

## 26 Maritim medisin blir institusjonalisert

*Det er åpenbart for de fleste – som har tenkt på problemstillingen – at faget maritim medisin vanskelig kan fungere tilfredsstillende uten et tilknytningspunkt til et universitetssykehus. Maritim medisin er et lite og særegent fagfelt og har derfor betydelig behov for et institusjonelt oppheng for å ivareta institusjonell kompetanse og faglig utvikling, spesielt over tid. Det har vært mange forslag om og forsøk på, å få opprettet et senter for maritim medisin. Ingen av forsøkene har lyktes før Norsk senter for sjøfartsmedisin ble opprettet på Haukeland Sykehus etter vedtak i Stortinget i 2005.*

*Foreningen ble invitert til å oppnevne en person til senterets råd i skriv av 2005-04-30. Foreningen oppnevnte formannen kommandør Jan Sommerfelt-Pettersen. Den første lederen for det første norske senter i maritim medisin forteller historien om de første årene for første gang.*

Maritim medisin er en internasjonal medisinsk disiplin, fordi industrien den skal betjene foreløpig er den eneste virkelig globale industrien. Senteret satset derfor fra første stund internasjonalt og har utviklet seg til et senter som blir sett og regnet med i fagmiljøet internasjonalt. Stortinget vedgikk at Norge ikke hadde tatt sine forpliktelser særlig alvorlig da arbeidet med å etablere senteret kom i gang, og innså at det var behov for å gjøre noe. I starten var det telemedisinsk rådgivning man fokuserte på, mens de andre områdene innen maritim medisin bare ble nevnt i generelle vendinger. Fortsatt i dag mangler det mye på tilstrekkelig forståelse i departementer og direktorater, så vel som hos politikere. Vi mangler et helseregister for sjøfolk, selv om vi vet at arbeidsplassene de jobber på er blant de farligste, utsatt både for skade og sykdom. Til tross for stadig strammere budsjetter i sykehuset, har vi klart å bygge et senter fra to personer i 60 % stilling hver i 2006 til 22 personer i tolv årsverk i 2018. Utviklingen har vært spennende, med mange ulike aktiviteter innen mange medisinske områder.

## 26.1 Hva er maritim medisin?

Helt innledningsvis føler jeg behov for å si noe om det. Fortsatt er det slik at vi får spørsmål om hva maritim medisin er, eller enda verre, et spørsmål om maritim medisin er noe i det hele tatt.

Maritim medisin må håndtere *alle* medisinske problemstillinger relatert til mennesker på skip. De spenner over de aller fleste av medisinens fagområder. Her er det selvsagt noe allmennmedisin, mikset med noe sykehusmedisin i alle aktuelle kliniske spesialiteter. Men, i et 24-timers samfunn der man bor og oppholder seg på arbeidsplassen selv i friperioder, og med alle de risiki vi vet om finnes i forbindelse med skipstransport, er det svært mye arbeidsmedisin i dette. Aller mest handler dette om samfunnsmedisin, høyt hevet over helsetjenesten for befolkningen på kommunalt, fylkeskommunalt og nasjonalt nivå.

Den globale industrien som handelsflåten er, medfører at det arbeider mennesker fra mange ulike nasjonaliteter, med ulike språk, kulturbakgrunner og 'helsebagasje' på et skip. Den juridiksjon skipet tilhører, varierer med flagget, og flagget bestemmes av rederen etter hvor han finner det best å registrere skipet, basert på en forretningsmessig vurdering. Det betyr at det er en tendens til å flagge skip i registre med lavere minimumskrav, lettere rapportering, mindre avgifter og skatter, enklere byråkrati, mindre inspeksjoner etc.

Hvis Norge vil gå i bresjen for å bedre sjøfolks helse ved å lage strengere nasjonale krav til arbeids- og levevilkår, forebyggende helsevirksomhet og lignende på skip, medfører det bare at skipene flagger ut fra NOR og NIS til andre mer bekvemmelige registre. Skal vi heve minimumsstandarden, er det derfor i all hovedsak bare en farbar vei; vi må arbeide for internasjonal enighet om minimumskrav til alle de forhold som påvirker sjøfolks helse. Det betyr i all enkelthet å arbeide gjennom FN-organene, såsom International Maritime Organisation (IMO), International Labour Organisation (ILO), Verdens helseorganisasjon (WHO), International Organisation of Migration (IOM). Det er der slagene står og seirene må vinnes.

Vi regner med at det finnes cirka 100 000 handelsskip over 500 tonn i verden. Der arbeider det 1,5 millioner mennesker fra alle nasjoner på skip registrert i de over 175 land som regner seg som sjøfartsnasjoner. Samtidig har vi over 30 millioner fiskere, med problemstillinger som har et mer nasjonalt preg. Vi har et ukjent antall mennesker i offshore petroleum- og vind-industri, der sokkelstaten styrer lovgivningen, men der multinasjonale selskaper med arbeidere fra mange land jobber. Tilsvarende gjelder i dykkevirksomheten, i losvirksomheten og i havbruksnæringen. Vi vet ikke hvor mange de er. Og til sist har vi de som arbeider på ulike lands militære far-

tøyer. Disse finnes det selvsagt ingen internasjonal samlet registrering av. Her gjelder bare nasjonale tilnærminger.

Å arbeide i dette fagfeltet betyr å arbeide på mange fronter, med mange spesialiteter, nasjonalt og internasjonalt, forebyggende så vel som operativt og klinisk, på systemnivå så vel som på individnivå. Det handler i stor grad om samfunnsmedisinske spørsmål. For utenforstående er det alltid det «blålys- og action-pregede» som får oppmerksomhet, mens det forebyggende arbeidet blir lidende. Så også i maritim medisin. 'Alle' har hørt om Radio Medico, bare noen få av dem er klar over at maritim medisin er så mye, mye mer. Vi ser det tydelig i opptakten til etableringen av senteret. Det tok ganske lang tid før man forstod at dette handler om mer enn telemedisinsk rådgivning.

I det følgende vil jeg se litt på hva senteret har engasjert seg i, gjennom de årene jeg har vært leder der, fra 2006 til 2018.



NORSK SENTER FOR  
SJØFARTSMEDISIN

## 26.2 Opptakt

Det ligger en lang historie med lobbyvirksomhet forut for etableringen av et sjøfartsmedisinsk senter i Norge. Dette diskuteres annetsteds i jubileumsskriftet, og jeg går ikke nærmere inn på det her. Spørsmålet ble diskutert i Stortinget flere ganger før Norsk senter for sjøfartsmedisin (NSS) endelig ble etablert med interimsdrift i 2005 og regulær drift fra 2006.

I Stortingsmelding nr. 43 (1999–2000) om akuttmedisinsk beredskap<sup>1256</sup> ble det uttalt at Norges internasjonale forpliktelser krevde et bedre medisinsk tjenestetilbud for sjøfarten. Man så for seg å integrere Radio Medico i den medisinske nødmeldetjenesten, og samtidig ville det være positivt å opprette et senter for sjøfartsmedisin, med en faglig samordning av dette og rådgivningstjenesten.

I samme stortingsmelding skrev man også at man ikke bør spre slik rådgivning på mange AMK-sentraler, både for å samle kunnskapen på et sted, og for å gjøre det enklere for brukerne med en enkel måte å henvende seg på. Departementet viser til utredningen fra arbeidsgruppen med Fylkeslegen i Rogaland som sekretariat, og vil være med på å drøfte opprettelsen av et senter for sjøfartsmedisin med dets innhold og funksjon. Departementet ser for seg at senteret skal ligge på Vestlandet. Man viser til det pågående arbeidet med å lage en Forskrift om skipsmedisin, som etter planen skal vedtas i første halvår 2000, og hva denne sier om retten skip vil ha til

<sup>1256</sup> St. meld. nr. 43. (1999–2000) *Om akuttmedisinsk beredskap.*

gratis råd fra lege ved sykdom eller ulykkestilfeller<sup>1257</sup>. Det tok jo litt lengre tid enn departementet hadde regnet med, idet forskriften trådte i kraft først i mars 2001.

Svært mye av diskusjonen handlet denne gangen om Radio Medico og samarbeidet med AMK-sentralene, der det ble vist til en utredning fra Kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom).

Kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) har, i samarbeid med blant annet hovedredningssentralene og fylkeslegen i Rogaland, utarbeidet et forslag til rutiner for henvendelser fra skip om legehjelp, i henhold til bestemmelsene i forskrift om skipsmedisin.

Her legges det opp til en viss arbeidsdeling mellom Radio Medico og AMK-sentralene. Arbeidsdelinga går ut på at Radio Medico tar seg av alle akutte og ikke akutte henvendelser fra skip utenfor norsk redningstjenestes ansvarsområde. Akutte henvendelser innenfor norsk redningstjenestes ansvarsområde går til den AMK-sentral som håndterer redningshelikopter for det området skipet befinner seg i. ... Departementet vil vurdere KoKoms forslag til rutiner for henvendelser fra skip om legehjelp.

Diskusjonen bar preg av utviklingen med opprettelse av systemet med AMK-sentraler i samme periode. Det ble derfor satt søkelys på akuttmedisinske problemstillinger, og bare i liten grad tok man inn over seg at det meste av rådgivningen til sjøs handler om syke og skadede personer som skal behandles ombord, ikke evakueres eller innlegges i sykehus og der helsepersonell ikke vil være fysisk tilgjengelige ved pasientens side før kanskje etter flere dager. Radio Medico var på denne tiden ikke institusjonalisert, men hadde eksistert som et tilbud fra 1923 og i faste former fra 1949 med en enkelt lege i vakt fram til 1985, og fra da som et samarbeid mellom selvstendig næringsdrivende leger med en koordinator, og uten noe institusjonspreg. Synspunktene fra vaktlegene i Radio Medico måtte tydeligvis vike for de sterkere AMK-interessene.

