skal avslutte på en høy tone; Dagens organisering av Saniteten i Sjøforsvaret evner å hente

ut stordriftsfordeler, samt i stor grad ha fokus på det taktiske innen styrkeproduksjon, mens fagmyndigheten og strategisk tenkning fortsatt ivaretas av Forsvarets Sanitet.

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



Nyheter

IMHA seminar

Etter flere års opphold har International Maritime Health Association gjennomført et fagseminar i Antwerpen fra 22 til 24 september 2022. Det ble holdt følgende innlegg under ekspertmøtet:

- Joseph Abesamis. Mental health of Philippine seafarers during Covid-19.
- David Lucas. Seafarers' mental health - need for psychological support onboard and ashore.
- Marcus Oldenburg. Occupational and psychosocial risk factors on mental health of seafarers.
- Camille Debandt. Minimizing risk factors through prevention and education.
- Illona Dinisenco. Mental impact of war in Ukraine.
- Pierre Van Damme. Covid-19 and vaccinations.
- Lise-Lote de Marez, Leen Debeuf. When Covid-19 rocks the boat.
- Natalic Shaw. Nandl Junghroo. Presentation of the new Ships and Fishers Medical Guide for Ships.

Maritimt Samarbeidsforum utvides

Norsk senter for maritim og dykkemedisin ble den 28 oktober tatt opp som medlem i Maritimt Samarbeidsforum.

Underdirektør Leif Ove Mikkelsen i Sjøfartsdirektoratet skriver:

«Maritimt samarbeidsforum har som et av sine gjøremål å gi råd i saker som angår helsetilbudet for arbeidstakere på skip for å sikre at de er egnet i lys av endrede behov hos sjøfolk som følge av teknisk, driftsmessig og annen utvikling i skipsfartsnæringen. Sjøfartsdirektoratet mener inkludering av NSMDM i tillegg til NFMM vil være en berikelse for rådet, bl.a. fordi senteret som operatør av Radio Medico og fagnemnd i helsespørsmål, besitter sakkunnskap som griper inn i mange av rådets gjøremål.»

Sjøfartsdirektoratet slo sammen Rådet for maritime sertifikater og bemanning (RMSB) og Sakkyndig råd for arbeids- og levevilkår for arbeidstakere på skip (SAFE) og etablerte Maritimt Samarbeidsforum (MARS) i 2022. Sakkyndig råd for sjøfolks og fiskeres arbeids- og levevilkår (SAFE) ble etablert i 2004. Norsk Forening for Maritim Medisin har vært medlem siden 2004. SAFE kom til erstatning for Rådet for arbeidstilsynet på skip (RAS) som hadde blitt grunnlagt allerede i 1975. Utvidelsen er et fremskritt og gir håp om at maritim helse blir tidligere i arbeidet fremover.

Faglitteratur

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

Humanitært hospitalskip

Worlton, TJ. Et al. 2022. A Decade of Surgery Aboard the U.S. Naval Ship COMFORT (T-AH 20). Mil Med. 2022 Oct 15:usac278. doi: 10.1093/milmed/usac278.

Introduction: The U.S. Naval Ship COMFORT has performed six humanitarian assistance and disaster relief mission since 2007. This paper describes the surgical volume per surgical specialty for five missions spanning 19 countries.

Materials and methods: Raw surgical case logs were analyzed for total case volume, total operating days, unanticipated return to operating room, and percentage of pediatric cases (<18 years old) for each country visited.

Results: Total surgical volume for the five missions was 5,142. The countries most frequently visited were Columbia and Haiti with seven and five visits, respectively. General surgery, ophthalmology, and plastic surgery have had consistent volume over time. Orthopedic surgery volume has steadily decreased with the exception of the 2018 mission.

Conclusion: As volume in military treatment facilities declines, alternative sources of surgical volume for military surgeons are being examined. This paper highlights the historical volume which can inform future personnel planning requirements of U.S. Naval Ship COMFORT missions. With the exception of orthopedic surgery, surgical volume has remained consistent over the last decade. For future best practice, historical case data should be used to determine staffing needs on hospital ships and case logs and operating procedures and follow-up protocols should be standardized.

500 år med medisin fra Royal Navy

Houlberg, K. Et al. 2019. Five centuries of medical contributions from the Royal Navy. *Clinical medicine (London)*. 19(1); 22–25.

Royal Naval ships' companies, isolated by hundreds of miles of sea with contacts to the outside world tightly regulated, provided perfect environments to study the epidemiology of disease. In 1747, James Lind organised one of the earliest clinical trials, demonstrating that scurvy could be treated by lemon juice. A century later, Alexander Bryson proved the value of careful epidemiological data collection and observation of infectious diseases encountered on the West Africa station. In the 20th century, Royal Navy physicians were at the cutting edge of vaccine research and antibiotic production. Nuclear submarines placed naval physicians at the forefront of nuclear medicine and environmental safety. The development of new aircraft carriers has driven a renewed interest in aviation medicine. This article reviews the contributions that Royal Navy physicians have made to medicine over the centuries, detailing some of the better known as well as some almost forgotten, but still remarkable, achievements.

Søvnlige sjøfolk

Myllylä, M. Et al. 2022. The Effects of Individual Characteristics of the Naval Personnel on Sleepiness and Stress during Two Different Watchkeeping Schedules. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 18;19(20):13451. doi: 10.3390/ijerph192013451

Background: Naval service can have a significant impact on the wellbeing of seafarers, and the operation of warships is highly dependent on the personnel on board. Nevertheless, there is a lack of knowledge concerning the impact of seafarers' individual characteristics on their wellbeing in a naval environment. Therefore, the aim of this study was to investigate individual characteristics of the naval personnel that may be associated with the amount of sleepiness, fatigue and stress responses experienced during shift work and irregular working hours in a naval environment.

Methods: The study took place on a Finnish Defence Forces' Navy missile patrol boat on which 18 crewmembers served as study participants. The measurement periods lasted two separate weeks (seven days and six nights) during shift work with two different watchkeeping systems (4:4, 4:4/6:6). The onboard measurements consisted of the Karolinska Sleepiness Scale, salivary stress hormones, cognitive tests (Sustained Attention to Response Task and N-back Task) and heart rate variability.

Results: Participants of older ages or with a longer history in naval service were associated with a greater amount of sleepiness, fatigue and stress responses on board. On the contrary, increased physical activity and a higher level of physical fitness, especially standing long jump, were associated with a lower amount of sleepiness, fatigue and fewer stress responses. In addition, an athletic body composition together with a healthy lifestyle may be beneficial, considering the stress responses on board.

Conclusion: The present results are well in line with the previous literature regarding shift work and irregular working hours. The results highlight the importance of regular physical activity and good physical fitness during service in the naval environment.

Covid19

Woolley, SD. Et al. 2023. COVID-19 risk, attitudes and behaviour study (CRAB study): A knowledge, attitudes, and practise qualitative study of COVID-19 in the Royal Navy. *Front Public Health*. 10: 1101817. doi: 10.3389/fpubh.2022.1101817

Introduction: Outbreaks of SARS-CoV-2 onboard maritime platforms spread rapidly and have high attack rates. The aim of the COVID-19 Risk, Attitudes and Behaviour (CRAB) study was to investigate the knowledge, attitudes, and practises in the Royal Navy in relation to COVID-19 prevention.

