

Navalmedisinsk Bodstikke



Nyhetsbrev fra Saniteten i Sjøforsvaret – Nr 35. Vol 17. Nr 2 - 2011

Oppsummering etter et års tjeneste ved NATO stab

Bakgrunn

Vinteren 2010 ble den første sanitetsoffiserstilling i NATOs PE (Peace establishment) struktur utlyst i Norge for sanitetsoffiserer på nivå OF-4 (KK). Stillingen er i utgangspunktet en ren sjø-stilling, men det er også kjent at det var krefter i sving for å gjøre denne stilling felles for alle forsvarsgrener. Min mening er at det må stilles krav til den som skal ha jobben at man må ha erfaring og tjeneste ved de maritime styrker for å bekle stillingen, med bakgrunn i den maritime operasjonelle særegenhet og de krav til kunnskap om maritime styrker som må legges til grunn.

Til denne stilling er søknadsberettiget sanitetsoffiserer på nivå OK-KOM ved at NATO normalt aksepterer en grad over eller under stillingens gradsplassering. Undertegnede var den heldige i denne prosess og ble tilbudt jobben. Jeg har ikke angret en dag på at jeg aksepterte dette jobbtilbudet.

Forberedelser

Det er en rekke forhold som skal på plass før man er klar, og det er fornuftig å søke råd hos de som har vært i tjeneste tidligere ved NATO HQ. Det finnes en egen internettside (www.norse.no) hvor det norske støtteelementet har lagt ut en god del informasjon. I tillegg har Forsvarets Lønnsadministrasjon (FLA) har en egen infopakke som omhandler flytting og reise samt de forberedelser FLA formelt krever skal oppfylles. Videre skal den enkelte gjennomføre språktest og medisinske tester slik at en innehar INTOPS godkjenning. Dette med bakgrunn i at alt personell vil kunne bli deployert til en av de pågående operasjoner NATO er engasjert i.

Noen velger å reise uten at familien flytter med slik at man pendler mellom tjenestested og hjemsted i Norge. Andre velger å flytte med familien til utenlandsjobb.

Det er både fordeler og utfordringer uansett hvilken løsning en velger. Det må i grunnen den enkelte selv bestemme selv bestemme gjennom sin livssituasjon, men min anbefaling er at man bør ta med familien, om det er mulig, og la dette bli en erfaring som hele familien vil kunne ta med videre i livet. Innenfor gitte rammer gis det tilskudd til skolegang for barn fram til en viss alder (i prinsipp 18 år, men unntak kan gjøres). Den språklige erfaring og kunnskap som barn og ungdom tilegner seg fra utenlandsopphold skal i så måte ikke underestimeres. Nå er ikke alt bare positivt ved at barn skal inn i nytt skolesystem, med forskjellige krav hvor det i starten er adskillige utfordringer knyttet til språk og modenhet. I dagens moderne samfunn har gjerne ektefelle eller medflytter sin karriere å ivareta. Dette medfører kanskje at en sier opp eller må søke om permisjon fra. Totalt sett er dette forhold jeg vil anbefale at den enkelte søker å avklare før en bestemmer seg for å søke jobb utenlands.

Organisasjon

NATOs organisasjon har på linje med vår nasjonale militære organisasjon vært gjennom flere endringer. Den generelle målsetting er å spare kostnader gjennom å redusere antall staber og hovedkvarter. Når det i disse prosesser skal tas nasjonale hensyn samtidig som NATOs interesser skal søkes ivaretatt kan en ane at det er adskillige utfordringer knyttet til disse prosesser. Det handler i stor grad om makt og innflytelse, hvor vi erfarer at noen nasjoner er flinkere enn andre til å posisjonere seg og foreta prioriteringer som gir dem ulik uttelling i NATO Alliansen.

Den siste organisasjonsendring ble bestemt av NATOs politiske myndigheter etter råd fra NATOs generalsekretær Anders Fogh Rasmussen i juni 2011. I denne ligger det en betydelig reduksjon i organisasjonens størrelse, med den overordnede politiske og strategiske ambisjon er i stor grad uendret. Organisasjonsmessig vil det bety en slanking av NATOs PE organisasjon. Vi skal fortsatt beholde de to strategiske hovedkvarter Supreme Allied Command Atlantic (SACLANT) og Supreme Allied Command Europe (SACEUR). De tre JFCs (Joint Forces Commands) vil bli redusert til to. Vi skal beholde JFC Brunsum og JFC Napoli med noe endret funksjon ved at de mister sine underlagte komponent Hovedkvarter, mens JHQ Lisboa i sin nåværende form blir nedlagt, og vil stå opp med ny funksjon som NATO Joint Strike Force HQ. De to maritime component HQ i Napoli og

Northwood er bestemt nedlagt og det skal etableres et nytt maritimt hovedkvarter (HQ MARCOM) lokalisert til Northwood, London. Tilsvarende for de to luftkomponent HQ i Ramstein og Izmir hvor HQ AIRCOM blir lokalisert til Ramstein og HQ LANDCOM blir flyttet til Izmir i Tyrkia.

For HQ MARCOM vil det i praksis bety dette flere oppgaver og en viss økning av staben i forhold til i dag. De strategiske ambisjoner er stort sett uendret og HQ MARCOM skal dekke både taktisk og operasjonelt nivå hvor vi i framtiden ikke vil bli underlagt en JFC som i dag, men blir organisatorisk liggende på nivå med JFC direkte under SACEUR eller Allied Command Operations (ACO) eller Supreme Headquarters Allied Powers Europe (SHAPE) (som det også omtales som). Organisasjonsendringen vil på tilsvarende måte gjelde for luft og landkomponenten som også skal ivareta både operasjonelt og taktisk nivå.

Oppgaver

HQ MC NORTHWOOD er i dag lokalisert på taktisk nivå. Vi er taktisk sjef for Operation Ocean Shield (OOS), som er NATOs counter piracy operasjon som foregår i det sydlige Rødehav, Det Arabiske hav, Det Indiske hav og i Somaliabukten. Operasjonsområdet er ca 1.6 millioner kvadrat nautiske mil, eller grovt regnet på størrelse med det europeiske kontinent.

I tillegg har vi kommando over to stående maritime styrker, henholdsvis SNMG1 (Standing Naval Maritime Group 1) og SNMCMG1 (Standing Naval Mine Counter Measure Group 1). Vi har også ansvar for planlegging og gjennomføring av maritime NATO øvelser, NRF-sertifisering av maritime styrker og vi avgir instruktører til ulike kurs ved NATO School Oberammergau, samt arbeidsgrupper i og utenfor NATO. Vi har et nært samarbeid med industri og tiltak for å støtte den sivile skipsfart i sine anstrengelser for å hindre kapring av fartøy. Vår NCAGS (Naval Control and Guidance to Shipping) organisasjon spiller en sentral rolle i kontakten mot den sivile skipsfartsnæring, hvor Norge innehar funksjon som Sj NCAGS.

Medical support er en del av hovedkvarterets støttefunksjoner, og er organisatorisk en del av N4 avdelingen der sanitet er egen seksjon. Dessverre er det en stilling som har stått tom de siste vel fire årene. MEDAD er en NL stilling som vi sårt skulle ha besatt. Jeg merker at den synlighet jeg gjerne skulle ha hatt på linje med POLAD og LEGAD (politisk og juridisk rådgiver) blir skadelidende gjennom at jeg må prioritere mine oppgaver hvor de daglige gjøremål mot pågående operasjoner og enheter skal og må ha pri 1. Dette går i praksis ut på å kommunisere med OOS MEDAD, OP ATALANTA NAVHQ og våre stående maritime styrkers MEDAD gjennom rapporteringer og rådgivning. Vår synlighet mot CMDR er ikke god nok, og den funksjon det innebærer å være MEDAD er svært viktig for innflytelse og gjennomføring av

operasjoner med tanke på å få synliggjort de krav og behov som må stilles til kvalitet på sanitet hos de nasjoner som sender fartøy til OOS.

utfordringer

Min største utfordring er egentlig at jeg mangler MEDAD. Han skulle jeg gjerne ha hatt for å få etablert den viktige kontakt mot CMDR, samt hans nære rådgivere. En sådan kontakt etableres kun gjennom vedvarende kontakt og tilstedeværelse, og det har jeg ikke prioritert, og vel egentlig heller ikke kjempet for. Det burde jeg kanskje ha gjort, men det er vel noe av det en opplever som del av N4 organisasjonen med kun en stabsoffiser hvor du i utgangspunktet skal jobbe som planoffiser og tenke plan, men samtidig skal jobbe pågående operasjoner, øvelsesplanlegging og "Framework" oppgaver. For å få dekket sanitetsfunksjoner hvor flere prosesser går parallelt er du avhengig av å sende ditt budskap til prosessene gjennom å være representert av en logistiker som gjør sitt beste, men kunnskap og innsikt i sanitetsfaget er ikke tilstrekkelig og det kan medføre at budskapet ikke når fram. Det er kanskje bedre enn intet, men langt fra tilfredsstillende. Gjennom de pågående operasjoner opplever jeg at enkelte av alliansens medlemmer har vansker med den maritime medisinske doktrinen og har mangel på kunnskaper om hvordan dette foregår i alliansen. Av den grunn har jeg erfart et behov for å få reetablert undervising/kursing i maritim sanitetsdoktrine i alliansesammenheng. Opplegget hadde vi gjennom det gamle Radiant Support kurset, men det som ble nedlagt og forkastet med en enkel diskusjon og et pennestrøk i 2008, har vist seg å kreve adskillig innsats for å få inn igjen. NATOs byråkrati krever en rekke prosesser før dette igjen kan settes på dagsordenen. Jeg håper å få dette tilbake i 2012, men vi vil kanskje skrive 2013 før dette kan bli realisert.