Men resten av sjøfartsmedisinen var bare så vidt nevnt i generelle vendinger.

Utviklingen stoppet imidlertid ikke opp, og erkjennelsen synes å ha øket til neste gang dette temaet kom på banen i Sosialkomiteen sin innstilling nr 300 (2000–2001)<sup>1258</sup> der det heter:

«Departementet mener det medisinske tjenestetilbudet for sjøfart må bedres og vil ta initiativ til samordning med sikte på å få i stand en styrket og mer institusjonalisert rådgivningstjeneste til skip. Departementet er positiv til en opprettelse av et senter for sjøfartsmedisin, og ser det som naturlig at det skal være en faglig samordning mellom dette senteret og rådgivningstjenesten til skip.»

1257 FOR 2001-03-09-439 *Om skipsmedisin*; § 20.

1258 Innst. S. nr. 300 (2000–2001). *Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap*.

Dette kan tolkes som en erkjennelse av at sjøfartsmedisin er noe særegent, og at rådgivningen til syke og skadede på havet ikke nødvendigvis er en naturlig del av AMK-virksomheten.

Fortsatt var det imidlertid ikke noe senter, og det ble det heller ikke etter at St. prp. nr. 1 (2003–2004) kom. Selv om uttalelsen bar preg av stadig større innsikt i behovet, var det likevel en ‘rykk tilbake til start’-kommando. Man uttaler at

«Etter en gjennomgang av innkomne vurderinger fra Fagrådet for høyspesialisert medisin, anser departementet ikke det planlagte kompetansesenteret som en høyspesialisert funksjon. Det bør derfor ikke opprettes som et nasjonalt medisinsk kompetansesenter, jf. Forskrift om godkjenning av sykehus og om lands- og flerregionale funksjoner ved sykehus. I samarbeid med Helse Vest RHF vil departementet arbeide videre med organisering av denne funksjonen og komme tilbake til Stortinget.»

Neste år var det gjort ytterligere utredning i departementet, og – endelig – etter mange års lobbyvirksomhet, kom den etterlengtede beslutningen fra myndighetene. Statsbudsjettet for 2005 (St.prp. 1 2004–2005)<sup>1259</sup> inneholdt en passus om opprettelsen av et sjøfartsmedisinsk senter. Teksten i denne stortingsmeldingen har seinere blitt betraktet som senterets mandat, og lyder slik:

«Senter for sjøfartsmedisin

I St.prp. nr. 1 (2003–2004) orienteres det om at Helsedepartementet vil samarbeide med Helse Vest RHF om å samle berørte fagmiljøer og organisere et nasjonalt senter for sjøfartsmedisin. Et planlagt senter skal samle og formidle kunnskap om sjøfartsmedisin til redere, fartøy, myndigheter og andre brukere. Senteret skal kunne initiere og utføre forskning, registrere forekomst av sykdom og ulykker til sjøs, gi undervisningsstøtte ved utdanning av sjøfolk og være kontaktpunkt for internasjonalt samarbeid på feltet. Senteret tenkes også å omfatte den operative legerådgivningstjenesten Radio Medico. Helse Vest RHF vil av departementet bli bedt om å opprette et norsk sjøfarts-medisinsk senter, i nært samarbeid med andre fag-miljøer innen helsetjeneste og forskning.»

Stortinget bevilget samtidig den generøse sum av 200 000 kroner til formålet! Det holdt til ansettelse av en interimsleder og til planleggingsaktivitet. Departementet ga oppdraget til Helse Vest RHF<sup>1260</sup>, som ga det videre til Helse Bergen HF, der det ble opprettet et senter i Yrkesmedisinsk avdeling.

1259 St. prp. nr. 1. (2004–2005).

1260 Brev fra Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement til Helse Vest RHF v/Fagdirektør Helge Bryne, om *Etablering av sjøfartsmedisinsk senter i Bergen*. Ref. 200201357-/HEL av 16.11.2004.



*Figur 78 Aksel Harald Schreiner. Foto: Privat*



*Figur 77 Leif Aanderud. Foto: Privat*

### 26.3 Interimsperiode

Den 12. august 2004 ble det holdt et møte på Neptun hotell i Bergen, der man diskuterte hvordan senteret kunne bli en realitet. Man forventet at det før eller siden ville komme en bevilgning, og den kom da også seinere på året. I statsbudsjettet ble det bevilget to hundre tusen kroner. Ikke mye å bygge et senter for, men nok til å komme i gang.

Professor Aksel Harald Schreiner ble ansatt som interimsleder fra 1. januar 2005. Med sin bakgrunn som leder av Radio Medico siden 1985, spesialitet i indremedisin, infeksjonsmedisin og tropemedisin, var han det naturlige førstevalget til å starte opp virksomheten.

Leif Aanderud var på denne tiden leder av Seksjon for hyperbar oksygenbehandling, og arbeidet tett sammen med Aksel når det gjaldt produksjon av boken *Medisin om bord*. Han og Aksel laget videoer om medisinske behandlingsprosedyrer. Disse var først utgitt på en CD, og seinere ble de utgitt på DVD. Den ble solgt via senteret og Innovest AS. Da Leif ble pensjonist, arbeidet han en periode ved senteret som kurskoordinator.

Den 7. desember 2005 var det duket for 'oppstartsmøte' på Pleiestiftelsen nr. 1, med påfølgende festmiddag. En lang rekke personer – i alt 56 – som i større eller mindre grad hadde hatt med saken å gjøre, eller som ble ansett å være nøkkelpersoner i det følgende, ble invitert. Invitasjonslisten omfattet representanter for Styringsgruppen, Fagrådet, Yrkesmedisinsk avdeling, UiB (toppleidelse og arbeidsmedisinsk seksjon), Helse Vest, KOKOM, Sjøfartsdirektoratet, Kystverket, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, Oljeindustriens landsforening, Fylkeslegen i Rogaland.

land, Helsetilsynet, NST, Saniteten i Sjøforsvaret, Sjøkrigsskolen, Hovedredningsentralen, Maritimt forum, Krefregisteret, Rogaland Radio og til og med fra Danmark, der miljøet i Esbjerg var representert. Alle møtte ikke, men det ble en god markering og en høytidelig oppstart av senteret.

Interimsstyret bestod av Aksel Schreiner, Brit Pedersen, Bente E. Moen, Leif Aanderud og Tor B. Aasen, med Aksel Schreiner som interimsleder.

I løpet av dette året ble boken *Medisin om bord* utgitt med Aksel Schreiner og Leif Aanderud som redaktører. Det er en veiledning til sjøfolk som har ansvaret for medisinsk behandling ombord, med bakgrunn bare i den obligatoriske STCW-opplæringen i førstehjelp, medisinsk førstehjelp og medisinsk behandling.

Grunnlaget ble lagt for regulær drift fra 2006. Haukeland sykehus utlyste stilling som leder med følgende oppgaver:

«Daglig leder skal bygge opp senteret faglig og ressursmessig og etablere kontakter med myndigheter, forskningsmiljøer, næring og organisasjoner. Forskning på sjøfolks helse, miljø og sikkerhet vil være vesentlige deler av virksomheten. I nært samarbeid med Universitetet i Bergen vil en tilstrebe utvikling av akademisk kompetanse hos medarbeidere.»

Å være en ensom leder av et 'senter' ville ha vært ganske stusselig, men heldigvis fant avdelingsdirektøren penger til å gå for to personer i 60 % stilling hver – hvilket passet med planene for dem som ble ansatt.

Fra 1. juli 2006 startet så regulær drift av senteret med to ansatte – Alf Magne Horneland som leder, og Arne Johan Ulven som nestleder og forskningssjef.



*Figur 81 Alf Magne Horneland. Foto: Privat*



*Figur 80 Arne Ulven. Foto: Privat*



*Figur 79 Medisin ombord, 2006.*

## 26.4 Den første tiden med regulær drift

Yrkesmedisinsk avdeling stilte et rom til disposisjon for det nye senteret, og vi flyttet inn i juli 2006. Arne Ulven og undertegnede var i hver vår 60 % stilling, og Aksel Schreiner jobbet så godt som gratis sammen med oss.

Budsjettet var for lite til å ansette flere mennesker, og det var heller ikke dekning for utgifter til investeringer til kontorutstyr eller til aktiviteter som innebar kostnader av noe slag. Bevilgningen for 2006 var 1 mill. kroner, og ikke nok til å komme i gang på skikkelig vis.

Vi fikk ikke noen presisering av Stortingets mandat, hverken fra Helse Vest RHF, Helse Bergen HF eller Yrkesmedisinsk avdeling, men ble overlatt til egen fortolkning av formuleringene i Sttingsproposisjonen. I starten ønsket vi at vi hadde fått en presisering av mandatet, kanskje mest fordi det ville ha vist at overordnede organer involverte seg i vår aktivitet, men seinere var vi mer og mer takknemlige for at vi ikke ble detaljstyrt fra oven. Det ga oss nemlig de handlingsrommet vi behøvde for å bygge senteret, etter hvert som det dukket opp muligheter på ulike områder.