Methods: The CRAB study was a cross-sectional survey, using a census sampling method, conducted in May and June 2021. An online questionnaire was distributed to all serving Royal Navy regular personnel using either the MyNavy application or via a QR code through email for a continuous 14 day period. The questionnaire was based on an existing validated questionnaire used for avian influenza epidemics. Questions investigated individual perceptions of COVID-19 seriousness, compliance with prevention methods, explored vaccination intention and vaccine hesitancy (unvaccinated individuals who declined or were unsure about receiving a COVID-19 vaccine). The chi-squared test of best fit was used to compare the demographic responses against the whole organisation, with p-value < 0.05 deemed significant. Odds ratios were used to investigate associations between demographic groups and responses to questions, with an odds ratio crossing 1.0 deemed non-significant.

Results: The response rate was 6% (2,080/33,200), with 315 responses collated in the pilot phase and 1,765 in the main study phase. Male participants were less likely to rate COVID-19 as serious (OR 0.34; 95% CI: 0.23-0.49). BAME ethnicity (OR 2.41; 95% CI: 1.12-5.17) rated it as more serious. At the time of the study 62% of respondents had received one dose of a COVID-19 vaccine. In the 797 unvaccinated personnel, vaccine hesitancy accounted for 24.2% (193/797), of whom 136 were white males. Those who had a higher COVID-19 serious rating, the most significant factor for non-adherence to COVID-19 prevention measures in both vaccinated (OR 1.61 [95%CI: 1.20-2.17]) and vaccine-hesitant (OR 3.24 [95%CI: 1.63-6.41]) individuals was colleagues' non-adherence. The most trusted source of information on vaccines was provided by the Defence Medical Services (77.2% [1,606/2,080]).

Conclusion: This study has identified reasons for COVID-19 protective measure adherence, sources of

5 Harold Rupert Leofric George Alexander (1891-1969), senere feltmarskalk, ble etter evakueringen fra Dunkerque sjef for Sør-Englands forsvar, øverstbefalende i Burma, sjef for de britiske styrkene i Midtøsten, leder av operasjonene i Tunisia og felttoget på Sicilia, og øverstkommanderende i Italia og til slutt

information trusted by respondents and vaccine hesitancy, in the Royal Navy. The questionnaire can be used to investigate attitudes and behaviours in future emerging infectious diseases.

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



Historiske glimt

I denne spalten presenterer vi historiske artikler vi forhåpentligvis kan trekke lærdommer av.

Sanitetsinnsats under evakueringen fra Dunkerque

Om morgenen tirsdag 4. juni 1940 gled en motorbåt langs strendene i Dunkerque. Generalmajor Harold Alexander⁵ ville selv se at det ikke var flere soldater som skulle evakueres, før han embarkerte det siste evakueringsskipet og kunne erklære Operation Dynamo⁶ for avsluttet. Tilbake stod franske sikringsstyrker og alt tungt utstyr og våpen britene hadde hatt med seg. Selve evakueringen hadde kostet minst 5000 soldatliv, 106 fly og 235 båter. I land-slaget om Dunkerque ble 30 000 allierte soldater drept og like mange tatt til fange.^{7, 8}

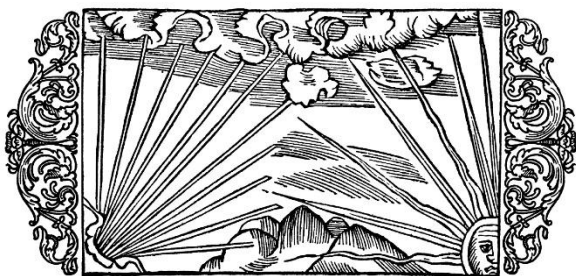
middelhavsområdet. Etter krigen var han generalguvernør i Canada og forsvarsminister i Churchills andre regjering. (<https://snl.no>)

6 Operation Dynamo var navnet på evakueringen fra Dunkerque
7 Store norske leksikon. (2022) Dunkerque. <https://snl.no>
8 BBC. (2022) 1940: Dunkirk rescue is over – Churchill defiant. <http://news.bbc.co.uk>

Samme kveld, 4. juni, holdt Winston Churchill sin «we shall fight on the beaches»-tale i underhuset, på sin 26. dag som statsminister. Han kunne rapportere at 338 000 britiske, franske og belgiske soldater var evakuert fra Dunkerque.⁹ Senere fulgte ytterligere 220 000 fra andre franske havner¹⁰. Statsministeren understreket at man ikke vinner kriger ved å evakuere, men British Expeditionary Force (BEF) stod på britisk jord etter ti dagers innsats av marinefartøyer og 850 private farkoster fra 30 fot og oppover.¹¹

Å lære av historien

Norge er langt og smalt, har få hovedveier å fordele veitrafikk på, et luftrom som kan trues fra sjøen og fra ikke-NATO-land i øst. Sjøveis evakuering av skadde er et aktuelt element i norske sanitetsplaner. Opp gjennom historien har andre gjort seg erfaringer med gjennomføring av denne type operasjoner, som kan være like relevant å lære av som ferskere kunnskap om rotorwing-evakuering i ørkenstrøk.



Med dette som utgangspunkt gjorde forfatteren et dypdykk i gamle britiske arkiver, på jakt etter lærdom fra evakueringen fra Dunkerque. Søket avdekket dessverre ikke overordnede sanitetsplaner eller omfattende evalueringer av sanitetsinnsatsen. Situasjonen i juni 1940 innbød antakelig ikke til det. I stedet forteller sirlig nedtegnede rapporter noen interessante historier, fortalt av sanitetspersonellet som deltok.

⁹ Ibid

¹⁰ Evakueringen fortsatte altså etter at Operation Dynamo var avsluttet. Denne innsatsen har fått mye mindre oppmerksomhet i ettertiden. Styrkene som ble evakuert var ikke omringet av fiendtlige styrker på samme måte som i Dunkerque, men den tyske overlegenheten i luften var den samme.

¹¹ The Association of Dunkirk Little Ships. (2022) Operation Dynamo. <https://www.adls.org.uk/>

¹² Bertram Home Ramsay (1883-1945), senere admiral, ledet også Operation Neptune (sjø- og landgangsoperasjonen ved landgangen i Normandie fra D-dagen og utover). Før dette hadde han en

Operation Dynamo

Fra tunnelene under Dover Castle ledet viseadmiral Sir Bertram Ramsay¹² sjøoperasjonene.¹³ Et møte i War Office 19. mai hadde primært handlet om forsyning av BEF via Dunkerque, Calais og Bolougne, men tok nærmest i en bisetning opp behovet for en plan for evakuering av personell fra de samme havnene. Behovet for dette ble vurdert som usannsynlig. Konklusjonen ble likevel at en slik eventuell operasjon skulle ledes av viseadmiralen i Dover, og at tilgjengelige skip skulle stilles til hans disposisjon. Avtaler om luftstøtte skulle viseadmiralen gjøre direkte med Fighter Command. Eiere av privatbåter mellom 30 og 100 fot hadde via BBC allerede 14. mai blitt instruert om å registrere dem hos Admiralitetet.¹⁴

En uke etter møtet var den usannsynlige evakueringen likevel et faktum og Operation Dynamo ble iverksatt 26. mai. Personelltransporten ble i hovedsak gjennomført med destroyere og ombygde passasjerskip, men også med et større antall privatbåter. Ikke minst var «The little ships» av betydning for å bringe soldater ut til troppetransportskipene fra strendene ved havnen i Dunkerque og ti engelske mil østover.