Framtid

Som nevnt jobbes det mot ny organisasjonsstruktur, og overføring av oppgaver fra andre NATO HQ til oss. Når dette leses har vi allerede tatt over OOS i sin helhet. Der har vi i høst gjennomført OPG prosesser som munner ut i en konkret operasjonsplan hvor sanitet har sitt eget vedlegg som beskriver hvordan sanitetsstøtte til våre NATO styrker skal gjennomføres. Vi er med andre ord som HQ på operasjonelt nivå i operasjonell planleggings sammenheng, skilt fra logistikkvedlegget gjennom vårt eget sanitetsvedlegg. Jeg håper på å kunne få besatt stillingen som MEDAD gjennom de prosesser som skal iverksettes i 2012 i NATOs bemanningsprosess for ny organisasjon. NL valgte å prioritere bort denne stilling. Norge er vel ikke robust nok gjennom for få maritime leger i vår organisasjon til å bekle denne stilling, men det burde være mulig å inngå en allianse mellom Norge og en annen maritim nasjon innen alliansen og så bekle stillingen annen hver periode. Det gir noe mer

handlefrihet, samtidig som det å bekle en sådan stilling gir en unik erfaring og tilfører kunnskap til vårt sjøforsvar det ikke er mange som har der hjemme. Utfordringen går til Sanitetsinspektøren som får gjøre sine vurderinger. Personellprosessen er så smått begynt å rulle, slik at her er det ingen grunn til å vente om man skal gjøre sin innflytelse gjeldene på nasjonal side.

Positive sider

Det finnes en rekke positive sider ved å arbeide i en internasjonal stab. Språk og samhandling med andre nasjoner medfører at en lærer en god del om de enkelte nasjoners kultur og tradisjoner. Det er viktig å være en del av de pågående prosesser og samhandlinger som gjennomføres slik at man blir synlig. I så måte er landkomponenten betydelig mer synlig som følge av ISAF operasjonen, mens de maritime operasjoner ikke i samme grad høster oppmerksomhet. Dette til tross for at de maritime utfordringer står i kø, men det foregår liksom så langt borte og aktivitetene der ute på havet når ikke så ofte å bli førstesideoverskrifter av ulike årsaker.

De som medbringer sin familie og barn har gjerne fulltidsengasjement det første året med integrering og aktivitetene på skolen er organisert noe forskjellig fra det vi erfarer der hjemme. Lengre dager, og en mer tett oppfølging til de håpefulle er komfortabel med nytt språk er gjerne en gjenganger. Det er mye historie på «øen», og for de som er interessert, kan en fylle fritid med å se seg om i det nesten uendelige på slott og historiske monument eller kanskje bare seile rundt på de britiske vannveier, kanalene, som dekker det meste av landet gjennom sin tidligere rolle som en viktig livsnerv før jernbanens tid. Det rustes opp gamle kanaler og disse er gitt en endret bruksform ved at det nu er mer fritidsbruk enn tidligere da det var varetransport som var hovedgrunn for etablering.

Negative sider

For min del har jeg få negative sider å berette om. Bemanningen er det mest negative gjennom en ubesatt stilling og derved å ha kun 50 % av personellressursene å rutte med. Det viktigste er ikke ha MEDAD å kunne samhandle med i det daglige, samt at jeg gjerne skulle ha sett at det var en MEDOPS offiser i tillegg som kunne drive den daglige kontakten med de pågående operasjoner. Dette er imidlertid søkt rettet på i ny HQ MARCOM organisasjon.

I ny organisasjon vil vi bli tilført også SNMG2 og SNMCMG2 som vi må samhandle med og det stiller ytterligere krav til samhandling og tidsbruk.

Sammendrag

Tjeneste ved NATO stab er interessant og utfordrende med betydelig krav til erfaring og kunnskap hvor en må benytte de kontakter en har til å etablere og bygge nye

nettverk. Samhandling mellom nasjoner er spennende, og det har vist seg enklere å få progresjon gjennom nettverk og direkte kontakt enn i de formelle prosesser, selv om også disse er viktig for den offisielle forankring og dokumentasjon. Det er relativt enkelt å lene seg tilbake og la tiden gå uten for store anstrengelser. De som kjenner meg vet at det er ikke min stil, slik at det å ha flere "prosjekter" å jobbe med hvor det ligger prosesser og gjerne også visjoner bak, er for meg en motiverende faktor.

Maritim operativ sanitetstjeneste er krevende og stiller krav og vilje til å finne løsninger hvor en til tider må være villig til å akseptere en noe høyere risiko for tap. Det er ikke noen ideell situasjon, men som MEDAD er det ikke min oppgave å ta den endelige avgjørelse, kun å gi de faglige råd og beskrive konsekvenser og risiki for sjefen slik at denne har best mulig grunnlag for å fatte en beslutning. Så må vi som fagfolk støtte som best vi kan og søke optimale løsninger med bakgrunn i de ressurser vi har fått tildelt.

Kommandørkaptein Helge Barstrand
helgebarstrand@hotmail.com

N43, Branch Head Medical/Plans and Concept

Julehilsen til Navalmedisinsk Bodstikke

Julehilsen til navalmedisinsk bodstikke kommer fra Barbados og Bridgetown. Her ligger S/Y Flow til anker i Bay of Charles. S/Y Flow er en 40 fots Bavaria på langturseilas med to jenter som fast mannskap. KL Moen har sitt daglige virke på FMGT, Akershus festning men tidligere bakgrunn fra 1MR. Lt Brandstorp har blitt sivilist og har jobber på Oslo Universitetssykehus etter tidligere å ha jobbet for SANSJØ. Gjesteseiler i Caribia er KL Skogvold.



Seilassen startet primo juni med avgang fra Split. Etter å ha seilt 6300 nm har vi kommet Middelhavet på kryss

og tvers, besøkt Marokko og Kanariøyene. Åttende november startet atlantehavskryssingen men stopp på Kapp Verde og Mindelo. 16 dager senere ankommer vi Barbados.

Overfarten har ikke bydd på værmessige utfordringer. S/Y Flow har vært i god form med få reparasjoner. Mannskap har også god helse og god moral.

Med lege som en del av fast mannskap kommer man over mange situasjoner. Selv om mannskapet ombord holder seg friske blir det fort kjent på kaia hva du har som daglig virke og folk banker på. I Split hadde vi en gjest med kjent men fredelig ateriøvenøs malformasjon gjennom flere år. Med tegn på ny blødning midnatt i seilbåt lurte man på hvor man skal finne fysisk plass neurologisk undersøkelse. Alle utfordringer har sin løsning. Vi fikk god mottagelse og møtte dyktige helsearbeidere i Split. Godt samarbeid hadde vi også med RH/nevrokirurgen. I Puerto Rico knakket en fremmed danske på ripa. Med blod i ansiktet lurte han på om jeg ikke kunne ta en kikk på kona. De hadde hatt en ufrivillig jib hvor skipper selv skulle gjøre et forsøk på å holde igjen bommen. Skipperen fikk feltmessig åtte sting i hodet av undertegnede, etter et ufrivillig møte med en vinsj. Jeg fikk en flaske rødvin. Kona hadde tre costafracturer og en lungepunksjon. Etter innleggelse, intubasjon og thoraxdren kunne jeg konstatere at Puerto Rico også har et godt dykkehus.

Hyppigere er møte med abscesser, sår som gror dårlig pga fukt og varme, dårlige mager og tregemager. Rusk i øyet med øyeskyl og konjunktivitter hører med, her som hjemme.

Skjell og andre bunndyr gir opphav til fotsår. Vi har godt med antibiotika, men varme og høy relativ luftfuktighet gir likevel dårlige groforhold. Badesko er et must.

Med kurs mot Panamakanalen og Stillehavet vil det være viktig med et godt skipsapotek. Tidligere langturseilere har erfart at det er lite medisiner å få fatt i samt at kopimedisiner flourer. De er kjent for dårlig kvalitet. Vi har et godt skipsapotek med god hjelp fra SANSJØ. Vi seiler rundt med litteratur for tropemedisin, hudinfeksjoner, legevaktshåndbok og felleskatalog. Sutursett, lokalanestesi, infusjonssett og infusjonsvæske er også lagt til apoteket. Mannskapet har en særlig helseforsikring for langturseilere.

Smått og godt fra S/Y Flow finner du på www.flowtravel.no

Camilla Brandstorp
brandstorp@gmail.com

Fra UVB-Dykkerlegens Kontor

I denne spalten presenterer vi nyheter fra den dykkermedisinske verden.

Blås i det

Gjenoppliving av (nær-)druknede har alltid vært gjenstand for diskusjon og det har vært utarbeidet en rekke forskjellige behandlingsalgoritmer opp gjennom årene. De siste tiår har likevel trenden vært å samordne ulike behandlingsforslag slik at publikum skulle forholde seg til en prosedyre når de møter en tilsynelatende livløs person – uten å måtte ta hensyn til mekanismen. Men nissen henger likevel med på lasset – skal rutinene for gjenoppliving av nær-druknede modifiseres i forhold til klassisk "hjerstestans" som skjer på land?