Vi hadde en såkalt 'Styringsgruppe', men det ble fort klart at den ikke hadde mandat til å 'styre' noe som helst, og fungerte mer som et koordineringsutvalg mellom ulike instanser, Helse Vest RHF, Universitetet i Bergen, Helse Bergen HF, og Norsk Forening for Maritim Medisin. Gruppen ble ledet av Jan Sommerfelt-Pettersen (Sjøforsvaret), og bestod dessuten av Grethe Seppola Tell (Helse Bergen ledelse), Alfred Halstensen (UiB, Medisinsk Fakultet), Olav Eielsen (Helse Stavanger / RAKOS)<sup>1261</sup>, Aksel Schreiner (Radio Medico), Tor B. Aasen (Yrkesmedisinsk Avdeling), Arne Johan



*Figur 83 Arne og Aksel ved 'møtebordet', undertegnede stående bak. Foto: Privat*

<sup>1261</sup> Regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter i Helse Vest.



Ulven (NSMM) og Alf Magne Horneland (NSMM) som leder av senteret og styringsgruppens sekretær.

Denne gruppen hadde en del møter i starten, men etter hvert som senteret kom i gang med ordinær drift der ledelsen fulgte linjen, ble en slik gruppe irrelevant. Da senteret gikk ut av kompetansesenterstrukturen (hvor vi ikke egentlig noen gang var skikkelig inne), ble gruppen nedlagt.

Professor Alfred Halstensen – med bakgrunn som fiskebåtredere fra Austevoll – minte oss på at «Action comes with money, and money comes with action!» – Vi tok utsagnet på alvor, og ettersom vi ikke hadde penger, måtte vi begynne med aksjon, for å få utviklingen i gang.

Som kontor fikk vi en tidligere sengestue i det gamle Hudbygget der Yrkesmedisinsk avdeling holdt til. Vi gikk i gang med snekker- og malerutstyr, og satte vårt personlige preg på 'senteret' med mørkeblått tak med kompassrose i.

Det var vel ikke helt i samsvar med god HMS-kultur, da vi for å lage stillas, satte tre bord oppå hverandre og surret dem sammen med kirurgisk tape. På det øverste lå vi i tur og orden på ryggen og malte, mens vi tenkte på hvordan Leonardo da Vinci må ha følt seg i det sixtinske kapell. Bjørg Eli Hollund, yrkeshygieniker på avdelingen, fanget situasjonen med fotoapparatet, men har heldigvis holdt bildene unna offentligheten.

Vi innredet med en kontorkrok i hvert hjørne til hver av oss tre som jobbet der, og laget et møtebord i midten, der vi koblet til en prosjektør. Deretter startet vi opp tankesmien. Det manglet ikke på kreativitet rundet det bordet, og diskusjonene var mange. Det ble tenkt mange kloke tanker, og noen ikke fullt så kloke. Vi diskuterte omtrent alt vi foretok oss, og forfattet dokumenter i lag, i all hovedsak med undertegnede som redaktør og sekretær.



*Figur 84 Kompassrosen som Arne og undertegnede malte i vårt første kontor.  
Foto: Privat*

## 26.5 Sjøhelsekonferansen og Sjøhelserådet

Vi startet opp med Sjøhelsekonferansen, som vi i begynnelsen arrangerte hvert år, seinere annethvert år. Dette var en dybdekonferanse, der vi forsøkte å belyse et bestemt tema fra ulike sider. Konferansen ble avsluttet med Dr.

James Linds Middag, til ære for ham som ansees å være maritim medisins far.

I begynnelsen forsøkte vi også å få til en referansegruppe, og kalte denne for Sjøhelserådet. Det viste seg imidlertid at det var vanskelig å få opp interessen for å delta, og gruppen svant bort av seg selv.

Allerede før vi kom skikkelig i gang, hadde vi en gruppe som arbeidet med å formulere en brosjyre om 'Ship Medical Facilities'<sup>1262</sup>, der Helsedirektoratet, Sjøfartsdirektoratet, Medi3 og Global Medical Support var deltakere. Tilrådingen dannet grunnlaget for det som seinere ble produsert av Medi3 som en skipsmedisinsk enhet.

Fra første stund arbeidet vi med å forberede institusjonalisering av Radio Medico, men dette var et langt lerret å bleke og ble først en realitet fra 2011.



Figur 85 Ship Medical Facilities – 2006.

## 26.6 Navneendring

I løpet av de to første årene diskuterte vi ofte hvordan vi skulle tolke mandatet, og hvor grensene skulle settes. Det virket litt snevert å snakke bare om 'sjøfart' i tradisjonell forstand. I de fleste land benyttet man begrepet 'maritim medisin', og vi ønsket å gjøre det samme, idet vi fant at også losere, fiskere, petroleumsarbeidere, havbruksarbeidere og kanskje andre som hadde havet som arbeidsplass, naturlig hørte inn under samme fagområde. Vi syntes ikke at navnet Norsk senter for sjøfartsmedisin var dekkende for den virksomheten vi så for oss<sup>1263</sup>.

Allerede fra årsskiftet 2006/2007 tok vi i bruk det nye navnet Norsk senter for maritim medisin (NSMM) og Norwegian Centre for Maritime Medicine (NCMM). Vi hadde til og med en fransk forkortelse, som ikke har vært mye i bruk: Centre Norvégien de Médecine Maritime (CNMM) – og en tysk: Norwegisches Zentrum für Maritime Medizin (NZMM).

1262 Norsk senter for sjøfartsmedisin. 2006-09-11. *Recommendations on Ship Medical Facilities*.

1263 Styresak nr 2007-01/4. NSMM A11 003 002 Styringsgruppe 2007-04-25 Referat.

I tråd med god forvaltningspraksis medførte dette behov for tilgivelse, og det fikk vi etter søknad til Helse Vest RHF. Navnet ble offisielt endret til Norsk senter for maritim medisin<sup>1264</sup>.

### 26.7 Økonomiske utfordringer i oppstartsfasen

I oppstartsåret 2005 var bevilgningen kr 200 000. I 2006 ble det bevilget 1 million kroner, som på langt nær var nok til å bygge et senter. I 2007 fikk vi 2 millioner kroner, men med en besynderlig klausul om at eventuell finansiering fra eksterne kilder skulle trekkes fra dette beløpet<sup>1265</sup>. Etter en runde med Helse Vest der saken ble styrebehandlet, fikk vi tilbakemelding om at dette ikke gjaldt tilskudd til drift, men til prosjektfinansiering. Ettersom man neppe får tilskudd til drift fra noen som helst ekstern kilde, bare til prosjektfinansiering, ble saken stående på samme sted, som en noe besynderlig måte å stimulere til å forsøke å skaffe eksterne midler i en oppbyggingsfase. Olav Eielsen satte ord på det da han sa at

«Senteret kan jo ikke gjøre noe mere enn det som man får penger til, og pengene kan jo ikke rekke til det som er gitt som mandat».

Høsten 2006 ble alle budsjettmidler i Helse Bergen fryst, og dette rammet også Norsk senter for sjøfartsmedisin. Vi anså dette som svært uheldig for senteret i en sårbar oppbyggingsfase, der personell- og økonomisituasjonen på forhånd allerede lå nær eksistensminimum. Videre oppbygging, etablering av kontakter, og avtaler om forpliktende samarbeid med andre aktører ble lagt på is, ettersom senteret bare kunne tillate seg faste utgifter. Signalene om økonomiske rammer for 2007 og delvis også for videre utvikling i 2008 var så dramatiske at en seriøst måtte vurdere om senteret kunne fortsette, eller om man måtte permittere fra 2007. Etter møte med administrerende direktør Stener Kvinnsland, ble man enige om en felles forståelse om at senteret måtte ha en levedyktig infrastruktur, og at dette innebar en viss økning av budsjetttrammene for 2008<sup>1266</sup>.

Diskusjonen om penger preget de første årene, og det var særdeles utfordrende å få de samme myndigheter som hadde gitt oss et bredt mandat, til å gi oss penger til å realisere mandatet.



NORSK SENTER FOR  
MARITIM MEDISIN

*Figur 86 Vår nye logo  
– fra 2008.*

1264 Brev fra Helse Vest RHF, ref. 2003/828-2535/2007 av 19.06.2007, Helse Bergen HF Sak nr 2007/2796 Dok. Nr 1, Ark. 019, 20/06-07.

1265 Møte i Styringsgruppen for NSS, 09.03.06, NSS A11 001 001 Ref. Styringsgruppe, 09.03.06. Sak nr 1.

1266 Møte i Styringsgruppen for NSS 2007-04-25. Sak nr 2007-02 Økonomi.

Til å begynne med var det bare oss tre – Arne i 60 %, Aksel i formelt sett 0 %, men reelt sett mye mer, samt undertegnede i 60 % stilling. Vi arbeidet hardt med finansieringen i den første perioden, og hadde møter med ledelsen i Helse Bergen, Helse Vest, Helsedirektoratet og Helsedepartementet. Dette resulterte i en liten økning i budsjettet – vesentlig fra Helse Bergens side, nok til at Arne gikk opp i full stilling fra 1. desember 2007, og undertegnede i full stilling fra 1. mai 2008.

## 26.8 Det første professoratet

Å bygge opp et kompetansesenter som ikke har utgangspunkt i et allerede eksisterende fagmiljø, er utfordrende. Vi valgte å satse på kompetanse som allerede var etablert og tok kontakt med Eilif Dahl, spesialist i barnekirurgi ved Rikshospitalet og en av verdens fremste cruiseleger. Han svarte positivt på henvendelsen om å bli knyttet til senteret og Universitetet i Bergen<sup>1267</sup>.