De første fem dagene var det tilgangen på småbåter som begrenset kapasiteten. De siste tre til fire dager ble hastigheten i evakueringen styrt av mengden tropper som dukket opp på stranden i de delene av døgnet transport var mulig.¹⁵

Vel framme på britisk jord ble de evakuerte tatt imot og registrert, tildelt ulltepper ved behov og servert te. Rikelige mengder te. Deretter tok ventende tog dem innover i landet for innkvartering og videre oppfølging.

Sanitetspersonell på hjemmebase

Et av mange mottakssteder i England var Ramsgate Naval Base. Her var hovedtyngden av de sivile båtene samlet før operasjonen, og nest etter Dover var det i Ramsgate flest evakuerte kom i land. Større skip ble

tilsvarende rolle under Operation Torch (den allierte invasjonen av Nord-Afrika i 1942), og ved landgangen på Sicilia i 1943.

¹³ <https://www.cam.ac.uk> Han mistet livet i en flyulykke nær Paris i januar 1945. <https://en.wikipedia.no>

¹⁴ Howell K. (2022) Dover Castle – The secret wartime tunnels. <http://www.dover-kent.co.uk>

¹⁵ The Association of Dunkirk Little Ships. (2022) Operation Dynamo. <https://www.adls.org.uk/>

¹⁶ Admiralty. (1940) Cover Letter, Report on Operation “Dynamo”, Office of the flag officer commanding, 18th June 1944. National Archives ADM 199/788A

tatt imot ved enden av østre kai, og mindre båter ved Dover Steps.

Uskadde embarkerte først, deretter pasienter. Armebårer var det mer enn nok av, men mangel på marinebårer¹⁶. Det var lite tilgang på spjelmateriell. Til sammen gjorde dette evakueringen av pasienter med bruddskader gjennom trange rom komplisert og til dels unødig smertefullt.

Sanitetspersonellet var samlet ved en hjelpeplass på kaia. Der var også lager av bandasjer, bårer og annet utstyr. En av legene ble stasjonert ved enden av kaia i tiden rundt høyvann, da de større skipene gjerne ankom. De travleste dagene ble basens bemanning styrket med to militærkirurger. Dette gjorde at en marinelege kunne frigjøres og sendes ut til båter som av ulike grunner brukte lang tid på å nå land.¹⁷

Mottak og triagering av skadde gikk raskt. Den travleste dagen ble rundt 170 skadde tilsett i løpet av 24 timer. De fleste pasientene kunne undersøkes og motta eventuell stabiliserende behandling på basen, for videre transport lenger inn i landet. Et fåtall pasienter ble innlagt på sykehus lokalt for mer omfattende behandling før transport. Militære og sivile bilambulanser var hele tiden tilgjengelig. Etter hvert som evakueringen pågikk, ble en del offiserer og mannskap behandlet for «effects of nervous strain and loss of sleep».¹⁸

Sanitetspersonell på trosskipstransport

Halv tolv om formiddagen 29. mai fikk Royal Navys avdeling i Chatham en telefon fra Admiralitetets medisinske avdeling¹⁹, med beskjed om å sende personell og utstyr til Dover. En time og førti minutter senere satt to busser kursen, med seks sanitetsoffiserer (en Surgeon Commander, fem Surgeon Lieutenant), 20 sanitetsassistenter, førstehjelpsutstyr, bårer, spjelmateriell, morfin og

16 En marinebåre er en stiv og solid redningsbåre med harde og beskyttende kanter. En armebåre er gjerne sammenleggbare, med trehåndtak og seilduksdekke.

17 Admiralty. (1940) Report on the Medical Organisation at Ramsgate Naval Base during the evacuation of the B.E.F. from the French coast. National Archives ADM 199/788A

18 Admiralty. (1940) Report on the Medical Organisation at Ramsgate Naval Base during the evacuation of the B.E.F. from the French coast. National Archives ADM 199/788A

19 Admiralitetet var marinens ledelse. Medisinsk avdeling lå under Second Sea Lord og ledet marinens sanitet.

20 1930, 372', 3104 brt (<https://en.wikipedia.org>)

21 1904, 341', 2048 brt (<https://en.wikipedia.org>)

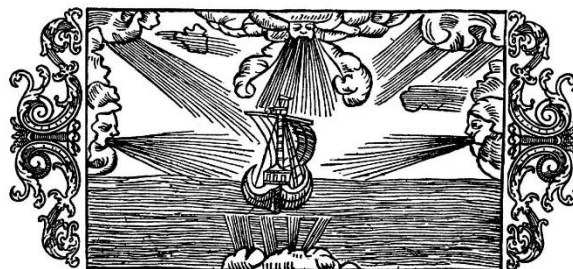
22 1925, 282.2', 1885 brt (<http://www.clydeships.co.uk/>)

sprøyter. Ved ankomst Dover ble styrken instruert om å innta te på et hotell, og ellers avvente nærmere ordre.

Halv seks om ettermiddagen kom så ordre om å dele mannskap og utstyr for innsats på fire ulike skip, samt tjeneste som Senior Medical Officer på land. De første par dagene var personellet embarkert TSS «Lady of Mann»²⁰, «Manxman»²¹, «St. Helier»²² og «Tynwald»²³.

Som det ellers er vanlig, ble de skadde plassert i salonger og røkerom, delvis på madrasser og puter. Hovedtyngden var splintskader. Hver pasient ble gitt morfin, varme tepper og varmekasser. Sår ble bandasjert og Anti Gas Serum²⁴ administrert. Skadelapper²⁵ ble fylt ut og knyttet fast til pasientene.²⁶

Torsdag 30. mai var «St. Helier» på sitt andre tokt til Dunkerque, og embarkerte denne gangen 1200 franske soldater. Under artilleriild og stadige luftangrep holdt sanitetspersonellet på med sitt, utrettelige og ved godt mot, som om ingenting av interesse foregikk utenfor sykekarveret.²⁷ Et par sjømil fra land kom minesveiperen HMS «Sharpshooter»²⁸ på kryssende kurs, på vei inn for å hente evakuerte for andre gang den dagen. Et sammenstøt var ikke til å unngå.



«St Helier» stod nå med baugen godt inne i siden av «Sharpshooter», hadde betydelig slagside og var mørklagt. Fiendtlige fly var hele tiden synlige og

23 1937, 314', 2375 brt (<https://en.wikipedia.org>)

24 Før antibiotika ble tilgjengelig ble dette medikamentet brukt for å forhindre livstruende infeksjoner med utgangspunkt i sår forurenset av jord (en fryktet og ikke uvanlig dødsårsak i første verdenskrig). (<https://collection.sciencemuseumgroup.org.uk/objects/co8590948/ampoule-of-anti-gas-gangrene-serum-immune-serum>)

25 En skadelapp er en forenklet «pasientjournal» der behandlerne noterer pasientens identitet, beskrivelse av skadene, hastegrad og utført behandling.