Bakgrunn

Mennesket har i årtusener vært avhengig av å hente føde fra havet – og i like lang tid har mennesker omkommet ved drukning. Og i like lang tid har legfolk og behandlere forsøkt å utforme best mulig behandlingsmetoder for å redde nærdruknede fra døden. Som illustrasjon til denne artikkelen har jeg valgt å hente ulike bilder som viser de forskjellige behandlingsmetodene (de fleste knyttet til lungeredning/kunstig åndedrett). Tidligere tiders til dels kompliserte behandlingsmetoder (se bl.a. behandling med tobakksrøyk rektalt) har over årene blitt forenklet slik at legfolk som i dag møter tilsynelatende livløse personer skal forholde seg til en enkelt prosedyre. Prinsippet om en standardisert behandlingsalgoritme er dels basert på det faktum at vi ikke har nok kunnskap til å individualisere behandlingen bedre – dels basert på en pedagogisk begrensning ved at legfolk vanskelig kan huske særlig mange behandlingsalternativ den dagen de står oppe i en reell situasjon. Norsk Resusciteringsråd (www.nrr.org) samordner nasjonale (pre-)hospitale behandlingsrutiner for hjerte- lunge redning. Disse retningslinjene er i det store og det hele basert på internasjonal konsensus – publisert av European Resuscitation Council/ILCOR m.fl. Algoritmene for hjerte- lungeredning (HLR) er altså i stor grad harmonisert, men det er fortsatt regionale forskjeller på mindre områder. Dessuten er det alltid et spørsmål om hvordan teksten skal tolkes. I denne artikkelen vil jeg omtale en smal problemstilling knyttet til HLR av nærdruknede.



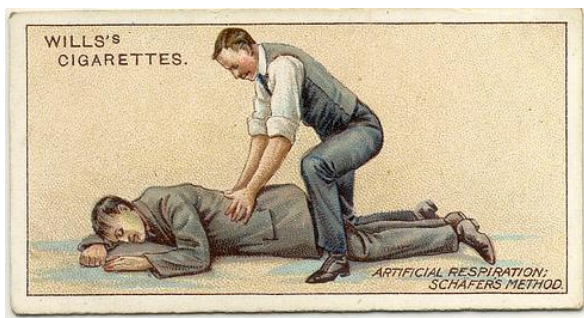
Figur 1 Holger Nielsens metode (www.livredning.dk)

Basal hjerte lunge redning (BHLR)

I tillegg til hurtig tilgang til defibrillator og hurtig transport til sykehus så er sannsynligvis effektiv prehospital grunnleggende hjerte lungeredning det tiltaket som har størst potensiale til å redde liv ved akutt hjertestans. Behandlingsalgoritmen er enkel:

- Fastslå livløshet (prat med pasienten, evt forsiktig risting)
- Rop etter hjelp
- Åpne luftveier
- Puster normalt? Hvis nei:
- Varsle (i Norge: 113)
- Start hjertekompresjon. Gi 30 kompresjoner etterfulgt av 2 innblåsinger
- Fortsett HLR til hjelp kommer

Er man alene skal man prioritere tilkalling av hjelp framfor HLR fordi tidlig defibrillering er livreddende ved hjertestans ved ventrikkelflimmer (VF)/ventrikkeltakykardi (VT). Algoritmen inneholder en del andre presiseringer, men denne grunnleggende algoritmen er både nasjonalt og internasjonalt akseptert.



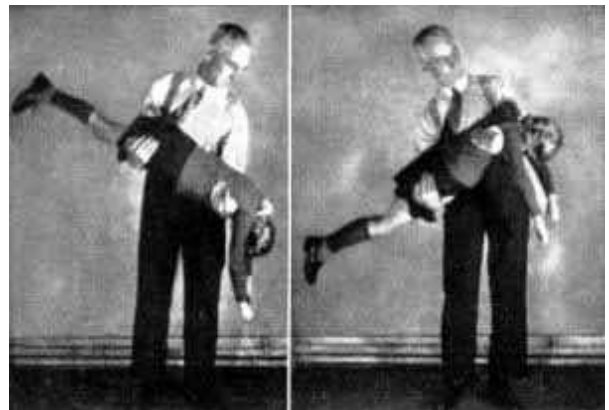
Figur 2 Schafers metode – som illustrert på en sigaretteske (Sara Bryan, Flickr)

Gjenoppliving av livløse pasienter som er kvalt

Innledning

BHLR algoritmen er generisk og er ment brukt ved alle gjenopplivingsforsøk av tilsynelatende livløse pasienter – uavhengig av årsak. Det er likevel slik at viktigste årsak til hjertestans utenfor sykehus vil være iskemisk hjertesykdom (hjerterinfarkt hvor koronararteriene er tettet igjen) ledsaget av VF/VT. Tidlig defibrillering er derfor avgjørende.

Ved asfyksisk hjertestans (kvelning) stopper hjertet pga hypoksemi (lavt oksygentrykk i arterieblodet). Typiske situasjoner som gir asfyksisk hjertestans vil være (nær-)drukning, snøskred, opphold i tanker som ikke er gjennomluftet eller henging/strangulering. Pulsløs elektrisk aktivitet (PEA), ofte rytmeforstyrrelser med saktegående elektrisk aktivitet (bradyaritmier) er langt vanligere ved denne typen hjertestans enn ved hjertestans som skyldes hjertesykdom. Det finnes lite data som kvalifiserer beste metode for gjenoppliving av nærdrukkede. Vi vet rett og slett ikke hva som er den optimale metoden å gjenopplive slike pasienter med. Norsk Resuscitasjonråd har ikke gitt spesifikke ”føringer” på sine websider. Pedagogisk er det en åpenbar fordel i å ha ett sett med prosedyrer som man forholder seg til. Det er overveiende sannsynlig at hvis en legmann skulle møte en pasient med hjertestans så ville årsaken sannsynligvis være kardial. Korrekt BHLR vil kunne være livreddende. Hvis denne legmannen, ved en usannsynlig tilfældighet, skulle møte en pasient som får hjertestans pga kvelning, så finnes det ikke bevis for at modifikasjon av BHLR algoritmen (se under) faktisk vil bedre overlevelsen. Vi kan trygt konkludere med at man ut fra et folkehelseperspektiv bør tilstrebe å formidle korrekt BHLR til legmann – uten å komplisere algoritmen.



Figur 3 Eve's vippemetode (Probert Encyclopedia of Medicine)

Hjerte-lungeredning ved asfyksiske
hjerrestans – hva sier guidelínes?

Som tidligere nevnt: De norske algoritmene, og nettsiden til Norsk Resusciteringsråd, gir ikke spesiell veiledning for gjenoppliving av (nær-)druknede. Jeg tok opp denne problemstillingen (modifikasjon av BHLR-algoritmen for nærdrunknede personer) i en uformell e-post til Norsk Resusciteringsråd. Jeg et hyggelig svar tilbake, vedlagt en PDF-fil med følgende avklaring:

Spørsmål om fem initiale "rescue breaths" i Guidelines 2010. De såkalte fem "initial rescue breaths" ved stans av antatt hypoksisk årsak er ikke med i de nye guidelínes fra ERC for resuscitering av voksne. Norsk Resuscitasjonsråd har derfor anbefalt å ikke ta med dette i de nye norske retningslinjene. Begrunnelsen finnes i ERCs Guidelines (se nedenfor).

Selv om det ved sirkulasjonsstans av antatt hypoksisk årsak teoretisk kan antas at det kan være best å starte med fem innblåsninger (før oppstart av brystkompresjonene), har man likevel valgt å ikke anbefale dette lengre, bl.a. fordi mange "ekstra ting å tenke på" kan få livredderen til å føle seg usikker og derfor nøle i forhold til raskest mulig oppstart av nødvendig HLR. Det har vært et mål å forenkle retningslinjene, spesielt for basal HLR, der det er mulig og forsvarlig i forhold til manglende evidens for at eventuelle ekstra/spesielle tiltak kan være av avgjørende betydning.

Merk at de fem initiale "rescue breaths" likevel fortsatt anbefales ved HLR og AHLR på barn.

Kristian Lexow, overlege

Leder, Norsk Resuscitasjonsråd

Så langt jeg kan se så er ikke denne teksten lagt ut på websidene til NRR.

I de Europeiske guidelínes er det i kapittelet om "Adult Basic Life Support" (R.W. Koster et al. Resuscitation 2010, 81; 1287) angitt følgende:

The same modifications of 5 initial breaths and 1 min of CPR by the lone rescuer before getting help, may improve outcome for victims of drowning. This modification should be taught only to those who have a specific duty of care to potential drowning victims (e.g. lifeguards). Drowning is easily identified. It can be difficult, on the other hand, for a layperson to determine whether cardiorespiratory arrest is a direct result of trauma or intoxication. These victims should, therefore, be managed according to the standard BLS protocols.

I de samme guidelínes, Kapittel 8c – Hjertestans under spesielle forhold (det er her du finner det som er virkelig spennende...) så diskuteres korrekt diagnostikk og behandling av drukningsulykker. Det skrives:

The key feature to note in the pathophysiology of drowning is that cardiac arrest occurs as a consequence of hypoxia and correction of hypoxaemia is critical to obtaining a return of spontaneous circulation.

....

Rescue breathing. The first and most important treatment for the drowning victim is alleviation of hypoxaemia. Prompt initiation of rescue breathing or positive pressure ventilation increases survival. If possible supplement rescue breaths/ventilations with oxygen. Give five initial ventilations/rescue breaths as soon as possible.

Guidelínes gir ytterligere en rekke anbefalinger, bl.a. at hvis den forulykkede oppholder seg i vann, langt fra land, så skal man gi kunstig ventilasjon (i vannet!) i ett minutt før man svømmer pasienten inn til land.

Samlet sett så er det etter min mening tydelig at de internasjonale guidelínes anbefaler en modifikasjon av BHLR-prosedylene ved gjenoppliving av druknede for utvalgte grupper av innsatspersonell. Modifikasjonen innebærer at man skal starte med 5 innblåsninger som skal etterfølges standard BHLR 30:2. Hvis man er alene så skal man drive ett minutt BHLR før man forlater pasienten for å tilkalle hjelp.