Eilif Dahl ble ansatt fra 2007 i et adjungert professorat i medisin (maritim medisin) i 20 % stilling ved Institutt for indremedisin, med arbeidssted NSMM. Eilif var allerede en internasjonalt anerkjent sjøfartsmedisiner, med spesialfelt cruisemedisin. Han er fortsatt tilknyttet senteret. Han har alltid ivret for vitenskapelig publisering, og har veiledet mange til å skrive artikler, blant annet også som biveileder for Vilhelm Koefoeds doktorgradsarbeid. Fra 2009 har han vært viseredaktør i *International Maritime Health*. Med



*Figur 88 Professor Eilif Dahl.*



*Figur 87 Medisin ombord, i engelsk utgave 2007.*

1267 Møte i Styringsgruppen for NSS, 06.06.06, NSS A11 002 001 Ref. Styringsgruppe, 06.06.06. Sak 4.7

bakgrunn allerede fra International Maritime Health, og fra American College of Emergency Physicians, Section of Cruise Medicine, hadde han mye å tilføre både av kunnskap og kontakter. Når dette skrives, er han også visepresident i IMHA, og redaktør for IMHA Newsletter.

### 26.9 Gaver fra Odfjell ASA og fra Grieg Foundation

En oppstartsgave fra Odfjell ASA på 100 000 kroner ble brukt som garanti for utgivelsen av *Medisin om bord* på engelsk i 2008 og for produksjon av DVD om medisinsk behandling ombord ('Førstehjelp til sjøs') i 2009<sup>1268</sup>. DVD-en ble solgt gjennom Innovest AS (se nedenfor om vårt samarbeid med dem).

I forbindelse med utviklingen av Radio Medico er det gjort et arbeid for å lage et videotek som kan benyttes av legene på vakt, der de kan sende den aktuelle videosnutten til medisinsk ansvarlig offiser når det behøves. I forbindelse med *Interactive Maritime Medical Guide*, vil slike instruksjoner bli en integrert del av 'boken'.

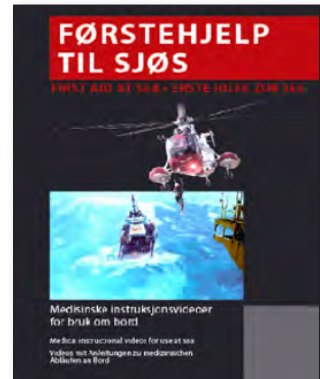
Grieg Foundation stilte 250 000 kroner til rådighet for innkjøp av utstyr til forskning og utvikling av ny synstest<sup>1269</sup>. Disse midlene, samt en seinere gave til samme formål fra Grieg Foundation, gjorde at vi kunne komme i gang med den synsforskningen som omsider førte fram til at Vilhelm disputerte om kontrastsyn i 2018.

### 26.10 Å tjene egne penger – for å få økonomi til å utføre jobben

Det ble etter hvert klart for oss at vi ikke kunne forvente at noen av eget tiltak ville gi oss penger til å utvide virksomheten, selv om det fortsatt manglet mye på at mandatet var oppfylt. Fra tidlig i 2012 begynte vi å tenke at vi måtte få noe av den virksomheten vi var pålagt å drive til å være selvfinansierende, kanskje til og med bidra til å finansiere egen aktivitet.

Etter diskusjon med administrerende direktør, fikk vi anledning til å etablere et prosjekt som vi kalte FUU-prosjektet (FUU= Forskning, utvikling og undervisning)<sup>1270</sup>. I dette prosjektet, som skulle gå over fem år, fikk vi anledning til å overføre midler som var opptjent et år til det neste, og bruke midlene til bestemte formål som var angitt i prosjektet.

Innovest AS ble vår samarbeidspartner for FUU-prosjektet. Gjennom alle år fram til samarbeidet ble avvirket i 2018, hadde vi bare gode erfarin-



Figur 89 DVD. Førstehjelp til sjøs.

1268 *Førstehjelp til sjøs* (2007) Norsk senter for maritim medisin. DVD.

1269 Møte i Styringsgruppen for NSS 2008-02-21 Sak 2008-1.

1270 Etablering av FUU-enhet i Maritim- og dykkemedisin. *Prosjektbeskrivelse*. 12.09.2012



*Figur 90 Anne Gurd Lindrup – kurskoordinator.*

ger med Innovest AS, til tross for den uro som de siste årene omga organisasjonen. Senteret var ikke involvert i noen av de uheldige sakene som kom opp og som medførte at organisasjonen ble avviklet, og Bergen Teknologioverføring tok over.

Vi startet opp med kurs for sjømannsleger, seinere for petroleumsleger, og dette var med på å finansiere flere stillinger. Kursvirksomheten vokste, og vi behøvde mer mannskap. Dette var en tid hvor Norsk Undervannsteknologisk Institutt (NUI) gjennomgikk en del endringer, og arbeidsplassene framstod ikke like sikre som de hadde vært tidligere. Vi 'fisket vel litt i rørt vann', var raske i snuen og fikk kapret Anne Gurd Lindrup til jobben som kurskoordinator fra 2012. Siden da har det ikke vært noen bekymringer knyttet til administrasjon av kursvirksomheten. Hun har stålkontroll med kursvirksomheten, og er garantisten for at alle ballene som er i luften faller ned når de skal og der de

skal. Det skal litt til, ettersom senteret nå arrangerer mellom 20 og 30 kurs per år. I det mest aktive året, 2013, hadde vi over 1100 leger bare på petroleumslegekurs, med over 30.000 studenttimer. Mer om kursvirksomheten lenger nede.

### 26.11 Utenlandsansettelse – Tim Carter



*Figur 91 Professor John Timothy (Tim) Carter.*

En av dem som virkelig har satt spor etter seg hos oss, og som mer enn noen annen har bidratt til den internasjonale aktiviteten, er Tim Carter. Han ble ansatt fra 2010 i et professorat på 30 %, lignende det som Eilif allerede hadde, men ved Institutt for globale helse og samfunnsmedisin og med arbeidssted NSMM.

Tim var allerede internasjonalt kjent og anerkjent, både som rådgiver for ILO og IMO, Chief Medical Adviser to UK Maritime and Coastguard Agency, og president i IMHA. Han arbeidet hos oss fram til 1. januar 2018, men har fortsatt en 0 %-stilling, der han benyttes på timebasis.

Han var rådgiver for ILO i arbeidet med å lage nye internasjonale minimums-helsekrav for sjøfolk, og var den som faktisk førte disse 'guidelines' i pennen. Som redaktør av 'Textbook of maritime medicine', forfatter av 'Handbook for seafarer medical examiners', som rådgiver for organisering av de fleste ISMH, en rekke workshops for IMHA, kurs for NIVA og for kurs og workshops for senteret har han gjort en enorm innsats for senteret.



*Figur 92 Christine  
Tewa Toffa Komano*



*Figur 93 Ronja  
Hesthammer*



*Figur 94 Rune  
Djurhuus*

### 26.12 Hyperbar celleforskning

Da vi fikk informasjon om at NUI i 2012 planla å legge ned den hyperbare cellebiologiske forskningen, tenkte vi at dette var en god anledning til å styrke dykkemedisinen ved Yrkesmedisinsk avdeling. NSMM hadde egentlig ikke et direkte ansvar for det, men filosofien har alltid vært at vi er en del av YMA, og ettersom FUU-prosjektet så ut til å skaffe oss penger, kunne vi kanskje også få til noe for Norsk senter for dykkemedisin (NSDM), en annen avdeling ved YMA.

Vi kjøpte laboratoriet fra NUI, og ansatte lederen av laboratoriet, Rune Djurhuus som forsker og ansvarlig for laboratoriet her på avdelingen. Laboratoriet – og Rune – ble stilt til rådighet for Norsk senter for dykkemedisin (NSDM), men altså lønnet over kursbudsjettet til NSMM.

Laboratoriet er unikt med sine to trykkamre spesiallaget for studier av hvordan høyt trykk og høy oksygenkonsentrasjon påvirker basale mekanismer på cellulært nivå. Rune er cellebiolog og toksikolog, og laboratoriet er enestående i den grad at vi ikke kjenner til noe lignende noe sted i verden. Etter hvert har det vokst, med prosjekter finansiert av Norges forskningsråd med forskning blant annet på tetrahydrobiopterin som en nøkkelfaktor i biokjemiske prosesser under dykking. Ved årsskiftet 2018/2019 holdt Ronja Hesthammer på med ferdigstillingen av sitt doktorgradsarbeid, og Christine Tewa Toffa Komano arbeidet som laboratorieingeniør ved den hyperbare cellelaben.

### 26.13 Radio Medico blir en 'seksjon i seksjonen'

Selv om Radio Medico ikke var en obligatorisk del av mandatet fra Stortinget, er det liten tvil om at det var en viktig del av diskusjonene forut for



*Figur 95 Alf Magne, Arne, Erik, Alfred og Kjell samlet for signering av avtale med legene om drift av Radio Medico som en del av NSMM.*

Stortingets vedtak. I mandatet fikk dette en ganske vag formulering om at «Senteret tenkes også å omfatte den operative legerådgivningstjenesten Radio Medico». Vi arbeidet imidlertid kontinuerlig med å få dette til. Allerede i styringsgruppemøte i mars 2006, hadde man klare tanker om hvor veien skulle gå. Jeg siterer fra referat fra styringsgruppen, møtets sak nr 4:

«Radio Medico legges inn under NSS, og ledelsen går over til NSS: Vaktgruppen kan utvides med 1-2 leger. Vaktlegene i Radio Medico bør være ansatt i senteret i f.eks. 20% stilling. Det bør bli et budsjett, og økonomien komme i ordnede former. Det er heller ikke budsjett for kursing eller lignende. Det er idag et budsjett på  $\frac{3}{4}$  mill fra Folketrygdkontoret årlig. Det er foreløpig ikke tatt noen kontakt med Folketrygdkontoret. Omkostningene ved å drifte Radio Medico er omtrent halvparten av det det koster i Esbjerg i Danmark, der kostnaden er cirka 2 mill.»