26 Admiralty. (1940) Report from the Principal Medical Officer, R.N. Barracks, Chatham, 11. June 1940. National Archives ADM 199/788A

27 ibid

28 1936, 245', 815 brt (<https://en.wikipedia.org>)

hørbare. På forespørsel fra «Sharpshooter» fortsatte «St Helier» med sakte fart framover, retning Dover.²⁹ Sanitetspersonellet gjorde forberedelser for evakuering ved å bringe alle bårepasienter opp på dekk, men i så skjærmede posisjoner som mulig. En manøver som ikke ble noe lettere av at skipet generelt og alle korridorer var overfylt av utslitte franske soldater, med svært liten forståelse av engelsk.³⁰ Etter 40 minutter kom slepebåten «Foremost 22»³¹ til, og fikk tatt «Sharpshooter» under slep. «St. Helier» kunne enkelt bakke ut og fortsette for egen maskin.¹² Bårepasientene ble igjen tatt ned til sykekarveret³² Nærmere England hadde «St Helier» et nytt sammenstøt. Denne gangen med hjulbåten «Princess Helena»³³ på kurs fra Dover mot Dunkerque for å hente tropper, dog uten å faktisk være rekvirert av Admiralitetet.³⁴ De hadde også kjenning med et vrak på bunnen nært land, før de etter midnatt til slutt nådde Folkestone rett vest av Dover.³⁵

Skadene på «St Helier» var ikke større enn at de senere samme dag gjennomførte et nytt tokt til Dunkerque.³⁶ Denne gang uten sanitetspersonell fra Royal Navys avdeling i Chatham om bord. De hadde blitt reallokert til «Tynwald», «Maid of Orleans»³⁷ og «Mona's Isle»³⁸. Sistnevnte hadde vært det første skipet som returnerte fra Dunkerque med evakuerte.

Fra 3. juni var fordelingen «Lady of Mann», «Manxman», «Canterbury»³⁹ og «Princess Madie». Flere av disse passasjerbåtene var tatt i bruk som troppe transportskip ved starten av krigen og ble senere bygget om til Landing Ships Infantry til bruk ved landgangen i Normandie.

Hospitalskipene

Totalt åtte hospitalskip deltok i Operation Dynamo: HMHS40 «Dinard»⁴¹, HMHS «Isle of Guernsey»⁴²,

HMHS «Isle of Thanet»⁴³, HMHS «Paris»⁴⁴, HMHS «St. Andrew»⁴⁵, HMHS «St. David»⁴⁶, HMHS «St. Julian»⁴⁷ og HMHS «Worthing»^{48, 49} Alle hospitalskipene var opprinnelig bygget som sivile passasjerskip, og ble rekvirert og bygget om i 1939-1940.

HMHS «Worthing»

HMHS «Worthing» satt 2. juni klokken 1255 kursen for Dunkerque med 20 knops fart. En formasjon med tolv fiendtlige fly ble observert klokken 1432. Et av dem brøt formasjonen for å legge skipet under maskingeværild. Andre fly fulgte opp ved å slippe til sammen ni bomber av «heavy calibre» over skipet. Beslutsom manøvrering sørget for at de fleste bombene havnet i sjøen. To av dem traff derimot skipet nær hverandre og samtidig, og ristet skipet skikkelig. Dette førte til vanninntrengning i motorrommet. Effektiv stempling tok hånd om dette problemet, og øvrige strukturelle skader var ikke alvorlige.⁵⁰ Skipet returnerte likevel til England.⁵¹

Skipssjefen vektla i sin rapport at angrepet skjedde i dagslys og god sikt, og at skipet på alle måter var merket korrekt.⁵² Han vurderte angrepet som et bevisst og overlatt forsøk på å senke et hospitalskip. Videre anbefalte han å bevæpne hospitalskipene eller gi dem væpnet eskorte. Mannskapet, inkludert sanitetspersonellet, fikk skryt for oppførsel og innsats.⁵³

HMHS «Paris»

En halvtime etter at «Worthing» hadde snudd fikk HMHS «Paris» ordre om å sette kursen for Dunkerque. Skipet lå da ankret opp i The Downs utenfor Kent, der de hadde ligget og ventet siden de dagen før hadde kommet opp fra Newhaven.

29 Dover Ferry Photos. (2022) TS St Helier – past and present.

<https://www.doverferryphotosforums.co.uk>

30 Admiralty. (1940) Report from the Principal Medical Officer, R.N. Barracks, Chatham, 11. June 1940. National Archives ADM 199/788A 31 1924, 100.4', 195 brt

http://www.ournewhaven.org.uk/page/foremost_22?path=0p69p87p63p

32 Admiralty. (1940) Report from the Principal Medical Officer, R.N. Barracks, Chatham, 11. June 1940. National Archives ADM 199/788A 33 1883, 175.4', 218 brt (<http://www.clydeships.co.uk/>)

34 Caledonian Maritime Research Trust. (2022). Scottish Built Ships. <http://www.clydeships.co.uk/>

35 Dover Ferry Photos. (2022) TS St Helier – past and present.

<https://www.doverferryphotosforums.co.uk>

36 ibid

37 1918, 340.0', 2384 brt (<http://www.clydeships.co.uk/>)

38 1905, 311.2', 1671 brt (<https://en.wikipedia.org>)

39 1928, 329.6', 2910 brt (<https://en.wikipedia.org>)

40 His Majesty's Hospital Ship

41 1924, 316.0', 2291 brt (<http://www.clydeships.co.uk/>)

42 1930, 296.5', 2143 brt (<http://www.clydeships.co.uk/>)

43 1925, 321.5', 2664 brt (<http://www.clydeships.co.uk/>)

44 1913, 293.5', 1774 brt (<http://www.clydeships.co.uk/>)

45 1932, 327.2', 800 brt (<https://en.wikipedia.org>)

46 1932, 327.2', 800 brt (<https://en.wikipedia.org>)

47 1925, 282.2', 1885 brt (<https://en.wikipedia.org>)

48 1928, 297.7', 2288 brt (<http://www.clydeships.co.uk/>)

49 Admiralty. (1940) Operation Dynamo - Narrative of Events. National Archives ADM 199/788A

50 War Office. (1940) Voyage Report Number 15, Hospital Carrier "Worthing". National Archives WO 222/1530

51 War Office. (1940) Voyage report of the last voyage of hospital carrier PARIS. National Archives WO 222/1530

52 I henhold til artikkel 5 i Hague-konvensjon X av 1907 skal militære hospitalskip være malt hvite med en grønn horisontal stripe av ca 1,5 meters bredde, og føre hvitt flagg med rødt kors.

53 War Office. (1940) Voyage Report Number 15, Hospital Carrier "Worthing". National Archives WO 222/1530

Sanitetspersonellet om bord bestod av tre offiserer, fem sykepleiere og 27 OR54. Vanligvis var det 25 OR, men de fire som på forrige tokt ved et uhell hadde blitt igjen på piren i Dunkerque var erstattet med seks nye. Etter en solid innsats på fransk jord returnerte for øvrig alle de fire til England i god behold.⁵⁵

Ordren fra Senior Naval Officer ved Ramsgate marinebase slo fast at det ikke var noen grunn til å tro at fienden ville følge Genevekonvensjonene, og skipssjefen ble gitt myndighet til å returnere hvis de ble tatt under ild. Denne vurderingen var nok ikke bare basert på angrepet på HMHS «Worthing». Også HMHS «Maid of Kent»⁵⁶ ble satt i brann og sank med 28 besetningsmedlemmer etter flyangrep ved kai i Dieppe 21. mai. Brannen spredte seg også til syv av vognene i hospitaltoget skipet skulle ta over pasienter fra, uten tap av ytterligere liv.⁵⁷ Tre dager senere ble også Hospital Carrier⁶⁰ «Brighton V» senket av flybombing samme sted, uten mannskap om bord fordi skipet lå fast bak ødelagte havneporter og hadde blitt skadet i angrepet som senket «Maid of Kent».⁶¹

Etter å ha innhentet bekreftelse fra Dover på at ordrene fortsatt skulle følges, seilte «Paris» fra The Downs klokken 1700. Besetningen tok på seg livbelter og stålhjemler, og holdt seg under le. Solen skinte, sikten var god og skipet gjorde 20 knop.