Figur 4 Tobakksrøyk-klyster for gjenoppliving av druknede (Bryan Johnson, www.listverse.com)

Oppfølgende diskusjoner med NRR

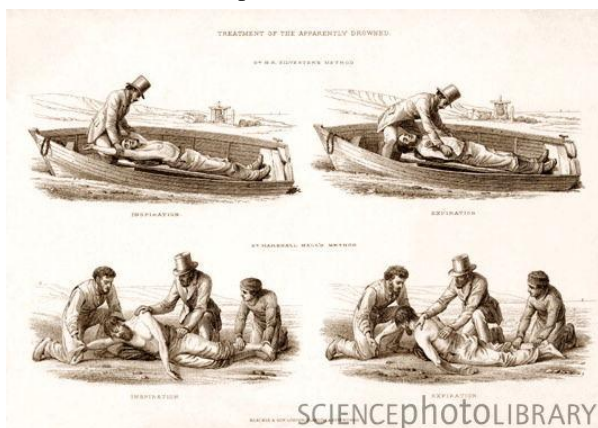
Som sagt tok jeg opp spørsmålet om BHLR rutiner ved nærdrukning med NRR. Svaret jeg fikk (se over) ble sendt på en intern runde til ledende medisinsk personell på Haakonssvern. Basert på dette første svaret jeg fikk fra NRR anbefalte jeg i en intern e-post (sep 2011) til medisinsk personell i Sjøforsvaret at BHLR-rutinen ble fulgt slavisk ved gjenoppliving også av nærdrunknede.

Etter dette har jeg gått grundigere gjennom guidelínes, og basert på det jeg oppfattet som et sprik mellom norske og internasjonale guidelínes kontaktet jeg NRR enda en gang (jeg har forståelse for at de går lei av pirkingen min). Og i e-post av 7.10.11 får jeg dette svaret fra Lexow i NRR:

Vi har i Norge forsøkt å vektlegge at ting fremstilles enklest mulig når det er medisinsk forsvarlig. Det er

erkjent (også internasjonalt) at Guidelines fra før av har vært så full av "gode intensjoner" om det teoretisk optimale, at det som virkelig er viktig for overlevelse har hatt lett for å bli borte (både for lekfolk og spesialister) i alle detaljene om hva som teoretisk sett kan være optimalt når det gjelder resuscitering. Dette er grunnen til at vi i Norge ikke har vektlagt "5 initial rescue breaths" - bortsett fra på barn. Men du har dine ord i behold i forhold til ERC-guidelines i og med at det der sies: "This modification (5 initial rescue breaths – min tilføyning) should be taught only to those who have a specific duty of care to potential drowning victims (e.g. lifeguards)." Det kan derfor ikke sies at det er feil å legge dette inn i undervisningen av dykkere og vakter i svømmehaller og lignende.

I direkte samtale med Lexow har han også avklart tydelig at han ikke har innsigelser mot at utvalgt personell får opplæring i modifikasjon av BHLR-algoritmen. For NRR er det viktig å formidle et klart og tydelig budskap til befolkningen – personlig har jeg derfor full forståelse for at de ikke vil publisere unntaksbestemmelser på sine websider.



Figur 5 Halls metode for gjenoppliving (Science Photo Library)

Hva bør (Sjø-)Forsvaret lære bort?

Jeg har hatt en svært nyttig diskusjon med kolleger i Sjøforsvaret om hva "vi" bør gjøre med opplæring av eget personell. Det er bare å innrømme at jeg er i et mindretall... De som har deltatt i diskusjonen har vektlagt viktigheten av enkle opplæringsrutiner og fravær av god dokumentasjon på effekten av å modifisere BHLR-rutinen for nærdrukkede. Jeg tilhører et mindretall som nå mener at vi bør lære opp utvalgt personell iht internasjonale retningslinjer. Med "utvalgt personell" så mener jeg:

- Dykkeledere, minedykkere, marinejegere (ikke skipsdykkere grunnet kort tjenestetid og manglende mulighet for regelmessig vedlikeholdstrening)
- Sykepleiere
- Sanitetsassistenter

• VAB-leger

Etter min mening så har vi i Forsvaret så gode muligheter til å gi målrettet undervisning til dette personellet uten at det vil medføre smitte-effekter og misforståelser ift BHLR-opplæring av annet personell.

Disse gruppene mener jeg altså at bør læres at man ved asfyksisk hjerstestans skal starte med fem innblåsing etterfulgt av 30 hjerstekompresjoner og at man skal kjøre BHLR i ett minutt før man varsler – hvis man er alene.



Figur 6 Sylvesters metode for kunstig åndedrett - ekspirasjon (Every Womans Encyclopedia)

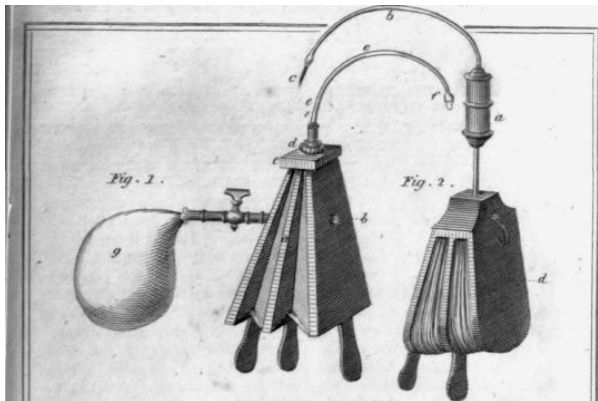


Figur 7 Sylvesters metode for kunstig åndedrett – inspirasjon (Every Womans Encyclopedia)

Konklusjon

NRR anbefaler generelt ensartede rutiner for gjenoppliving av livløse pasienter – også nærdrukkede. Internasjonales guidelines anbefaler at utvalgte grupper innsatspersonell læres opp i modifikasjon av BHLR-algoritmen (5 initiale innblåsing, evt ett minutt BHLR før varsling) ved gjenoppliving av personer med

hjerTESTANS grunnet asfyksi/nærdrukning. NRR har senere presisert at de ikke har inn vending mot dette. Jeg mener derfor at vi bør gi opplæring i modifisert BHLR for utvalgte grupper av dykkere, sanitetsassistenter og sanitetspersonell med helsefaglig utdanning. Jeg bruker dette nummeret av "Bodstikka" for å argumentere for dette standpunktet! Jeg foreslår rett og slett at vi blåser i den anbefalingen jeg ga tidligere i høst©



Figur 8 Apparat for assistert ventilasjon. (The Domestic Encyclopaedia Vol 2)

Kommandørkaptein Jan Risberg
jri@nui.no
UVB-Dykkerlegens Kontor
Forsvarets Sanitet

Prosjekt i sjøforsvaret om støy ombord

Sjøforsvaret har inngått kontrakt med Universitetet i Bergen om en målrettet arbeidsmiljøkartlegging og oppfølging av personell som er eksponert for støy ombord¹ sjøforsvarets fartøyer. Prosjektet har en ramme på tre år og ca 13 mill NOK. Foruten å gjennomføre en risikobasert helseovervåkning skal samtlige av fartøyene kartlegges. Det vil bli gjennomført eksponeringsmålinger av personellet ved hjelp dosimeter. Arbeidet tar også sikte på å vurdere gjeldene regelverk for arbeidsmiljøet på skip med tanke på støyeksponering.²

¹ Koefoed V: Støy ombord. Ramazzini 2011, 18(2):11-13.

² Sjøfartsdirektoratet: Forskrift om arbeidsmiljø, sikkerhet og helse for arbeidstakere på skip. In. Edited by handelsdepartementet No, vol. FOR-2005-01-01-8; 2005-01-01.

Fr@ nettet ...

I denne spalten presenterer vi interessante nettsted.

Service de santé des armées



Service de santé des armées (SSA) er den franske FSAN. Det er en imponerende stor organisasjon med hovedkvarter i Paris. Les mer om

SSA her <http://www.defense.gouv.fr/sante>

SSA har en forskningsavdeling på nesten 500 personer, Institut de recherche biomédicale des armées (IRBA), se <http://www.defense.gouv.fr/sante/decouverte/5-composantes/recherche-biomedicale>

SSA utgir to tidsskrifter, Actu Santé og Médecine & Armées som kan lastes ned fra

<http://www.defense.gouv.fr/sante/mediatheque/revues>



The Medical Corps International Forum

"has as its aim the promotion of communication between military medical professionals. Military medicine has ceased to be a subject of national concern only and medical personnel from different countries now collaborate closely in many fields."

Magasinet Medical Corps utgis fire ganger årlig og kan lastes ned fra <http://www.mci-forum.com/archive/2011.html>

Faglitteratur

I denne spalten ønsker redaktøren og henlede oppmerksomheten på interessant faglitteratur for sanitetsoffiserer. Leserne bes sende innspill til spalten pr e-post til redaktøren.

Radiofrequency electromagnetic fields and reproductive health

Baste V: Radiofrequency electromagnetic fields and reproductive health. Occupational exposure among men in the Royal Norwegian Navy. Ph. D. University of Bergen; 2011.

Background. Concern was growing in the Royal Norwegian Navy (RNoN) about work aboard fast patrol boats (FPB) and male reproductive health, especially congenital malformations. Servicemen on fast patrol boats worked close to equipment that emitted radiofrequency (RF) electromagnetic fields (EMF), and there was special concern about exposure

to RF EMF. Epidemiological studies related to RF EMF have mainly used crude proxies for exposure, such as job titles, distance from and the use of different equipment emitting RF EMF. The few studies performed on male reproductive health had not distinguished between exposure during the last three months before conception and the period prior to that, making it difficult to interpret a possible biological effect.