Straks vi begynte med ordinær drift hadde vi møter med HRS Sola, Rogaland Radio, AMK Stavanger, RAKOS og Radio Medico, om hvordan vi skulle finne fram til en fornuftig samarbeidsform. Undertegnede ledet gruppen. Vi arbeidet også med å legge grunnlaget for et tettere samarbeid med Hovedredningssentralene og Kystradiotjenesten. Dette inkluderte blant annet spørsmålet om et felles datasystem, der vi skulle koble oss på SARA (felles program for HRS og Kystradioene for å håndtere hendelser/operasjoner), og få et medisinsk journalsystem i Radio Medico som hentet data fra SARA.

I 2007 gikk det mye arbeidstid med til å rekonstruere arkivene angående Radio Medico i NAV. Heldigvis hadde Aksel kopier av mange viktige dokumenter som viste utviklingen, og – ikke minst – hvem som hadde det finansielle ansvaret.

Samtidig skjedde en omorganisering av Sosial- og Helsedirektoratet til Helsedirektoratet. Det var lenge usikkert hvordan ny organisasjon skulle



bli, men vi fikk vite at det nye Helsedirektoratet skulle overta ansvaret for Radio Medico. Fra 1. januar 2009 ble Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) opprettet, og ansvaret for finansiering av Radio Medico ble lagt dit. Egentlig hadde HELFO eksistert fra 2004, men da som Trygdeetatens oppgjør-organisasjon, og sortert under Trygdeetaten, NAV og Helsedirektoratet<sup>1271</sup>. En slik urolig organisasjon, som kom samtidig som Rikstrygdeverket ble nedlagt og Norsk Senter for Sjøfartsmedisin ble opprettet i 2006, gjorde arbeidet med å få Radio Medico inkorporert i NSS ganske utfordrende, og var nok noe av årsaken til at man sentralt ikke visste hvem som hadde ansvar for hva – inntil vi kunne fortelle dem det.

Alle disse endringene sentralt var sterkt medvirkende til at prosessen tok tid, og det skulle gå fem år før Radio Medico var inkorporert i senteret.

Det var en stor overgang fra den frie stillingen vaktlegene hadde som næringsdrivende til det å være ansatte vaktleger i Helseforetaket. De mange endringer vaktlegene måtte tilpasse seg, kostet det nok litt å venne seg til, men det gikk seg til. Det ble stilt nye krav til dokumentasjon, kvalitets-sikring, utvikling, felles journalsystem, mer bruk av teknologi og økt møtevirksomhet. Avtalene med de enkelte legene ble signert i februar 2011.

I mars 2011 la vi fram en utredning, «Radio Medico Norway – Plan for organisering, Krav til drift og investering», for Helse Vest RHF. I denne heter det<sup>1272</sup>:

«Radio Medico kan ikke drivast i samsvar med føresetnadene utan eit tilstrekkeleg driftsbudsjett og utan oppgradering. Spesielt er kvalitetssikrings-systemet ikkje godt nok, og journalsystemet, slik det var ved overtakinga frå HELFO, er kritikkverdig. Dei løyvingane som er gitt for 2011 gjer det umulig å oppgradera og utvikla tenesta. Løyvingane for 2011 dekker heller ikkje vaktgodtgjersla etter dei avtaleordningar som gjeld i helseforetaket, sjølv med tilleggget som er komen frå Helse Vest (1,5 mill.) i tillegg til løyvinga frå HOD (0,8 mill.).

For at tenesta skal halda forsvarleg kvalitet etter dei forplikningar Noreg har, er ei oppgradering ikkje til å unngå. Utan ei styrking av budsjettet er det ikkje mulig for Norsk senter for maritim medisin og Yrkesmedisinsk avdeling å ta økonomisk ansvar for vidare drift av tenesta.»



*Figur 96 Agnar Tveten, leder Radio Medico fra 2012.*

Denne utredningen ble det respondert positivt på, og endelig fikk vi midler til å drive Radio Medico på en måte som kunne etterleve alle krav til journalføring, kvalitet og drift som stilles til vaktleger

1271 <https://helfo.no/om-helfo/organisasjonen/helfos-organisasjon>. Avsnittet «Kort historikk». Besøkt 2019-01-21

1272 *Radio Medico Norway – Plan for organisering – Krav til drift og investering* – 10. mars 2011 frå Norsk senter for maritim medisin, Yrkesmedisinsk avdeling, Helse Bergen HF.

i et moderne helsevesen. Det var tid for å ansette en person til å ta seg av den daglige driften.

Agnar Tveten ble ansatt i 100 % stilling som leder av Radio Medico i 2012, og fikk som oppdrag å bygge opp 'verdens beste Radio Medico'. Det har langt på vei lykket allerede, og utviklingen går fortsatt framover.

## 26.14 Tilsyn med skipsmedisin

Skipsmedisinkisten har vært på agendaen med ujevne mellomrom hele senterets levetid. Det er ingen skikkelig konsensus på området internasjonalt, og det er mange ulike nasjonale utgaver av skipsmedisinkisten. Det er ytterligere en utfordring at etterforsyning skjer i andre land, der det vanlige preparatet kanskje ikke kan skaffes, eller der teksten er på ukjent språk, i tillegg til engelsk, som er et krav.

Produksjonskvaliteten av medisiner i ulike land varierer. Når vi da vet at samme generiske substans kan finnes i både 30 og 40 spesialpreparater rundt omkring i verden, er muligheten for misforståelser og feilmedisinering så absolutt tilstede. Norge følger EU helt slavisk når det gjelder innholdet i skipsmedisinkisten, og har kopiert kravene i Direktiv 92/29EØF<sup>1273</sup> nesten ord for ord til skipsmedisinforskriften<sup>1274</sup>.



Figur 97 Hege Sofie Imsen

I Norge er det stort sett apotekene som inspiserer skipsmedisinkisten ombord, etter hovedregelen hver 12. måned. For skip med sikkerhetsstyrings sertifikat kan kontrollen foretas hvert tredje år, forutsatt at skipsfører eller den han gir fullmakt foretar tilsvarende ettersyn av legemidler og medisinsk utstyr minst en gang hver tolvte måned<sup>1275</sup>.

I Sjøforsvaret hadde man egen farmasøyt som foretok inspeksjonene, men hans kapasitet rakk ikke til å inspisere alle fartøyene i Marinen og Kystvakten. Man valgte derfor å inngå en avtale med NSMM om inspeksjon.

Denne kontrakten med Sjøforsvaret gjorde at vi kunne ansette Hege Imsen som overlege, med ansvar for skipsmedisinsk inspeksjon i Sjøforsvaret. Hun er spesialist i arbeidsmedisin og kom da fra Statoil hvor hun hadde arbeidet i en årrekke. Hun fikk også det medisinske ansvaret for Radio Medico. Da kontrakten med Sjøforsvaret opphørte, fant vi likevel midler til at hun kunne fortsette. Hun arbeidet lenge som saksbehandler i Fagnemnda for sjøfolk, og overtok ledelsen våren 2018. Dette gjør at hun også blir travelt opptatt med å svare sjømannslegene som

1273 Council Directive 92/29/EEC – medical treatment on board vessels of 31 March 1992.

1274 FOR 2001-03-09-439 Om skipsmedisin.

1275 FOR 2001-03-09-439 Om skipsmedisin; § 21, ref. § 5.

ringer på vår 'hjelpetelefon', der man kan ringe for å diskutere saker som er vanskelige. Vi har fått mange tilbakemeldinger på at dette er en tjeneste som sjømannslegene setter stor pris på.

### 26.15 Videre oppbygging av staben

Vi har lært å gripe sjansen når den byr seg, og det betyr at utvidelsene i staben har kommet litt tilfeldig, ettersom vi så mulighetene – likevel alltid slik at vi har sett nytten av akkurat den kompetansen som den aktuelle medarbeideren har hatt.

Sue Stannard kom til oss fra International SOS og Carnival Cruises UK der hun hadde vært medical director og medical adviser. Hun har overtatt som redaktør av *Textbook of Maritime Health* etter Tim Carter, for neste fase i stafetten. Før det arbeidet hun mye med den medisinske veiledningen til helseforskriften for sjøfolk, og hun tok også over som sekretær i NEMAM<sup>1276</sup> (se nedenfor). Hun har tilført ytterligere kompetanse, både i skipsmedisin og seleksjonsmedisin. Hun snakker engelsk som morsmål og det kommer vel med på internasjonale arenaer, der hun brukes flittig, både som kursleder og foredragsholder.