Klokken 1900 kom tre tyske fly mot «Paris» med kurs fra Dunkerque. Fra en høyde på 300 fot stupte de mot skipet og slapp seks bomber. Muligvis gikk en av bombene ned pipa. Eksplosjonene skadet hoveddamprørene i motorrommet. En motormann fikk alvorlige skoldingsskader. Skipet mistet fremdrift og ble helt mørklagt. Radioen var ødelagt, men nødsignal ble sendt ut fra reservesettet. Syv av åtte livbåter var intakt, og ble nå klargjort. Helsepersonellet ble fordelt mellom båtene.

Seks eller syv tyske fly angrep så skipet klokken 1945, med et par bomber hver. Flere av mannskapet på dekk ble skadet. En 16 år gammel skipsgutt ble kastet på sjøen med en alvorlig flenge på låret, og døde halvannen time senere av sjokk. Tre av livbåtene ble

skadet. Den ene hang fortsatt i davittene, og mannskapet ble kastet på sjøen. En båt sank etter låring, og mannskapet (inkludert den skadede motormannen) flyttet over i en annen båt. En av sykepleierne fikk en alvorlig humerusfraktur, kontaminert med treflis. Alle som hadde havnet i vannet ble berget opp innen fem minutter var gått.

«Paris» lå nå stadig dypere i vannet, og det ble besluttet å forlate skipet i de fem fortsatt fungerende livbåtene. Kun to av dem hadde motor. Et mindre marinefartøy, en launch,⁶² lå i nærheten, og livbåtene satte kursen mot det. Fartøyet lå under maskingeværild fra tyske fly og forsvarte seg med sine brennguns.

Ved støtte av britiske jagerfly ble de fiendtlige flyene drevet bort før livbåtene nådde bort. Launchen tok de fem livbåtene under slep, sammen med en båt full av spanske sjømenn fra en senket spansk steamer. Klokken var nå blitt 2100. På grunn av skader fra flyangrepet holdt ikke slepet høyere hastighet enn en knop.



En time senere ankom slepebåten «Foremost 87»⁶³ fra engelsk side. Alle fra de seks båtene ble tatt om bord uten uhell. Nytt mannskap ble plassert i de to motoriserte livbåtene, som satt kursen for strendene i Dunkerque. Launchen ble tatt under slep. Øvrige livbåter ble etterlatt.

Ved ankomst Dover klokken 0316 3. juni ble de to hardest skadde kjørt med bilambulansse til Union Infirmary Dover. De øvrige pasientene og det

54 Other Ranks, altså militært personell som ikke er offiserer.

55 War Office. (1940) Voyage report of the last voyage of hospital carrier PARIS. National Archives WO 222/1530

56 1925, 349.5', 2693 brt (<https://en.wikipedia.org>)

57 The Dover War Memorial Project. (2022) Luftwaffe Destruction of The Maid of Kent. <http://www.doverwarmemorialproject.org.uk>

58 Queen Alexandra's Royal Army Nursing Corps. (2022) Hospital Ships. <https://www.garanc.co.uk>

59 War Office. (1940) Report to Assistant Director of Medical Services, Embarkation and Distribution, Newhaven. National Archives WO 222/1530

60 En Hospital Carrier var mindre enn et hospitalskip, men drev også pasienttransport og behandling

61 Dunkirk 1940 Museum. (2022) Newhaven.

<http://dunkirk1940.org>

62 En launch var opprinnelig en lett båt (mindre båt plassert om bord på et skip), men navnet ble utover 1900-tallet brukt av Royal Navy om mindre motorbåter med oppgaver som havneforsvar, minesveiping, eskortetjeneste og redning. (<https://en.wikipedia.org>)

63 1935, 88.4', 163 brt (<http://thamestugs.co.uk/MANAGED-TUGS.php>)

medisinske personellet ble innlosjert i No. 62 Home Ambulance Train i påvente av videre transport på dagtid.⁶⁴

Å lære av historien

Evakueringen av Dunkerque var på mange måter en kompleks operasjon, men samtidig relativt enkelt og hurtig planlagt. Militære ledere og stabsoffiserer tok noen kloke valg. Operativt personell og erfarne sjøfolk omsatte dette til en effektiv innsats som reddet liv, og påvirket forløpet av verdenskrigens tidlige fase i Vest-Europa. En betydningsfull faktor i innsatsen var sivil-militært samarbeid, til lands og til vanns.

Historiene som her er gjenfortalt viser at tjeneste på hospitalskip er meningsfull, men ikke uten fare. De forteller også om heroisk sanitetsinnsats under vanskelige og mer improviserte forhold om bord på skip som ikke var tilpasset evakuering av tropper eller pasienter. Gode enkeltmannsferdigheter har altså stor verdi. Eksemplene viser hvordan kompetent personell med enkelt utstyr og evne til fleksibilitet og improvisasjon kan gjøre en forskjell, med lite forberedelser og uten spesifikk trening.

Slike historiske lærdommer har gyldighet i Norge i dag. Flinker folk med tilgang på det aller mest nødvendige utstyr kan utrette mye, uten å måtte ha detaljerte planer og spesialbygde evakueringsplattformer å støtte seg på. Uten disse ressursene står vi på bar bakke.

Etterord

Langt fra lukten av salt sjø, ved landsbyen Alrewas - ganske midt i England, står en rad trær. De er plantet der for å minnes britiske hospitalskip som gikk tapt under 2. verdenskrig som følge av fiendtlige krigshandlinger. Og med skipene de handelssjøfolk, sanitetspersonell og pasienter som gikk tapt med dem. Historien til tre av skipene er fortalt i denne artikkelen. Ytterligere fem er nevnt på det beskjedne metallskiltet plassert foran minnetrærne.⁶⁵ La oss håpe historiens gang ikke gir grunnlag for å sette opp flere slike skilt, på mange, mange år framover.

Kommandørkaptein lege
Rune Rimstad
rune.rimstad@gmail.com



⁶⁴ War Office. (1940) Voyage report of the last voyage of hospital carrier PARIS. National Archives WO 222/1530

Oppstignings- forsøkene i Bjørnafjorden i 1987

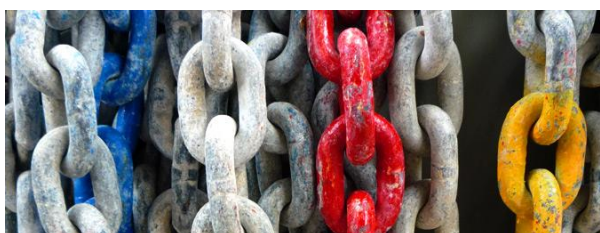
Hendelsene som beskrives, skjedde for over 35 år siden. Jeg har sett dem omtalt noen ganger på sosiale medier – der har fremstillingene vært noe unøyaktige, og de har båret preg av å være basert på annen- for ikke å si: tredjehåndskilder. Siden jeg var med den gang, vil jeg kort gjengi hva som skjedde. Det gis ingen medisinske detaljer om den aktuelle pasienten utover det som han selv har uttalt seg om offentlig jf referansene og han er anonymisert her.