Objectives. The main aim of this thesis was to study RF EMF exposure from communication equipment and radar in the RNoN and its relationship to male reproductive health. Another aim was to describe the level of RF exposure aboard FPBs in the RNoN and to suggest methods for calculating exposure doses.

Material. The first part of the thesis is a cross-sectional study among military servicemen employed in the RNoN. The questionnaire included information about work close to equipment emitting RF EMF, one-year infertility, children and the sex of offspring. The second part is an exposure assessment based on stationary measurements performed by the RNoN. The RF field emitted from high frequency antennas and radars was measured in several spots where the crew was most likely to be localised aboard FPBs. The third part is a register-based cohort study conducted among servicemen who served at any time in the Royal Norwegian Navy during the period from 1950 to 2004 with singleton offspring born between 1967 and 2008. The cohort of servicemen was linked to the Medical Birth Register of Norway. Exposure during the last three months before conception (acute) and exposure more than three months before conception (non-acute) was analysed.

Results. Of the 10,497 respondents (response rate 63%), 22% had worked close to high-frequency aerials to a 'high' or 'very high' degree. Infertility increased significantly with increasing self-reported exposure to radiofrequency electromagnetic fields. In a logistic regression, the odds ratio (OR) for infertility among those who had worked closer than 10 metres from high-frequency aerials to a 'very high' degree relative to those who reported no work near high-frequency aerials was 1.86 [95% confidence interval (CI): 1.46–2.37], adjusted for age, smoking habits, alcohol consumption and exposure to organic solvents, welding and lead. Similarly, the adjusted ORs for those exposed to a 'high', 'some' and 'low' degree were 1.93 [95% CI: 1.55–2.40], 1.52 [95% CI: 1.25–1.84], and 1.39 [95% CI: 1.15–1.68], respectively. In all age groups there were significant linear trends, with a higher prevalence of involuntary childlessness among those with higher self-reported exposure to radiofrequency fields. However, the degree of exposure to radiofrequency fields and number of children were not associated. For self-reported exposure to both high-frequency aerials and communication equipment, there

were significant linear trends, with a lower ratio of boys to girls at birth when the father reported a higher degree of radiofrequency electromagnetic exposure. The description of measured RF exposure aboard FPBs and calculated estimates of the RF level showed that RF exposure was generally low compared with international guidelines, ICNIRP. An exception was the captain's cabin aboard two classes of FPBs, where the estimated linear mean E-field was 127 V/m and the mean equivalent E-field was 174 V/m which corresponds to 67% and 119% of squared ICNIRP limits. To assess the annual exposure dose, transmission time and sailing time were taken into account. Based on a spatial average, the annual exposure dose ranged from 4.3•10³ Vh/m to 51•10³ Vh/m in different locations based on three months sailing per year. Based on the total naval cohort of 28,337 servicemen, 37,920 singleton pregnancies and offspring were included in the register study. The adjusted relative risk (RR) of perinatal mortality was 2.23 [95% CI: 1.07–4.62] and preeclampsia was 1.57 [95% CI: 1.03–2.41] after paternal service aboard FPBs in an acute period compared to those with service aboard other vessels. When dividing the estimated RF exposure dose in three exposure groups, the adjusted RR for perinatal mortality was 1.82 [95% CI: 0.54–6.13] and 2.87 [95% CI: 1.25–6.59] in the group of low and medium RF exposed aboard FPBs, respectively compared to service aboard other vessels. Adjusted RR for preeclampsia was 2.67 [95% CI: 1.50–4.75] in the low RF exposure dose group compared to the reference group. No increased risk was found for medium exposure dose while for high exposure dose the RR was 6.07 [95% CI: 1.77–20.8]. In the high exposed group there were only 14 pregnancies, two of them complicated by preeclampsia, while none had died within the perinatal period. Compared with land-based service, a small but increased RR was found for low birth weight and small for gestational age after paternal work aboard vessels, in non-acute periods.

Conclusions. Increasing self-reported work near equipment emitting radiofrequency electromagnetic fields among naval personnel was significantly linearly associated with more reported one year of infertility. Among those who had no children, the association was even stronger. Radiofrequency exposure levels aboard FPBs were generally low, except for a few cabins above deck for two classes of FPBs. Paternal work aboard fast patrol boats during the three last months before conception was associated with increased risk of perinatal mortality and pregnancies complicated by preeclampsia compared to other vessels. When considering RF exposure dose, there was no association between estimated RF exposure and congenital malformations. Nor was there any association between estimated RF exposure in a non-acute period and reproductive health outcomes in the

population studied. There was an association between paternal estimated RF exposures aboard FPBs during the three last months before conception and both perinatal mortality and pregnancies complicated by preeclampsia, but there was no clear dose response relationship.

Overvekt

Hansen, HL. Et al. 2011. Obesity continues to be a major health risk for Danish seafarers and fishermen. *Int Marit Health* 62, 2 98-103

Background. In addition to the well-known medical consequences of overweight, severe obesity may also constitute a safety problem on board a ship in case of an emergency. The purpose of this study was to determine the current extent of the problem of overweight among Danish seafarers and fishermen and to follow-up the situation since a previous survey. The aim was to identify the main target groups and determine the need for continuous intervention.

Material and methods. Data on height and weight were obtained from the mandatory health examinations of seafarers and fishermen. A total of 2,101 seafarers were included in the study. Body Mass Index (BMI) was calculated for each individual seafarer. Data from two other surveys were used as reference.

Results. A total of 1,379 (66%) of all tested subjects were overweight. Among the male officers and ratings, the relative risk of being overweight was 1.33 (1.25–1.38) and 1.30 (1.22–1.38), respectively. The relative risk for fishermen was 1.45 (1.25–1.66) and for maritime students and trainees 1.44 (1.25–1.66). The female seafarers had a relative risk of being overweight of 1.42 (1.23–1.65). There were a statistical significantly increased number of overweight merchant seafarers since 2001/2002.

Discussion. The study shows that Danish merchant seafarers have a major and significantly increasing overweight problem. Among fishermen, overweight was even more frequent. Overweight constitutes a threat not only to their health, but also to their career at sea. The larger than expected incidence of overweight among new employees in the industry provides particular cause for concern. The causes of the problem are complex and interventions need to be broad.

Fatigue

Hansen, JH. Et al. 2011. Sleep disturbances among offshore fleet workers. A questionnaire-based survey. *Int Marit Health* 62, 2; 123–130

Background. Shift work is related to fatigue and desynchronization with the external environment. This study investigates how 6-h shifts and 12-h shifts affects sleep and safety in workers onboard offshore supply vessels, and if any differences exist between the two working schedules.

Material and methods. A questionnaire study was carried out in the North Sea, Australia, Africa, South

America, and the Far East, with 577 participants. The offshore fleet workers gave information on parameters related to sleep disturbances, causes of sleep disturbances, and safety. Regional differences in these parameters were also investigated.

Results. Workers on 6-hour shifts reported significantly more sleep problems than 12-hour shift workers did ($p < 0.01$). The 6-hour workers were more affected by noise ($p < 0.01$) and shift-work itself ($p < 0.01$).

Conclusions. Those working 6-hour shifts suffer more from sleep disturbances than those on 12-hour shifts, but this is not reflected in the perception of safety within the individual. Noise and shift-work itself is more of a problem in the 12-hour workers. Differences in safety culture and work morale are likely to cause the differences between regions.

Saltvannsinfusjon prehospitalt

Haut, ER. Et al. 2011. Prehospital Intravenous Fluid Administration Is Associated With Higher Mortality in Trauma Patients: A National Trauma Data Bank Analysis. *Ann Surg* ; 253:371–378

Objective: Prehospital intravenous (IV) fluid administration is common in trauma patients, although little evidence supports this practice. We hypothesized that trauma patients who received prehospital IV fluids have higher mortality than trauma patients who did not receive IV fluids in the prehospital setting.

Methods: We performed a retrospective cohort study of patients from the National Trauma Data Bank. Multiple logistic regression was used with mortality as the primary outcome measure. We compared patients with versus without prehospital IV fluid administration, using patient demographics, mechanism, physiologic and anatomic injury severity, and other prehospital procedures as covariates. Subset analysis was performed based on mechanism (blunt/penetrating), hypotension, immediate surgery, severe head injury, and injury severity score.

Results: A total of 776,734 patients were studied. Approximately half (49.3%) received prehospital IV. Overall mortality was 4.6%. Unadjusted mortality was significantly higher in patients receiving prehospital IV fluids (4.8% vs. 4.5%, $P < 0.001$). Multivariable analysis demonstrated that patients receiving IV fluids were significantly more likely to die (odds ratio [OR] 1.11, 95% confidence interval [CI] 1.05–1.17). The association was identified in nearly all subsets of trauma patients. It is especially marked in patients with penetrating mechanism (OR 1.25, 95% CI 1.08–1.45), hypotension (OR 1.44, 95% CI 1.29–1.59), severe head injury (OR 1.34, 95% CI 1.17–1.54), and patients undergoing immediate surgery (OR 1.35, 95% CI 1.22–1.50).

Conclusions: The harm associated with prehospital IV fluid administration is significant for victims of trauma.

The routine use of prehospital IV fluid administration for all trauma patients should be discouraged.