Figur 98 Sue Stannard

### 26.16 Vannhygiene på skip

Dr. philos. Katrin Ahlen ble ansatt hos oss i 2015 for å se nærmere på biofilmproblematikken og vannhygiene på skip. Hun interesserte seg mye for spredning av legionella, og viste at amøber kan være verter for legionella i rørsystemet på skip. Vi ga råd til Sjøfartsdirektoratet i forbindelse med revisjon av drikkevannsforskriften, og Katrin var sentral i dette arbeidet. Hun holdt foredrag i Turku, London, og ved ISMH 13 i Bergen om bunkersvann og helseisriko og publiserte flere artikler. Hun stod midt oppe i planleggingen av en internasjonal workshop om vannhygiene på skip, da hun brått gikk bort den 14. januar 2017. Det var et tap for senteret, og vi har ikke klart å erstatte hennes kompetanse etterpå.



Figur 99 Katrin Ahlen

### 26.17 Synsforskning og fargesynstesting

Vilhelm Koefoed begynte i 2008 på et doktorgradsarbeid om kontrastsensitivitet hos navigatører, delvis eksternt finansiert, og fikk i 2015 en 20 % overlegestilling som i hovedsak er knyttet til utredning av fargesyn. Da Yrkesmedisinsk avdeling overtok slik testing fra Øyeavdelingen, ble det

1276 Northern European Maritime Authority Medical Group.



*Figur 100 Vilhelm  
F Koefoed*

Vilhelm som fikk ansvar for dette. Det hang vesentlig sammen med at de nye forskriftskravene i henhold til kravene i STCW-konvensjonen fra Manila i 2010 som inkluderte obligatorisk testing av fargesyn etter CIE-retningslinjene (Commission Internationale d'Éclairage). Ingen øyeavdelinger i Norge var kjent med kravene eller ønsket å gjøre undersøkelser i samsvar med dem.

Vilhelm forsvarte doktorgraden *A proper lookout, Studies of contrast sensitivity*, høsten 2018.

### **26.18 Dykkemedisinen inkorporeres i senteret**

Fra 2017 ble Norsk senter for dykkemedisin slått sammen med Norsk senter for maritim medisin til Norsk senter for maritim og dykkemedisin. Da fikk vi tilført Einar Thorsen, professor i dykkemedisin og lungefysiologi, Kari Troland, spesialist i nevropsykologi, Endre Sundal, spesialist i nevrologi, og Stein Håkon Låstad Lygre, biostatistiker. Rune Djurhus og hans forskere ble da direkte tilhørende det nye senteret.

Gjennom sitt mangeårige arbeid med helseundersøkelse av Nordsjødykkerne, har de opparbeidet seg en unik kompetanse når det gjelder helseeffekter av dykking. Det kommer vel med når det gjelder rådgivning til både industrien og myndighetene.

I 2018 var vi sterkt inne i organiseringen av og det faglige programmet i Yrkesdykkerkonferansen, med flere foredrag fra NSMDM enn fra noe annet medisinsk fagmiljø i Norge.

Professor Marit Grønning, som har ledet senteret før sammenslåingen, er nå avdelingsdirektør ved Yrkesmedisinsk avdelin. Selv om hun har nok å henge fingrene i som avdelingsdirektør, er hun fortsatt aktivt med i det dykkemedisinske fagmiljøet, blant annet som ansvarlig for de dykkemedisinske kursene som senteret leverer.



*Figur 101 Einar  
Thorsen*



*Figur 102 Kari  
Troland*



*Figur 103 Endre  
Sundal*



*Figur 104 Stein  
Håkon Låstad Lygre*

## 26.19 Fra FSAN til NSMDM

Da kontreadmiral Jan Sommerfelt-Pettersen pensjonerte seg fra sin stilling som Sjef Forsvarets Sanitet i 2018, kom han hit som spesialrådgiver. Han er rådgiver både på avdelings- og foretaksnivå, og har også steppet inn for administrerende direktør i spesielle tilfeller. Han har spesialinteresse i martim-medisinsk historie, arbeider med opprettelsen av et helseregister og som rådgiver på sivilt militært samarbeid, også på foretaksnivå.



Figur 105 Jan Sommerfelt-Pettersen

## 26.20 Interactive Maritime Medical Guide

I samarbeid med Gard startet vi opp et prosjekt for å skape 'Interactive Maritime Medical Guide'. Ingrid Hjulstad Johansen startet i stilling som redaktør for denne. Hun kom fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, der hun er redaktør av Legevakthåndboken, og har disputert for PhD-graden i 2013 over temaet *Mental illness out-of-hours. Characteristics and challenges of patient contacts in emergency primary health care in Norway*. Hun har også være lege i Radio Medico I flere år. Kombinasjonen er perfekt for den jobben hun gjør.



Figur 106 Ingrid Hjulstad Johansen

## 26.21 Ny leder ved NSMDM

Den 1. desember 2018 fikk senteret ny leder. Undertegnede gikk av med pensjon, og Jon Magnus Haga tok over som ny sjef NSMDM. Han kom fra Saniteten i Sjøforsvaret, der han hadde arbeidet i seks år, samtidig som han arbeidet med doktorgradsarbeidet sitt og var medisinsk redaktør i *Tidsskrift for den norske legeforening*. Han disputerte i 2019<sup>1277</sup>.

Undertegnede startet i ny stilling som spesialrådgiver i 30 % fra 1.januar 2019.

Hvis vi forsøker å summere opp, har senteret altså utviklet seg fra to personer i 60 % stilling og en voluntær til i alt 22 ansatte.



Figur 107 Jon Magnus Haga

## 26.22 Sivilt militært samarbeid

Det var også meningen at vi skulle slått sammen NSMDM med UVB Dykkerlegens kontor, Forsvarets Sanitet på Haakonsværn og deler av Saniteten i Sjøforsvaret. Det startet med store forventninger, men grunnet interne prosesser i FSAN og i Sjøfor-

1277 Haga JM. 2019. *Post-disaster healthcare for parents – a longitudinal study of the mothers and fathers of the Utøya survivors*. Oslo, Universitetet i Oslo. [PhD].

svaret er det fortsatt ikke blitt en realitet. Hadde dette blitt realisert, ville vi ved utgangen av 2018 hatt nærmere 30 ansatte. Det arbeides fortsatt med å få dette realisert.

Utviklingen av staben ved senteret reflekterer i stor grad utviklingen av selve senteret. Vi ble fort vant til å gripe ballen i lufta og gjøre noe med den, kaste oss på muligheter vi så, når de dukket opp. Det betød at vi ikke kunne sette i gang en prioritert trinnvis utvikling av mandatet, siden det manglet penger, og pengene vi etter hvert klare å skaffe, var knyttet til spesifikke aktiviteter.

### 26.23 Internasjonal aktivitet

Vi skjønnte ganske tidlig at vi måtte arbeide internasjonalt. Maritim medisin er den mest internasjonale av alle medisinske disipliner, som følge av at sjøfarten er den eneste virkelig globale industrien. Vi ble fort klar over at ensidige norske tiltak var lite å satse på når det gjaldt å heve minststandarden for arbeids- og levevilkår, helseundersøkelser, telemedisinske tjenester, skipsmedisinkisten – og hva det nå ellers måtte være som handlet om sjøfartsmedisin. Vi forstod at skulle vi være med i utviklingen og ha mulighet for å påvirke, måtte vi søke innpass i FN-organene IMO og ILO. Vi søkte derfor ut for å finne samarbeidspartnere. Nettverket i forbindelse med ISMH – International Symposium on Maritime Health (som arrangeres annethvert år) og International Maritime Health Association (IMHA) ble viktige for utviklingen. De ble også kontakten med ISF, International Shipping Federation (nå International Chamber of Shipping (ICS)), og Nordic Institute of Advanced Training in Occupational Health (NIVA).

Vi ble rådgivere for International Shipping Federation (ISF) ved møter i ILO, WHO og IMO, var representert i WHO sitt nettverk av 'Collaborating Centres on Maritime Medicine' (et nettverk som seinere er lagt ned), var med på godkjenningprosessen av *International Medical Guide for Ships* (WHO), utviklingen av helsekrav for sjøfolk internasjonalt (ILO, IMO), diskusjonsgrupper, workshops, møter om skipsmedisinkisten (IMHA, EU, WHO, IMO, ILO), (med)arrangører av workshops om infeksjonsmedisin, telemedisin, mental helse, helsekrav, arbeids- og levevilkår, akuttmedisin, med flere i regi av IMHA og NIVA, og i møter om samme tema i regi av ILO og IMO.

Tim Carter var spesialrådgiver for ILO i utviklingen av de nå gjeldende internasjonale helsekravene for sjøfolk – de eneste internasjonale helsekravene som finnes. Han var også sentral i arrangement av en fargesynsworkshop i samarbeid med IMO i Kobe i Japan, og i ferdigstillelsen av Maritime Occupational Safety and Health Guidelines.



Figur 108 Like før vi starter et separatmøte i ILO. Rolle: Rådgiver for ISF.

Undertegnede ble ganske fort medlem av styret i IMHA, etter hvert redaktør, sekretær, visepresident, president og 'outgoing president', til sammen åtte år i styret.

Senteret fikk etter hvert ganske mye bilateralt og dels multilateralt samarbeid. Vi fikk en kontrakt med Medical University of Gdansk om samarbeid. Denne la grunnlaget for å inngå en trepartiavtale mellom det maritimmedisinske instituttet i Gdynia, IMHA og senteret om publisering av tidsskriftet *International Maritime Health*, hvilket har utviklet seg videre til å bli International Maritime Health Foundation, som i dag utgir tidsskriftet, og der Yrkesmedisinsk avdeling er godt representert, med Jan Sommerfelt-Pettersen (chair) og Marit Grønning i Board of Governors, mens undertegnede er president i Management Board og ansvarlig for den daglige driften av stiftelsen.