Jeg var sommeren 1987 en av flere vpl leger på Haakonsvern. Vi fikk en dag høre av sjef VSD-SAN. Kommandørkaptein Jacob Klafstad, og UVB-dykkerlege kommandørkaptein Svein Eidsvik, at det skulle gjøres forsøk i Bjørnafjorden med oppstigning fra neddykket ubåt ved hjelp av single escape kammer. Dette var i regi av Royal Navy og med deltakere fra mange nasjoner. Disse hadde med egne dykkerleger som skulle ivareta vurderinger og behandlinger av deltakerne. Det var imidlertid et ønske om at en av stasjonslegene var med for å formidle kontakt med norsk helsevesen om dette – mot all formodning – skulle bli nødvendig. Det hele ville være både «sutalaust» og interessant ble det fremholdt.

Oppstigning fra single escape kammer skjer ved at ubåtmannskapet enkeltvis og med en spesiell drakt går inn i et lite kammer på ubåten. Dette stenges, kammeret fylles med vann og trykket utlignes til vanntrykket man er på, en sluse ut åpnes, og personen flyter til overflaten uten annen lufttilførsel enn den som er i drakten. Dette vil tillate evakuering fra større dybder enn om hele ubåten skulle trykkesett samtidig. Problemet er de kryssende hensyn som oppstår ved økende dyp. Kompresjon og rekompresjon må på den ene siden skje skånsomt for utligning etc, men på den andre siden raskt for å unngå nitrogenakkumulering i blodet og risiko for trykksfallsyke. Til dette kommer faren for lungesprenget ved oppstigningen hvis ikke personen jevnt puster ut den gassen som ekspanderer i lungene når trykke avtar. Dette er således slett ikke risikofritt, og stort sett var det bare erfarne instruktører fra ubåt-skoler som deltok.

⁶⁵ Imperial War Museums (2022) Memorial Hospital Ships (WW2). <https://www.iwm.org.uk>

Det var et multinasjonalt team, med mest engelske, men også australske, svenske, tyske og canadiske deltakere. Det var to engelske dykkerleger med mye gull på skulderen og en ung engelsk lege med lite gull – som jeg. Det var først ikke planlagt noen norsk deltaker i oppstigningene. Det var «for risikabelt». Da pressen fikk nyss om planene, begynte de å spørre hvorfor ingen norske var med. Så ble i hui og hast tillatelse likevel gitt til at nestkommanderende ved dykker- og froskemannsskolen ved Haakonssvern, Helge Philip Kvello-Aune (1949-2017), også skulle delta.



Oppstigningene skjedde fra en dybde pr dag henholdsvis fra 30 m, 60 m, 90 m, 120 m, 150 m og 180 m med en fridag («nitrogen-utluftingsdag») imellom. Den siste dagen med oppstigning fra 180m ville representere en verdensrekord i slike oppstigninger. Jeg fikk tildelt dagen der det skulle evakueres fra 150m. Frem til denne dybden hadde oppstigningene gått bra selv om noen av deltakerne hadde droppet ut av ulike grunner. Dagen var en fin sommerdag, og i en slik sammensveiset gruppe av spesialister ble uniformsreglementet tolket litt fleksibelt, og jeg byttet ut terylen-uniformsbuksene med kortbukser og løsnet på slipset idet vi om morgenen tøffet ut fra Haakonssvern mot Bjørnafjorden med dykkerfartøyet KNM «Viken». Bortsett fra mannskapet på Viken, var det denne dagen bare Kvello-Aune og jeg av norske med.

Vel fremme i Bjørnafjorden møtte vi den engelske ubåten HMS «Otis» hvorfra oppstigningene skulle skje. Første gruppe av deltakere ble overført til ubåten. Den dykket så til 150 m dybde og oppstigningene begynte. Viken lå et stykke unna og når vi så en person poppe opp av vannet, ble han raskt hentet med en RIB, fraktet til mottaksområdet og observert av oss alle (mtp symptomer) mens drakten ble tatt av med trykkammeret i beredskap ved siden av. Dette var tøffe folk og de var uanfektet av småplukk som perforerte trommehinner etc som noen hadde pådratt seg. Jeg husker godt Kvello-Aune smilte fornøyd da

han var ferdig med slik oppstigning – dette var moro! Lenge gikk dette bra.

Så gikk det ikke så bra.

Jeg hørte plutselig litt utrop og oppstandelse. «It's P. He is in trouble!» Han ble hentet med RIB'en og umiddelbart plassert i trykkammeret sammen med den unge engelske legen. Det var klart at noe alvorlig hadde skjedd – oppstigningene ble avbrutt og vi satte kursen tilbake mot Haakonssvern.

Detaljene hadde vi ikke på det tidspunktet, men det som hadde skjedd, var i korthet følgende: I kammeret i ubåten hadde P fått vansker – Det var nødvendig å puste inn luft når trykket økte, men han kom i skade for også å svelge luft. Siden trykk og volum er inverst proporsjonale, og trykket på 150 m er ca 16 atmosfærer, betyr det at når trykket under oppstigningen reduseres til 1/16 del blir volumet av inntatt gass 16 ganger så stort. Denne gassen kan – og må – utåndes fra lungene, men er ikke lett å kvitte seg med fra magen.

Under oppstigningen sprakk derfor magesekken og det ble ikke bare fri luft i buken, men fri luft under trykk. Den unge engelske legen var snarrådig og punkterte buken inne i trykkammeret slik at smertene og presset på andre organer avtok. Detaljene finnes i P's egen beskrivelse jf. referansene.

Så var det min «finest hour» i dette: Jeg ble bedt om å ordne innleggelse på Haukeland sykehus – det gjorde jeg via simplex VHF med AMK-sentralen som sikkert mange andre lyttet til også. Jeg satte Tentativ diagnose: rupturert viscus og bestilte en sykebil (ikke helikopter som P skriver). Den møtte oss på kaien ved Haakonssvern. Da var samtidig behandlingen i trykkammeret avsluttet, og pasienten ble overført for videre diagnostikk og behandling ved Haukeland sykehus.

Etter det jeg hørte senere og hans egen fremstilling gitt det heldigvis bra med P. To dager senere fortsatte oppstigningene fra 180m. Da fikk de to første deltakerne symptomer på trykkfallsyke, og hele øvelsen ble stanset. Men man hadde vist at oppstigning fra 180m kunne la seg gjennomføre, om enn meget risikofylt. 180 m var målsettingen blant annet fordi det ble ansett som en relevant dybde for operasjoner på kontinentalsokkelen

Oppstigningene i Bjørnafjorden var en spennende avveksling i et mer tradisjonelt militærlege-liv som jeg ikke skal gå inn på. Det er ikke hver dag en er med på å sette verdensrekord – og Kvello-Aunes ukompliserte

oppstigning fra 150m er så vidt jeg vet, desidert norgesrekord fortsatt.

Ellers vil mange kjenne til UVB-dykkerlege Eidsvik. Hans faglige kompetanse og omtanke/hjelpsomhet for ansatte, vernepliktige og andre var det et privilegium å få oppleve i førstegangstjenesten. Hans frodige uttrykksform kunne virke litt uvøren, men var aldri tilfeldig. Idet sommeren var over og han kom tilbake fra sin ferie, spurte vi stasjonslegene ham om hva han egentlig syntes om disse oppstigningsforsøkene? Var dette for risikabelt? Var det etisk holdbart?

Da svarte han på sin karakteristiske måte: «Da skal eg ikkje meine nokken ting um!»