En kuriositet

Kleist, E. 1993. Transmission of gonorrhoea through an inflatable doll. *Genitourin Med.* 69(4): 322. Nanoralik Hospital Nanortalik, Greenland H MOI Post Box 1001, Venereaklinikken, 3900 Nuuk, Greenland

Nonsexual transmission of gonorrhoea seems to be extremely rare. Only one case of nonsexual transmission of genital *Neisseria gonorrhoea* is documented in adults³, involving two patients in a military hospital who shared a urinal. *N. gonorrhoea* has been shown to survive in infected secretions on towels and handkerchiefs for 20 and 24 hours, respectively.⁴ Cultures from toilet seats in public restrooms and venereal disease clinics have failed to yield *N. gonorrhoea*.^{5,6}

The skipper from a trawler, who had been 3 months at sea, sought advice for urethral discharge. His symptoms had lasted for two weeks. A urethral smear showed typical intracellular gram-negative diplococci, and a culture was positive for *N. gonorrhoea*. There had been no woman onboard the trawler; he denied homosexual contacts; and there was no doubt that the onset of the symptoms was more than two months after leaving the port.

With some hesitation, he told the story. A few days before onset of his symptoms, he had roused the engineer in his cabin during the night because of engine trouble. After the engineer had left his cabin, the skipper found an inflatable doll with artificial vagina in his bed, and he was tempted to have "intercourse" with the doll. His complaints started a few days after this episode.

The engineer was examined, and was found to have gonorrhoea. He had observed a mild urethral discharge since they left port, but he had not been treated with antibiotics. He admitted to having ejaculated into the "vagina" of the doll just before the skipper called him, without washing the doll afterwards. He also admitted intercourse with a girl in another town some days before going to sea. This girl was traced, but the result of her examination is not known. To the best of our knowledge, no case of gonococcal transmission through an inflatable doll has been reported before.

³ Neinstein LS, Goldenring J, Carpenter S. Nonsexual transmission of sexually transmitted diseases: an infrequent occurrence. *Pediatrics* 1984;74:67-76.

⁴ Srivastava AC. Survival of gonococci in urethral secretions with reference to the nonsexual transmission of gonococcal infection. *J Med Microbiol* 1980;13:593-6.

⁵ Gilbaugh JH, Fuchs PC. The gonococcus and the toilet seat. *NEngl J Med* 1979;301:91-3.

⁶ Rein MF. Nonsexual acquisition of gonococcal infection (letter). *NEngl J Med* 1979;301:1347.

Traumatologiske erfaringer fra Afghanistan



På Norsk Kirurgisk Forening høstmøte nr 87 fra 24. til 28. oktober 2011 feiret man ikke bare foreningens 100 års jubileum, men hadde også en interessant sesjon om Traumatologi med flere interessante foredrag fra en militærmedisinsk vinkel.

Jeg har tillatt meg å klippe noen av disse fra nettet.⁷

Sårede og falne norske soldater i Afghanistan - en deskriptiv gjennomgang.

Bjerkan G, Iversen P, Asak H, Pillgram-Larsen J, Rolandsen BÅ. Forsvarets Sanitet, 2053 Sessvollmoen

Bakgrunn: Norge har bidratt med militære styrker i Afghanistan siden 2001. Vi presenterer en oversikt over alle stridsrelaterte skader og dødsfall blant norske soldater i perioden 2002 til 2011 i Afghanistan.

Materiale og metode: Ved gjennomgang av alle medisinske journaler for norsk militært personell i internasjonale operasjoner fra 2001 og frem til 2011 ble alle soldater som er falt eller såret under stridshandlinger i Afghanistan identifisert. Basert på journalopplysninger ble det registrert skademekanisme og anatomisk region for skade, Injury Severity Score (ISS) og Revised Trauma Score (RTS). Sannsynlighet for overlevelse ble beregnet etter TRISSmetoden. Lettere skader ble ikke ISS score. Alle drepte ble klassifisert etter definert militærmedisinsk terminologi: Killed in Action (KIA) og Died of Wounds (DOW). De omkomne ble videre klassifisert som nonsurvivable (NS) eller potentially survivable (PS).

Resultat: Det var 45 skadehendelser med ni dødsfall blant 42 soldater. KIA: Ni soldater. Mekanisme for sju av ni døde var Improvised Explosive Device (IED), en døde ved direkte treff av raketgranat (RPG) og en døde ved skudd (GSW). Ni av ni døde på skadestedet og ble klassifisert som NS. DOW: ingen soldater. Syv soldater ble alvorlig såret. Mekanismen var GSW ved fire hendelser, de tre øvrige av henholdsvis IED,

⁷ <http://www.brataas.no/hostmotet/index.htm>

splintskader fra RPG og mineeksplosjon. Median ISS var 26 (5-35) og laveste sannsynlige overlevelse etter TRISS var 0,71. Skadde anatomiske regioner var: ansikt: to, trunkus: fem og ekstremiteter: tre. Tjueni hendelser på 28 soldater medførte lettere skader. Hyppigste mekanisme, tilstede ved 22 av 29 (76%) hendelser, var rikosjettskade eller splintskade fra skudd eller granatnedslag og to av disse var kombinert med brannskade. Mekanismen i seks av 29 (21%) hendelser var IED og under en hendelse ble soldaten truffet av en stein som ble kastet. Mange ble skadet i flere anatomiske regioner under samme hendelse: Ved de 29 hendelsene ble det registrert tre skader i hode, ni skader i ansikt, en skade i hals, fire skader i thorax, en skade i abdomen, en skade i rygg, tolv skader i overekstremiteter og tolv skader i underekstremiteter.

Diskusjon: De fleste dødsfallene skyldes IED og de fleste fysiske stridsskadene er lette. Ekstremitetene er hyppigst affisert. I amerikanske studier av stridsrelaterte dødsfall er omkring 20-25 % PS og 25 % er DOW. Ved observerte dødsfall med PS må alltid kvalitetsforbedring av den prehospitale tjenesten, inkludert evakueringen, vurderes. Ved DOW må i tillegg den hospitale behandlingen evalueres.

Konklusjon: Skademekanisme og anatomisk distribusjon er den samme hos norske soldater som hos allierte. Ni av 42 soldater døde. Det ble ikke funnet unngåelige dødsfall blant disse.

Kompetansebehov for kirurgiske team i moderne krig. Norske erfaringer i Afghanistan.

Iversen P, Bjerkan G, Asak H, Rolandsen BÅ, Pillgram-Larsen J. Forsvarets sanitet, 2058 Sessvollmoen

Bakgrunn: Norge har deltatt med styrker i den Nato-ledete operasjonen i Afghanistan siden 2001. Vi har hatt ansvar for PRT, Provincial Reconstruction Team, Meymaneh, Faryab provins siden 2005. Norge har stående kirurgisk beredskap i provinsen med hovedansvar for skadde ISAF soldater og soldater fra koalisjonsstyrkene. Norge har sammen med allierte bidratt med kirurgiske team under norsk medisinsk ledelse. Fra våren 2010 har den krigskirurgiske aktivitet vært økende. Dette har medført økt fokus på den reelle krigskirurgiske kompetansen de kirurgiske teamene må ha forut for deployering. Våre erfaringer fra tjeneste i Meymaneh danner utgangspunkt for de kvalitetene og kunnskaper vi mener et moderne krigskirurgisk team bør ha.

Materiale og metode: Alle traumepasienter mottatt ved norsk kirurgisk enhet i Meymaneh i perioden juni 2010 -desember 2010, kontingent 15, ble retrospektivt undersøkt ved journalgjennomgang. Det ble det registrert skademekanisme, anatomisk region for skade, Injury Severity Score og kirurgiske prosedyrer.

Sykehuset er en Role 2 installasjon for Damage Control Resuscitation før evakuering til Role 3 sykehus i teateret. Prosedyrer utført av kirurgiske team i Meymaneh ble blitt sammenliknet med tilsvarende anbefalte "surgical skill sets" fra britiske styrker i Helmandprovinsen i Sør-Afghanistan.

Resultat: Det ble gjort traumemottak av 90 pasienter i perioden. 39 % av disse pasientene hadde en ISS over 15. I pasientmaterialet ble det registrert skader i alle anatomiske regioner, AIS. Det ble gjennomført 19 ulike nødkirurgiske prosedyrer fordelt på alle anatomiske regioner, med ulik hyppighet. Kirurgisk bløtvevskontroll, debridement var den hyppigst forekommende prosedyre, etterfulgt av amputasjoner og ekstern fiksasjon. De andre kirurgiske inngrepene var færre, men spredt utover fagområdene gastro-, thorax og karkirurgi.

Diskusjon: Ved sammenlikning av de britiske anbefalinger for kompetanse innen kirurgiske team deployert i moderne krigssoner, finner vi at tilsvarende kirurgiske prosedyrer er utført av våre team selv om stridstettheten i Faryab Provins er lavere enn i Helmand. Økt behov for kompetanse i nevrokirurgiske prosedyrer ved norskdeployerte team ble identifisert,

Konklusjon: Kirurgiske team bør bestå av anestesilogiske, ortopediske og generell kirurgiske spesialiteter, samt nødvendig sykepleiekompetanse. Spesialitetene må ha god erfaring og innsikt i hverandres spesialkompetanse. Økt kompetanse på penetrerende hodeskader er nødvendig. Krigskirurgi fordrer spesialtrening i en stadig økende subspecialisering. Spesifikk teamtrening og individuell trening av krigskirurgisk kompetanse er nødvendig før deployering. Det er også nødvendig at deployerende team og enkeltmedlemmer har forståelse av kamprelaterte skademekanismer og de særpregede følger disse gir. Gammel tradisjon med bratte læringskurver under tjenestegjøring er ikke akseptabelt.