Vi fikk også en avtale med 'Royal Thai Navy Medical Department' (RTNMD). Skillet mellom militær og sivil maritim medisin er utydelig i Thailand, der det er RTNMD som har ansvaret for sivil sjøfartsmedisin også. Det har vært flere møter og kurs både i Thailand og Norge, og det er vår store glede å konstatere at Thailand har etablert et maritimmedisinsk senter etter modell av NSMDM.

Det var gjennom kontakten med lege løyntant Thanawat Supanitayanon i RTNMD at vi først kom i kontakt med RTNMD. Så kom det henvendelser via den thailandske ambassadøren i Norge. Jeg må si jeg ble litt forbauset da ambassadørens sekretær ringte meg, og forespurte om ambassadøren kunne komme på besøk på mitt kontor. Det gjorde han, og hadde med en formell forespørsel om samarbeid mellom Thailand og Norge om



*Figur 109 Fra inngåelsen av avtalen mellom Royal Thai Navy og NSMDM*

maritim medisin. Seinere var vi ved flere anledninger i kontakt med ham, og seinest etter at han ble ambassadør i Myanmar, og bad om bistand til opplæring av myanmarske leger i maritim medisin. Det ble et samarbeid mellom den norske og den thailandske ambassaden i Jangoon, men kurset vi arrangerte ble holdt i Bangkok i regi av RTNMD.

Læreboken vår *Textbook of Maritime Medicine* som er verdens eneste lærebok i maritim medisin for helsepersonell og leses over hele verden (se seinere) har – i tillegg til vår øvrige internasjonale aktivitet – i stor grad bidratt til at NSMDM er langt bedre kjent utenfor landegrensene enn innenfor. Det har også *Handbook for Seafarer Medical Examiners*. Den brukes i flere land som lærebok for sjømannsleger.

## 26.24 Kursvirksomheten

Kursvirksomheten har vært en hjørnestein. Et kompetansesenter skal formidle kunnskap, og kursvirksomhet er en viktig måte å gjøre dette på. En sideeffekt er at vi har klart å tjene såpass med penger på kursene våre at vi har vært i stand til å utvikle senteret med flere ansatte.

Årlig arrangerer senteret nå mellom 20 og 30 kurs. Det handler i hovedsak om grunnopplæring og repetisjonskurs for sjømannsleger, petroleumsleger og dykkerleger. Da vi startet opp i 2006 var det cirka 500 godkjente sjømannsleger i utlandet. Tallet har gått noe nedover de seinere år, ettersom man ikke lenger blir godkjent helt uten at det stilles krav, men må gjennomgå obligatorisk grunnkurs og repetisjonskurs og etablere et kvalitets-system, som så blir gjenstand for inspeksjon. Sjømannslegenes kursbehov har brakt oss til fjerne himmelstrøk med kurs i Bangkok, Manila, Sydney, Mumbai og Panama. I tillegg har vi vært aktive i samarbeid med andre institusjoner og organisasjoner, og har arrangert kurs i både inn- og utland. Vi har vært medvirkende til kurs i Turku, Gøteborg, København, Bergen





*Figur 110 Grunnkurs nr 34 i maritim medisin, Legens hus, Bergen*

og Reykjavik sammen med NIVA, organisert workshops sammen med IMHA i Amsterdam, Athen, Barcelona, Berlin, Cádiz, Gdansk, London, Lorient, Sanya, Singapore, Roma, Valletta, bare for å nevne de jeg kommer på i farten.

Anne Gurd Lindrup har vært koordinator for kursvirksomheten siden 2012, og hun gjør en framragende jobb med å holde kontroll på all logistikken i forbindelse med dette. 2013 var et spesielt aktivt år, og vi hadde da over 1100 petroleumsleger på kurs. Det ble holdt kurs flere steder i Norge etter ønske fra Helsedirektoratet, blant annet i Oslo, Kristiansand, Stavanger, Bergen, Trondheim, Alta. Vi hadde i løpet av dette året over 30.000 kurselev-timer.

For å holde senterets kostnader så lave som mulig, har etter hvert all nasjonal kursvirksomhet blitt sentralisert til Bergen.

### **26.25 International Symposium on Maritime Health i Bergen, 2015**

Vi hadde selvsagt lyst til å arrangere «International Symposium on Maritime Health», som har vært den viktigste internasjonale konferansen i maritim medisin siden oppstarten i Turku i 1991. Vi arrangerte det 13. symposiet i Bergen 23–26. Juni 2015, under mottoet «Healthy seafarers – healthy shipping!» Symposiet var en faglig og organisatorisk suksess, økonomisk helt i



*Figur 111 Deltakere på ISMH 13 obord på fjordtur ombord på DS Oster*

balanse uten overskudd eller underskudd. Åpningsseremonien ble holdt i Haakonshallen, vi hadde et tett program, men rakk likevel en tur på fjorden med veteranbåter, finansiert av Neptun-stiftelsen og brenning av tønnebål på Laksevåg på St. Hansaften.

## 26.26 Læremidlene

Jeg har allerede vært så vidt innom dette. Et kompetansesenter formidler mye kunnskap gjennom læremidler, og vi har gitt ut flere forskjellige sådanne:

*Medisin om bord* var den første, og kom allerede i 2005. Aksel Schreiner og Leif Aanderud var redaktører av denne boken med mange forfattere som tok sikte på å skaffe sjøfolk en praktisk guide for medisinsk behandling ombord.

*Ship medical facilities* kom i 2007 – en praktisk veiledning for dem som skal bygge skipshospital eller sykelugar når skip konstrueres og utrustes. Den er nå utdatert, og klar for revisjon.

*Medicine on board* ble utgitt i 2008 – en engelsk oversettelse av den norske boken, med faglige oppdateringer.

I 2009 gav vi ut *Førstehjelp til sjøs* – en samling videoer som viser medisinske prosedyrer lekfolk vanligvis ikke utfører, men som er mulig å utføre med profesjonell veiledning over telefon, og som sjøfolk iblant er nødt til å utføre. Aksel og Leif hadde et betydelig arbeid med filming og redigering av videoer til denne DVD-en.

*Textbook of maritime medicine* er den eneste internasjonale læreboken publisert fra Haukeland Universitetssjukehus, og den er verdens eneste lærebok i maritim medisin for helsepersonell. Den leses i over 180 land, og har mer enn 20 000 tilbakevendende lesere, mens antall besøkende er det mangedobbelte. Største brukerland er USA, men den brukes over hele verden, med noen få unntak i land uten kystlinje. Den brukes som hoved-

lærebok i masterutdanningen i maritim medisin ved Universitetet i Cádiz, der den er oversatt til spansk av lokale krefter.

Jeg lagde en skisse til innholdet allerede før jeg begynte ved NSS, i den tiden jeg var medisinsk hovedlærer på Haakonssvern. Ideen og grovskissen ble tatt videre i diskusjoner i senteret, og første redaktør ble Aksel Schreiner. Tim Carter redigerte andreutgaven, og Sue Stannard er nå i gang med tredjeutgaven som blir en stor revisjon, samtidig som boken skifter navn til *Textbook of Maritime Health*. Denne boken har – i tillegg til vår øvrige internasjonale aktivitet – i stor grad bidratt til at NSMDM er langt bedre kjent utenfor landegrensene enn innenfor.

*Handbook for seafarers medical examiners* kom i 2014, med Tim Carter som redaktør. Det er en internasjonal veiledning til de helsekravene for sjøfolk som er vedtatt i ILO/IMO i 2013. Denne ligger også på nettet, er gratis for alle, og er delfinansiert av ITF Seafarers' Trust som ga IMHA en finansieringspakke. Hovedfinansieringen hvilte imidlertid på daværende NSMM. Denne boken er nyttig også for norske sjøfolk, idet de norske helsekravene er identiske med de internasjonale.

Nå er vi i gang med *Interactive Maritime Medical Guide*, som vil bli en nyvinning på området. Vi tenker oss et web-basert system istedenfor en bok, men formålet er fremdeles å gi veiledning til sjøfolk som må ta hånd om medisinsk behandling ombord i uvanlig lange perioder til lekfolk å være. Noe av poenget er å unngå medisinsk terminologi så langt det er mulig, ta utgangspunkt i symptomer, skader og situasjoner og gi praktisk veiledning til hva man skal gjøre i en slik situasjon. Ikke for å stille diagnoser, men for å håndtere tilfellet fornuftig. Gard AS er en viktig samarbeidspartner i dette prosjektet, og stiller med finansielle midler. Ingrid Hjulstad Johansen er ansatt som redaktør for 'boken', og med sin bakgrunn fra legevakthåndboka, med doktorgrad om psykiatri og erfaring som Radio Medico-lege, tror vi at vi har funnet en svært god redaktør.

## 26.27 Samarbeidet med Sjøfartsdirektoratet

Forholdet til Sjøfartsdirektoratet har blitt gradvis utviklet i løpet av disse årene. Fra å være et litt ukjent fremmedelement, er vi nå involvert som medisinske rådgivere for direktoratet og har nær kontrakt med dem.

Noe av det første som kom på plass, var fast spalte i *Navigare*, Sjøfartsdirektoratets kvartalsvise publikasjon myntet på arbeidstakere, arbeidsgivere og leverandører i Sjøfartsdirektoratets ansvarsområde. Skrivninga har gått på omgang, og de fleste ansatte ved senteret har nå skrevet en eller flere artikler i *Navigare*.