Overlege, PhD
Erik Rønneberg Hauge
Utskrevet vernepliktig løytnant san
Stasjonslege Vestlandet
Sjøforsvarsdistrikt (VSD)



Referanser:

<http://rnsubs.co.uk/articles/things/escape.html>

[https://en.wikipedia.org/wiki/HMS_Otus_\(S18\)](https://en.wikipedia.org/wiki/HMS_Otus_(S18))

<https://www.royalnavy.mod.uk/-/media/royal-navy-responsive/images/navynews/archivepdfs/1980s/1987/navy-news-august-1987-issue-397.pdf>

Marinesaniteten

1960-2005

- noen hovedpunkter

Dette er en artikkel som ble skrevet i 2005 og selvfølgelig bærer preg av det. Imidlertid gir den et bilde av marinesanitetens utfordringer som kan være interessant for dagens lesere.

Bakgrunn

Et meget knapt avsnitt om tiden før 1960 først.

Marinesaniteten har en lang historie – ikke usannsynlig like lang som marinens, men kildematerialet fra perioden rundt marinens tilblivelse på 1400-tallet er meget knapt. Imidlertid kjenner vi til den første navngitte skipslege – mester Jacob – i 1493. Den første faste marinelege på hovedbasen Bremerholm ble ansatt i 1559. Det første marinesykehus ble innviet i 1571. I 1658 fikk marinen sin første sjefslege og i 1700 det første dedikerte hospitalskip. På 1700-tallet var den dansk-norske marine en betydelig styrke og med en stor og velorganisert sanitet. Det var nok derfor britene røvet flåten i 1807. Under Napoleonskrigen ble det bygget opp en marinesanitet i Norge som støttet den flytende sødefensjon, kystmilisen, kystvernet, kystbatteriene og den optiske telegraf. Antall leger økte fra 2 til 28 og det ble bygget nesten 20 provisoriske sykehus langs kysten fra 1808 og utover. På 1800-tallet var marinen og dermed marinesaniteten liten pga svak økonomi. Gradvis ble saniteten gjenoppbygget, og det var marinesykehus både i Fredriksvern og Karljohansvern. Saniteten nådde sin største styrke under Den Første Verdenskrig. Nedbyggingen i mellomkrigstiden medførte at det kun var fire faste marineleger tilbake som stod klar 9. april. Ingen av disse kom til England, men på utefronten der ble det bygget opp en betydelig marinesanitet med legekontorer, sykehus, leger, tannleger og skipssanitet som dekket behovet både i England, Island, Canada, USA og India. Forsvarets Sanitet (FSAN) ble etablert i 1941 og siden den gang har det hersket uenighet mellom saniteten i Marinen og fellessaniteten om hva som er en hensiktsmessig organisasjon. FSAN har foreslått marinens sanitet nedlagt åtte ganger i etterkrigstiden. Etter Den Andre Verdenskrig ble marinesaniteten gjenoppbygget på grunnlag av dyrekjøpte krigserfaringer fra fem år med operativ virksomhet. Det ble etablert sanitet i distriktsorganisasjonen og saniteten ble ledet av en sjefslege som var en av fem

avdelingssjefer i Admiralstaben.⁶⁶ Sanitetsutdannelse ble igjen satt i system og utvidet til sanitetsassistentene (1957). Marinen stod bak utdannelsen av Norges første mannlige sykepleiere (1949) for å kunne ha mannlige sykepleiere ombord. Sanitetsmateriellet ble totalt fornyet (etter sponsing fra MAAS⁶⁷) og da sjefslege Johan Greve Brun søkte permisjon i 1960 (da han ikke fikk nødvendig støtte fra Marinens sjef) var marinesaniteten på alle måter faglig og organisatorisk på topp.

Drøfting

Fra 1960 til 1977 ble den organisasjon som var etablert av Johan Greve Brun videreført og fornyet.

Dykkermedisinen ble utvidet og hevet faglig. Ubåtmedisinen ble styrket. Samarbeide med relevante miljøer i UK og USA var nært og nyttig. I Flåteplanen av 1960 var saniteten integrert og utviklet hensiktsmessige installasjoner ombord og sikret at de nye fartøyene fikk tidsmessig utstyr.

I 1977 kom katastrofen. Sjefen for FSAN hadde argumentert overfor Forsvarssjefen for at all sanitet skulle underlegges ham (ikke bare faglig, men også styrkeproduksjonsmessig). Sjef FSAN fikk Generalinspektøren for Sjøforsvaret (GIS) med på sitt forslag og sjefslegen (da kommander I, i dag tilsvarer



dette Flaggkommandør) med stab i Sjøforsvarsstaben (syv stillinger) ble nedlagt og erstattet med en stabslege sjø med kommandørkapteins grad og 24

⁶⁶ I dag Sjøforsvarsstaben.

⁶⁷ Amerikansk militært støtteprogram.

⁶⁸ Tilsvarer Sjefen for Sjøforsvaret.

timers arbeidsuke i FSAN. Sjefslege Mortensen ble informert om vedtaket (etter at det var gjort) på et av FSANS årlige legemøter og det samme gjaldt for alle Sjøforsvarsdistriktslegene. Total overraskelse. Først total stillstand og sakte forvitret alle sider ved marinesaniteten; legene ble utdannet av FSAN, materiellet ble ikke fornyet, reglementer og rutiner ble foreldet. Den institusjonelle kunnskap forsvant gradvis eftersom kompetente sanitetsoffiserer og – befal gikk av med pensjon. Nye båter ble bygget uten at noen hadde tenkt på sanitet hverken når det gjaldt sykelugarer eller materiell (Minerydderne). De vernepliktige leger ble ikke tilstrekkelig ivaretatt og etterhvert ble tilgangen så dårlig at skipslegetjenesten forsvant totalt tidlig på 90-tallet. Marinen seilte nærmest uten sanitet og var ifølge Generalinspektøren for Sjøforsvaret⁶⁸, kontreadmiral Kjell Amund Prytz, ikke operativ.

(I 1977 ble HÆR og LUFT utsatt for samme omorganisering. Imidlertid vedtok Forsvarskomiteen (etter lobbying) at HÆREN skulle ha en SANINSP69 HÆR. Dette medførte at HÆREN ikke opplevde det samme som SJØ og LUFT. De hadde SANINSP HÆR og en Stabslege Hær i FSAN. SANINSP HÆR ble nedlagt i 2003 og erstattet med et sanitetsbefal som oberstløytnant og ikke uventet begynner vi nå å se klare svikttegn i operativ hær sanitet).

Erfaringen fra perioden 1977 til 1994 viser at marinesanitet som en operativ virksomhet krever både kompetent ledelse på riktig gradsnivå (innflytelse i SJØ og overfor FSAN) og en institusjonell organisering for å kunne levere denne viktige operative kapasitet.

I 1991 kom sanitetens redningsmann i form av en handlekraftig generalinspektør – kontreadmiral Kjell Amund Prytz. Han forstod problemstillingen og foreslo i 1991 opprettelsen av en sanitetsinspektør i Sjøforsvaret. Først lyktes han i å opprette en stilling som medisinsk hovedlærer i Sjøforsvaret i 1992 lokalisert på Havariskolen hvor undervisningsavdelingen fra sykestuen hadde flyttet inn. I 1994 fikk han endelig opprettet SANINSP SJØ på Haakonsværn som nivå 3 sjef og med kommandørs grad.

Fra 1994 har vi bøtet på de mangler og den nærmest totale mangel på institusjonell sanitetskompetanse som marinen led under. Det begynner å bli bra, men fortsatt sliter vi noe – det understreker hvor fort

⁶⁹ Sanitetsinspektør var betegnelsen på sanitetssjefen i Hæren og Sjøforsvaret.

kunnskap og kompetanse forvitrer og hvor lang tid det tar å bygge det opp igjen.