Operativ erfaring i traumatologi ved penetrerende skader. Norske erfaringer i Afghanistan.

Iversen P, Rolandsen BÅ, Asak H, Bjerkan G, Pillgram-Larsen J. Forsvarets sanitet, 2058 Sessvollmoen

Bakgrunn: Terroraksjonen mot USA 11/9 2001 utløste en langvarig konflikt mot terror som fortsatt pågår, hovedsakelig i Afghanistan. Norge har deltatt med styrker i den NATO-ledete operasjonen i Afghanistan siden 2001. Norge har sammen med allierte bidratt med feltsykehus og kirurgiske team under norsk medisinsk ledelse. Konflikten intensitet har medført et stort volum av pasienter med penetrerende skader. Det britiske feltsykehuset i Helmand provinsen har erfart at en seks ukers deployering i Afghanistan gir legene en

erfaring i operativ traumatologi som tilsvarer tre års tjeneste ved sykehus i London. Vi presenterer vår kliniske erfaring fra det norske Role 2 feltsykehuset i Meymaneh.

Materiale og metode: Skademekanisme og utførte kirurgiske prosedyrer er registrert for alle som er mottatt i sykehuset som traumepasienter i perioden juni 2010- desember 2010, kontingent 15. Et amerikansk og et makedonisk kirurgisk team tjenestegjorde under norsk medisinsk ledelse. Antall pasienter, skademekanisme og gjennomgatte akutte kirurgiske prosedyrer der disse teamene ble direkte involvert er brukt som datagrunnlag for å dokumentere reell klinisk erfaring i perioden.

Resultat: Det ble i seks månedersperioden tatt i mot 76 pasienter med penetrerende skader og 14 pasienter med stump skademekanisme. De vanligste skadeårsakene var eksplosjons- og skuddskader. Det ble hos de 76 pasientene gjort 125 kirurgiske prosedyrer i forbindelse med eller rett etter mottakssituasjonen. I all hovedsak var dette større debridement (63), amputasjoner (12), ekstern fiksasjon av lange rørknokler (13) og det ble anlagt tre karshunter.

Diskusjon: Pasienttilgangen i Meymaneh tilsvarer et årlig volum på ca 150 pasienter med skudd og eksplosjonsskader fordelt på to team. Operasjoner på ekstremitetene er de vanligste kirurgiske prosedyrene som blir gjennomført, tallet er noe lavere for thorax-, kar- og buktingrep. Dette kan sammenholdes med Traumesenteret ved Oslo Universitetssykehus. Ullevål sykehus mottar årlig et tyvetalls pasienter pr år med skudd- og eksplosjonsskader, inklusive selvskudd mot hodet.

Konklusjon: Skadepanoramet ved feltsykehuset i Meymaneh gir god klinisk erfaring i behandling av penetrerende skader etter skudd og eksplosjoner som sjelden erfares i Norge og den vestlige verden. Ett kirurgisk traumeteam ved Ullevål behandler ca tre skader av denne typen i året. Seks måneders deployering til Meymaneh, gir et kirurgisk team erfaring med skudd og eksplosjonsskader som normalt vil erverves i løpet av mere enn 10 års klinisk tjeneste ved Norges største traumesykehus.

Norsk erfaring med fullblodtransfusjoner i Afghanistan.

Medby C, Johnsen M. Forsvarets Sanitet, 2058 Sessvollmoen.

Bakgrunn: Norge har ansvaret for et feltsykehus i Meymanah, Afghanistan. Foruten norsk personell, er sykehuset bemannet med et amerikansk og et makedonisk kirurgisk team. Røde blodceller (SAG) og plasma (Octaplas/FFP) er tilgjengelig gjennom norsk og amerikansk logistikkjede, men ikke blodplater. På grunn av krevende logistikk og høy traume prevalens

er det en reell mulighet for å gå tom for blodprodukter. Det er derfor opprettet en "walking blood bank" for å kunne gi transfusjoner med varmt fullblod.

Materiale: I tidsrommet oktober 2008 til august 2011 ble 588 traumepasienter behandlet ved feltsykehuset i Meymanah. Av disse mottok fem pasienter fullblodtransfusjoner. Tre pasienter har blitt transfundert p.g.a. mangel på blodprodukter. To har blitt transfundert p.g.a. koagulopatisk blødning. Fire har fått typelikt blod. En pasient med blodtype B har fått 0-blod.

Resultat: Det ble ikke observert noen transfusjonsreaksjoner blant pasientene som mottok fullblodtransfusjoner. En av fem døde. Dødsårsakene var hypoxisk-ischemisk hodeskade.

Diskusjon: Indikasjoner for fullblodtransfusjoner i militær sammenheng er mangel på blodprodukter, og/eller koagulopatiske blødninger hvor mer konservative tiltak ikke fører frem. Fordelene ved å gi varmt fullblod er: Fysiologisk løsning uten "storage lesion". Bedre trombocytffunksjon. Ingen tilsetninger med antikoagulasjon eller andre konserveringsmidler. Mindre fare for nedkjøling av pasienten. Ulempene er: Ingen universal donor blodtype. Fare for akutte mismatch transfusjonsreaksjoner. Fare for overføring av patogener fra donor. Transfusjon av leukocytter med risiko for å utvikle graft-versus-host-disease (GVHD). Aktuelle donorer er screenet mot HIV og hepatitt på forhånd, men vi har ikke hatt mulighet til å følge opp pasientene med tanke på sene komplikasjoner som hepatitt og GVHD. Det finnes ingen universal donor blodtype for fullblod transfusjoner, likevel er transfusjoner med blodtype 0 utbredt og rutine ved enkelte installasjoner. Ved vår installasjon har vi registrert en transfusjon med 0-blod til ikke-kompatibel resipient, uten at dette resulterte i noen akutt transfusjonsreaksjon. Transfusjoner med fullblod er ikke uten risiko. Flere studier har imidlertid vist økt overlevelse ved fullblodtransfusjoner. Ved massive transfusjoner er det dessuten ofte nødvendig å gi trombocytter for å oppnå hemostase. Fullblod er vår eneste tilgjengelige kilde for trombocytter.

Konklusjon: Fullblodtransfusjon er et alternativ til transfusjoner med blodkomponenter, og kan være livreddende i situasjoner hvor man ikke har tilgang til nødvendige blodprodukter.

Erfaringer som lege/kirurg i Meymaneh, Afghanistan.

Norun, L.F. Sanitetsbataljonen, Brigade Nord 9365 Bardu.

Norge bidrar med sanitetspersonell i Meymaneh (Nord-Afghanistan). Ute i felt er det er fire militære ambulanser og to legebemannede hjelpeplasser. I leir er det et norsk Role 2 sykehus som ledes av norsk personell, men de to kirurgiske team er fra hhv.

Makedonia og USA. Jeg har vært lege på hjelpeplass i to perioder, siste gang våren 2011. Jeg har erfart hvilke utfordringer man militært og helsemessig står ovenfor på den afghanske landsbygda. Som kirurg deltok jeg en del på operasjonsstuene inne i leir. I løpet av de siste seks måneder kom det inn 113 krigsskader på det norske sykehuset. Det var ofte omfattende skader, vesentlig eksplosjonsskader, men også mange skuddskader. Det er stor overvekt av skadde Afghanere (sivile, samarbeidspartnere og motstandere). Antall skadde har økt i antall og omfang de siste årene. De skader man behandler i Afghanistan gir en unik erfaring. Det burde vært norske kirurgiske team som fikk denne kunnskapen. Erfaringer vil bli presentert. Med erfaring som lege på hjelpeplass i to kontingenter mener jeg å kunne grunnig at flere akutte livreddende prosedyrer må kunne utføres i felt av spesialtrent sanitetspersonell. Det inkluderer i gitte tilfeller kirurgisk sikring av luftveier, avlastning av thorax, fullblodtransfusjoner og intraossøs behandling. Mitt syn grunnig i presentasjonen.

Kommandør Jan Sommerfelt-Pettersen
jan@sommerfelt-pettersen.no
Sanitetsinspektør

Siden sist

Spaltene presenterer siste nytt fra SANSJØ.

Det er alltid en rekke ting som foregår i saniteten i Sjøforsvaret, og høsten var intet unntak. I Staben har SSO2 vært i utdanningspermisjon, og sjefen har permisjon to dager i uken, men ting har ikke stått stille av den grunn. Under finner du et knippe av ting som viser litt av bredden i det vi holder på med.

Besøk av helsetilsynet

Helsetilsynet var på besøk til Haakonssvern i juni. Som en del av sin gjennomgang av Forsvarets aktivitet i Afghanistan, ville de også avlegge KNM en visitt. I forbindelse med besøket ble det gitt en demonstrasjon av sanitetsprosedyrer, slik de trenes og praktiseres i MJV. Det var viktig for Sjøforsvaret å vise frem at våre mediser gjør avanserte medisinske prosedyrer, og at dette er nødvendig og relevant, samtidig som det skal gis skikkelig opplæring og finnes gode delegasjons og oppfølgingsrutiner.

BHT utredning

Proessen med å få omorganisert BHT har visst seg å være en langdryg sak. I løpet av høsten er det igjen besluttet at BHT skal dekke alle deler av Forsvarets virksomhet og at dette skal skje ved en regionalisert struktur tillagt største bruker. Videre er det bestemt at Sjøforsvaret får en organisasjon med ni stillinger. Disse

skal ha ansvar for region vest og sør, samt følge opp alle Sjøforsvarets fartøy. Sjøforsvarets avdelinger på land i nord, vil følges opp av regional BHT fra Hæren.