## Ny leiar for maritim medisin EIT SENTER MED EVENTYRLEG VEKST

På tely år har Henrik senter for maritim medisin og sjømannsleide (NSMDM) gått frå 1 til 21 leiarer. Etter åtte mængde år som leiar av senteret, er Arve Magne Horneland klar for å sende stafettspinnen vidare til Jon Magnus Haga.

### ARVE MAGNE HORNELAND

«Med meg så god utrustning kan og det meg til pensjonistlivet, sier Arve Magne Horneland med et smil til Jon Magnus Haga. Det ble en fantastisk dag for dem begge. De hadde nemlig møtt opp på et møte i Bergen i 1. desember, har samarbeidet begynt å gå, og de har nå fått et nytt arbeidsforhold. Maritim medisin er på ingen måte noe nytt for dem, for de har i mange år vært involvert i sjømannsleide og har også ledet i Maritim.

A gir medarbeiderne råd innen det medisinske feltet og er en kontaktperson for senteret, og Sjøfartsdirektoratet er stadig en samarbeidspartner.

### HELSEUNDERSTØTTE

«Et godt skip vil alltid bli en fersk og sikker, personell som er godt utrustet og kompetent, sier Haga. Han ser framover til å bli enda bedre ved senteret i år, som kanskje mer det blir opprettet en internasjonal kompetanse for maritim. Det er en viktig kompetanse som vil bli et viktig steg på veien videre, og en av de viktigste i arbeidsforholdet som skal til for senteret videre.

«Et av utfordringene i dette arbeidet er det er mange språk som kan være utfordrende, både dansk, svensk, portugalsk og engelsk. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk.

sjømannsleide og er veldig viktig for dem, sier Haga. Redning for å møte dem på et skip er å ha kompetanse som de som har vært som arbeidsforhold som det er for arbeidstaker på land.

### VID EKSPERTISE

Siden senteret ble etablert som leiar for det er senteret senteret i 2006, har det gått gjennom en eventyrlig vei. Horneland som å bli en del i Sjøfartsdirektoratet, der han mellom annet hadde ansvar for prosjektet i maritim medisin, og arbeidsforholdet som å bli en del i senteret i tillegg til et langt arbeid som arbeidsforholdet.

« Mange virksomheter og senterer har et godt samarbeid med oss, sier Haga. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk.



FRA VENSTRE: Arve Magne Horneland og Jon Magnus Haga som leier for NSMDM medisin og sjømannsleide.

denne operer utrustet både om det er oppdragsforholdet som er senteret. Horneland ble etablert i 2006. Et annet punkt som det er viktig å ha kompetanse på er å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk.

For de som vil bli oppdragsforholdet som det er senteret ved Helsevidenskapskontoret. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk.

### RADIO MEDIC

Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk.

W har kompetanse og er viktig som det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk.

I sentret vil det bli etablert en kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk.

Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk.

« Mange mer at etablert et senter for maritim medisin og sjømannsleide, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk.

**1** - Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk.

**2** - Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk.

**3** - Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk.

**4** - Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk.

**5** - Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk. Det er viktig å ha kompetanse på flere språk, og det er viktig å ha kompetanse på flere språk.

Figur 112: Faksimile av oppslaget i Navigare i forbindelse med lederskiftet ved NSMDM, desember 2018

Etter kontrakten med Sjøfartsdirektoratet, skal lederen i Fagnemnda være lege ved senteret. Undertegnede var den første lederen tilknyttet senteret. Fra våren 2018 har Hege Imsen vært leder.

Som en spin-off effekt av arbeidet i fagnemnda har vi utviklet kurspakken for sjømannslegene, der vi nå er eneste kursleverandør til sjømannsleger, i samarbeid med Sjøfartsdirektoratet, etter en fagplan som er godkjent av dem.

Vi bidro sterkt til utformingen av de nye forskriftene om helseundersøkelse av arbeidstakere på norske skip og flyttbare innretninger, og har skrevet den medisinske delen i den Veiledningen som er utgitt til Forskriften.

Etter hvert kom også kvalitetssikring av sjømannsleger opp som et behov, og senteret deltar med medisinsk ekspertise i tilsynslagene som gjennomfører tilsyn med sjømannsleger i Norge og (fra 2018) også i utlandet.

Vi gir råd i andre enkeltsaker, og møter ved behov i Sjøfartsdirektoratets rådgivende utvalg for sjøfolks og fiskeres arbeids- og levevilkår (SAFE). Dette er et partssammensatt utvalg, som også gir råd om helsesaker. Senteret har for tiden ikke fast sete her, men fungerer som rådgivere for Sjøfartsdirektoratet. Norsk Forening for Maritim Medisin har heldigvis sete i utval-

get, og lederen for NSMDM har flere ganger møtt som vikar for presidenten i NFMM, slik at vi har vært ganske nært i kontakt med utvalget.

Vi har vært rådgivere i konkrete saker og i møter i inn- og utland angående maritim-medisinske spørsmål. Likevel er rollen for NSMDM i relasjon til Sjøfartsdirektoratet fri og uavhengig, der det også er en del av vår funksjon å fungere som 'vaktbikkje'.

Vi er for tiden i forhandlinger om ny kontrakt med Sjøfartsdirektoratet, og de har meddelt at de ønsker støtte på enda flere områder. Saken har dradd ut, vesentlig på grunn av omorganisering internt i Sjøfartsdirektoratet, og at to underdirektører med ansvaret for avtalen med NSMDM har sluttet, den ene for å gå til en rådmannsstilling, og den andre for å pensjonere seg. Dette måtte jeg derfor overlate til min etterfølger å ta hånd om videre. Vi håper at samarbeidet skal fortsette å utvikle seg.

## 26.28 Samarbeidet med Kystverket

Kystverket driver betydelig maritim virksomhet, og noe av dette omfatter også maritim medisin. Helse- og arbeidsmiljø for losene, vaksinasjonskrav og helsekrav til loser er de viktigste områdene vi har arbeidet sammen om.

Da ny forskrift om helseundersøkelse av loser og losaspiranter<sup>1278</sup> ble utarbeidet, var NSMDM sentrale i å utforme de medisinske kravene, som ble lagt så tett opp til helsekravene for sjøfolk som mulig. Tilsvarende format og regler som de som brukes i Forskrift om helseundersøkelse av sjøfolk ble brukt, så langt man kunne få dem til å passe.

Samferdselsdepartementets klageinstans for loser og losaspiranter er også lagt til senteret, og undertegnede er formann i klageinstansen.

Samarbeidet med Kystverket har vært godt og stadig bedre og tettere.

## 26.29 Samarbeidet med Havarikommisjonen

Helsespørsmål burde kanskje vært viet større oppmerksomhet i gransking av ulykker på havet enn det som er tilfellet. Noen ganger legges det til grunn at dersom man har helseerklæring, så har man god nok helse, og da er ikke helsespørsmål et tema i undersøkelsen etter ulykken. Vi vet jo bedre enn som så. Ikke alle helseerklæringer som skrives gir korrekt uttrykk for helse-tilstanden, endringer kan oppstå etter helseerklæringen ble skrevet, tilstander er oversett eller underkommunisert, komplikasjoner etter behandlinger og medisinerer oppstår, og akutte medisinske hendelser skjer. Det burde

---

1278 FOR-2018-12-20-2257 *Forskrift om helseundersøkelse av loser og losaspiranter.*

derfor vært medisinsk kompetanse involvert i gransking av ulykker der det er mennesker involvert.

I noen tilfeller har vi gitt uttalelser til Statens havarikommisjon for transport i saker der man har ønsket en medisinsk uttalelse, og vi vet at det har medført sikkerhetstilrådinger i enkelte tilfeller. Vi håper dette kan være starten på et stadig nærmere samarbeid på dette feltet.

### **26.30 Samarbeidet med Helsedirektoratet**

Senteret har hatt god kontakt med Helsedirektoratet i forbindelse med utviklingen av grunnkurs og repetisjonskurs for petroleumsleger og gitt innspill også når det gjelder dykkerleger. Likeledes har vi gitt uttalelse angående veilederen til helsekravforskriften for petroleumsarbeidere.

Helsedirektoratet forvalter også skipsmedisinforskriften. Det er imidlertid tydelig at Helsedirektoratet har noen distanse til maritime miljøer, og vi skulle ønske det ble et tettere samarbeid for å bringe maritim-medisinske fagspørsmål høyere opp på agendaen i Helsedirektoratet. Vi håper også på et tettere samarbeid mellom Helsedirektoratet og Sjøfartsdirektoratet angående skipsmedisinforskriften, der NSMM er med som medisinsk ekspertise.

### **26.31 Samarbeidet med Norsk Forening for Maritim Medisin**

Norsk Forening for Maritim Medisin var sterkt involvert i opptakten til det vedtaket som etablerte senteret, og samarbeidet har i alle år deretter vært utmerket. Leder for senteret har vært invitert til styremøtene, vi har vært sammen om arrangering av det årlige maritim-medisinske seminaret i regi av foreningen.

Nå er foreningen involvert i etableringen av International Maritime Health Foundation, der senteret har vært aktive pådrivere for å få etablert stiftelsen, og støttet tidsskriftet økonomisk i ti år allerede.

På SAFE-møtene har ikke alltid presidenten kunnet stille, og da har leder for senteret møtt som vikar for ham.

Samtidig som det er viktig å ha klart for seg skillet mellom foreningen og senteret, er det også viktig å beholde og videreutvikle det gode samarbeidet til gevinst for begge sider.

Norsk Forening for Maritim Medisin har gjort en utmerket innsats for maritim medisin i mange år, og jeg vil benytte anledningen til å gratulere foreningen med 50-års jubileet!