I løpet av de siste årene har marinesaniteten blitt fornyet og fokus er vridd bort fra sykestuene (fredshelsetjeneste) og personell og ressurser er flyttet til produksjon av operativ sanitet. Det er nu skipsleger på alle større fartøyer og avdelinger. Det er sykepleiere tilknyttet fregattene, flotiljene og skvadronene samt Kystjegerkommandoen, Minedykkerkommandoen og Marinejegerkommandoen. Sanitetsmateriellet er fornyet og tidsmessig. Sanitetens stab er tidsmessig, knyttet opp mot Kysteskadren⁷⁰ og har ansvar for hele Sjøforsvaret og SJ SAN SJØ (som det heter fra 1. aug 2003) har plass i GIS' ledergruppe (absolutt nødvendig for å gjøre jobben). SJ SAN SJØ er opprettholdt som kommandør (på tross av noen forslag om kommandørkaptein) som også er en forutsetning for å kunne opprettholde fokus på sanitet internt, internasjonalt og i forhold til FSAN og Forsvarets Operative Hovedkvarter (FOHK)⁷¹. Staben er styrket med farmasøyt (som ivaretar medikamenter og utstyr), vaterinær (som ivaretar vann- og næringsmiddelhygiene – svært forsømt tidligere) og ikke minst psykolog. En døgnkontinuerlig Sjøforsvarets Legevakt er etablert og Sjøforsvarets Støttelag har levert støtte siden 1994 (leger, prester, psykologer og sykepleiere som kan rykke ut og støtte operativ sjef ved alvorlige hendelser på timers varsel). Rekvirerte sanitetsfartøyer er den eneste del som er igjen av rekvirert marinestruktur og disse videreutvikles og skal kunne støtte det sivile samfunn i katastrofer og kriser. Gjennom de siste års omorganiseringer (EROS, NEPTUN med mer) og nedleggelse (Sjøforsvarsdistriktene) er saniteten relativt sett styrket pga en fornuftig organisering, gode argumenter som har nådd frem til beslutningstagerne og fremsynte og kapable generalinspektører.

I tillegg til nevnte begrunnelse for at marinesaniteten nu er bedre enn på lenge finner man nok noe av begrunnelsen for dagens situasjon i de mange negative hendelser relevante for saniteten og marinen gjennom de siste 15 år. Kriser understreker verdien og betydningen av en god sanitet og det er vel slik at man må ha noen branner av og til for å være villige til å betale for en brannstasjon. Jeg kan nevne

- Forurensningssaken på Sjøforsvarets Havariskole (HAS) med mistanke om skadelig arbeidsmiljø og skadelig utslipp til det ytre miljø

- Forurensningen av havnebasen på Haakonsværn med dykkere som ble syke
- Helsekortsaken hvor ledelsen på Haakonsværn Orlogsstasjon (HOS) tok beslag i bedriftslegens arkiv
- Fregatten KNM Oslos forlis (uten skipslege ombord)
- KNM Kvikksaken og mistanken om helseskader på offiserers avkom
- Kreftdødsfall på Røddbergodden og Meløyvær fort. (Gav opphav til Prosjekt HMS SJØ, sannsynligvis den største arbeidsmiljøkartlegging i Norge).
- Mistanke om overdødelighet blant tidligere ubåtpersonell
- Kuldeskadesaker på Kystjegerkommandoen, Sjøkrigsskolen og Befalsskolen for Sjøforsvaret
- Minefartøyet KNM Orklas forlis
- Mange tjenestegjørende som er skadet og noen få som er døde i tjenesten.

Forholdet til FSAN er fortsatt anstrengt. Ikke minst fordi SJ FSAN har foreslått saniteten igjen organisert etter malen fra 1977. (I LUFT er saniteten på knærne fordi sjefslegestillingen er borte). Imidlertid har SJ FSAN til GIS uttalt at han er fornøyd med marinesaniteten og at vi har den eneste operative oppgående sanitet for øyeblikket.

Konklusjon

I perioden 1960 til i dag har marinesaniteten gjort mange dyrekjøpte erfaringer. I 1960 var marinesaniteten meget bra og var basert på erfaringer fra krigen og oppbyggingen etter krigen. I 1977 ble marinesaniteten ledelse fjernet fra Marinen og nedgangen satte inn. Nedgangen kulminerte med total mangel på skipsleger i 1990. Krisen gav grunnlag for at Generalinspektøren for Sjøforsvaret⁷² gjenopprettet sanitetsstaben i Marinen ved SANINSP SJØ i 1994 og i dag har Marinen igjen en tidsmessig sanitet som leverer operative tjenester som gjør at fartøyer og avdelinger kan ivareta sine oppdrag og sitt personell – samtidig.

⁷⁰ I dag er dette Marinen.

⁷¹ I dag Forsvarets Operative Hovedkvarter (FOH).

⁷² I dag Sjefen for Sjøforsvaret.

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



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

Redaksjon

Sjefsredaktør Kontreadmiral, lege, spesialist i samfunnsmedisin Jan Sommerfelt-Pettersen.
jan@sommerfelt-pettersen.no

Redaktør fra Saniteten i Sjøforsvaret, Kommandør, lege, spesialist i arbeidsmedisin Ole Harald Budal.
olebudal@gmail.com

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

Korrekturleser er kommandør (p), overlege, spesialist i samfunnsmedisin Vilhelm F. Koefoed Ph. D.

Styret

Leder, orlogskaptein (p), MSc
Agnar Tveten. President. aganr@tveten.org

Chief Medical Officer, lege, spesialist i arbeidsmedisin
Eigil Gulliksen. Kasserer. Styremedlem.
egulliks@gmail.com

Lege, veterinær Pernille Simolin. Styremedlem.

Professor emeritus, lege, spesialist i barnekirurgi Eilif
Dahl. Styremedlem.

Lege, spesialist, orlogskaptein (r) Arne Johan Ulven.
Styremedlem.

Lege, spesialist i psykiatri, orlogskaptein (p), sjøkaptein
Anders Hartwig. Varamedlem.

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

Redaktørens bakside

I denne spalten vil presidenten dele sine baksidetanker med leserne.

Første nummer av DoCumentum Navale kom i 1996. Johan Foss, foreningens formann, som det het den gangen, skrev i det første nummeret «Vårt lim er i første omgang et DoCumentum. Det akter vi å sende ut til alle medlemmer i Norsk Forening for Sjøfartsmedisin...»

Redaktøren var en kapteinløytnant og allmennpraktiker som het Jan Sommerfelt-Pettersen. Etter 27 år er fortsatt redaktøren den samme. Det har blitt 69 utgaver og nesten 700 sider med artikler i maritim medisin.



Alle tidligere numre finner du i arkivet på foreningens hjemmeside, www.nfmm.no

Redaktøren beklager at dette nummeret kommer noe sent, men jeg har ventet lenge på flere innlegg.

Det har vært en meget interessant tid, men det er på tide at redaktøren takker for seg og overlater jobben til neste generasjon.

Jeg vil takk alle som har vært med på reisen og sikret at DoCumentum Navale har hatt allehånde artikler. Jeg vil også takke de min korrekturleser gjennom 26 år, Vilhelm Koefoed. Vi vet alle at kvalitetssikring er viktig. Ikke minst vil jeg takke våre lesere og foreningens medlemmer.

Maritim medisin er viktig.

Takk for seilasen og god tur videre.

Redaktør
Kontreadmiral (p) lege
Jan Sommerfelt-Pettersen
jan@sommerfelt-pettersen.no