"Sanitetsskvadron" i

Kysteskadren

Sjef kysteskadren nedsatte i fjor vår en arbeidsgruppe for å se på muligheten for i større grad å samle sanitetspersonell i kysteskadren i samme enhet. Arbeidsgruppen presenterte sitt å arbeide tidlig på høsten. Det ble da besluttet av SJKKE at flotiljene skulle beholde sin integrerte sanitet, men at en skulle se på hvordan saniteten i MARLOG var organisert, for i bedre grad ivareta behov for sanitetsstøtte på tvers av våpnene.

2 Bravo i Sjøforsvaret

Som en del av 2 Bravo prosessen (OU prosess for å flytte personell fra støtte til operativ virksomhet) har sanitetsavdelingen ved KNM-T/SSS, blitt flyttet til MARLOG. Oppdragsporteføljen med undervisning, støtte til oppøving og mønstring, er også flyttet fra KNM til MARLOG.

2 Bravo i FSAN

2 Bravo har også medført endringer i FSAN ved at stillinger ved sykestuene på Madla og Haakonssvern er fjernet. Sjøforsvaret har forgjeves etterlyst hvilke konsekvenser dette vil få for Sjøforsvaret hos FSAN sentralt. Lokalt har vi i løpet av høsten sett at det har kommet meldinger fra sykestuene om oppgaver de ikke lengre kan ta på seg, uten at en har fått oversikt over de totale konsekvenser dette vil få for Sjøforsvaret.

Opprettelse av Sykestue på Sortland

I forbindelse med omorganisering av Kystvakten har Sjøforsvaret bedt Forsvarets sanitet som har ansvar for Forsvarets sykestuer, om å opprette en sykestue på Sortland.

Ombygging Nansen klassen

Fregattvåpenet har besluttet at alle fregattene skal bygges om for å kunne være plattform for fremskutt traumeteam (FTT). I løpet av høsten ble ytterligere et fartøy bygget om. Den foreløpige planen er at alle fregattene skal være ombygget og i stand til å ta imot FTT innen utgangen av 2012.

Kontainerbasert Role 1

Sjøforsvaret har i en del sammenhenger behov for en Role 1 som ikke er knyttet mot en bestemt Sjømobil plattform, eller som kan benyttes på land. Ambisjonen er å ha tre komplette konteiner og teltbaserte systemer

tilgjengelig. Denne strukturen etableres gjennom gjenbruk av materiellarven. Alle farmasi og laboratorie konteinerne vært til overhaling og fått lik innredning. Legekontorkonteinerne er i prosess og det gjenstår to konteinere. Det diskuteres også behovet for en kirurgi konteiner for å kunne støtte FTT i Marlog.

Legionella validering

SINTEF har i løpet av de siste to årene gjennomført en større kartlegning av forekomst og oppvekstvilkår for legionella om bord. De endelige resultatene og anbefalingene ble presentert for Sjøforsvaret på høsten. Anbefalingene går på at en får laget barrierer på vanninntak på samtlige fartøy, at en overvåker amøbeveksten (ikke legionellene), og sanerer med klordioksid på bakgrunn av resultatene fra amøbetestingen. Anbefalingen tas til følge ved at vi forsøker regimet, mens vi parallelt tester for legionella, til vi er sikre på at tiltakene har ønsket effekt.

Hørselsprosjekt

Det er inngått avtale med Norsk senter for maritim medisin og universitetet i Bergen om kartlegging av støy og effektene av støy om bord på Sjøforsvarets fartøy. Prosjektet vil gå over tre år, og har til hensikt å komme opp med forslag til nye tiltaksgrenser og eventuelt forslag til endring av grenseverdier for støy ombord.

Regelverket som regulerer vår virksomhet

Per i dag er Sjøforsvarets fartøy underlagt de samme krav og reguleringer i skipssikkerhetsloven som sivile fartøy. Det er dog en åpning for at Forsvaret skal kunne utgi egne forskrifter der det sivile regelverket ikke er relevant. Arbeidet med forslag til forskrift pågår og vil bli behandlet av departementet i løpet av våren. Ny forskrift vil også regulere forholdet til arbeidsmiljø, HMS og sanitetsansvar om bord.

TCCC

Trauma combat casualty care, er en protokoll for førstehjelp i forbindelse med kamphandlinger på bakken. Hæren har i høst innført protokollen for sitt personell. Sjøforsvaret har også godkjent protokollen til bruk for grønne og sorte styrker i Sjøforsvaret.

Mulighetsstudie på blodtransfusjon

Blodbanken på Haukeland universitetssykehus utarbeidet i løpet av høsten en mulighetsstudie på blodtransfusjon i felt. Konklusjonene er at dette ikke bare er fullt mulig og medisinsk forsvarlig, men at det

antagelig er det enkelttiltaket med best effekt med tanke på å øke overlevelsen i forhold til det som i dag er etablert militær medisinsk praksis. Interne regler i Forsvaret er i skrivende stund til hinder for at dette er stående prosedyre, men Sjøforsvaret vil innføre blodtransfusjon i felt som stående prosedyre straks de medisinske prosedyrer og opplæringspakker er på plass. Det er også behov for ytterligere forskning på området for å øke effekten av tiltaket med å øke holdbarhet og tilgjengelighet på blod.

Støtte til hurtigruten MS

Nordlys

0930 den 15de september brøt det ut brann om bord i MS Nordlys. Fra FOH blir Sjøforsvaret bedt om å bistå med Sjøforsvarets støttelag kl 1139. Kl 1400 blir det gitt innbrief til ni sanitetsoffiserer på Flesland, som drar til Ålesund for å støtte hurtigruten med å ivareta besetning og passasjerer. I løpet av kvelden blir teamet forsterket til 16 leger, sykepleiere, psykologer og prest. I løpet av de neste tre dagene blir det gjennomført 200 medikament konsultasjoner, 20 lege konsultasjoner, 30 sykepleier konsultasjoner, 29 individsamtaler, seks gruppesamlinger, 3samlinger med besetningen, henvisninger og sykehusinnleggelse. I det videre arbeidet har SSL også bidratt med råd til hurtigruten for videre oppfølging.

Nordisk

helseberedskapskonferanse

På høsten var Sjøforsvaret også vertskap for Nordisk helseberedskapskonferanse i regi av sosial og helsedirektoratets beredskapsavdeling. Fra Sjøforsvaret fikk deltakerne fikk forelesninger om Sjøforsvarets støttelag og ubåt redningssystemet.

Testskyting på oksygenflasker

I løpet av 2012 skal alle oksygenambulanter i Forsvaret byttes ut. Ambulantene forsynes via en leieavtale med Aga. At oksygen gjør en brann verre er noe alle vet, men hva som skjer når en skyter på dem kunne heller ikke produsenten svare på. For å dokumentere dette, gjennomførte Sjøforsvaret testskyting på rene oksygenflasker, flasker montert på kjøretøy og i flaskebank ombord. Rapporten er overlevert Forsvarets logistikkorganisasjon og forsvarsgrenene, slik at en kan vurdere behovet for beskyttelse.

Kadavertrening CSS

Også i høst har det vært trent en del med gris. Treningen skal gi grunnlag for etablering av fremskutt traumeteam i våpnene. Det arbeides for å utvikle et prosedyreverk, for å se hvilke prosedyrer som skal eller kan gjennomføres på deres Role1.

Avtale om hospitering på kirurgisk service klinikk

For sykepleierne i Sjøforsvaret er det inngått en avtale om hospitering på kirurgisk serviceklinikk på Haukeland. Opplegget innebærer at en får grunnopplæringen som alt personell ved avdelingen skal ha. Deretter går en inn og tar ansvarsvakter og får fordelt pasienter på lik linje med det øvrige personalet. En går likevel på topp, slik at Sjøforsvaret ikke er bundet i en fast turnus, og slik at det skal være anledning til å være med der det utføres relevante prosedyrer. Det er også gjort avtale om at vi starter to leger på spesialisering mot gastrokirurgi på samme avdeling.

Øve på å ta vare på pårørende

I løpet av våren har også Sjøforsvaret holdt to "Crisex" øvelser, der det øves på å organisere støtte fra styrkeprodusenten til operative enheter i forbindelse med ulykker, samt varsle og ivareta pårørende i forbindelse med ulykker eller stridshandlinger. Sjøforsvarets støttelag og legevakten øves også som en del av disse øvelsene.

Nytt logistikkfartøy

I løpet av høsten har en også fått inn anbudene på nytt logistikkfartøy. Her har det blitt arbeidet mye med klargjøring av krav, svare på spørsmål, og ikke minst sette seg inn i for å vurdere de innkomne tilbudene. Arbeidet har involvert både stab og brukere i saniteten. Prosessen med dette vil gå videre i 2012 før endelig avtale om bygging blir signert.

For øvrig...

har vi hatt møte i Marinens sanitetsoffisersforening med foredrag fra hospitering i Sør-Afrika, avviklet messeaften for avtroppende VAB kurs, deltatt i ulike medisinske NATO fora (COMEDS SG, MEDNEP WG), støttet forberedelsene til å sende minestryker i NATO styrke, undervist på en rekke kurs og utdanninger i regi av Sjøforsvarets skoler, flyttet kontorene til MARCSS sanitet til Tordenskiold, doktorgrad med data fra Sjøforsvaret har blitt disputert, FSAN har blitt støttet i forbindelse med innrykk, politiets evalueringsgruppe for utøya har mottatt støtte fra oss, samt at politiet har blitt støttet med seleksjon, vi har deltatt på strategisk sanitetsforum og andre fagmøter i regi av FSAN, Sjøforsvaret har med saniteten vært representert i ulike prosjekter mindre materiellprosjekter... og enda har vi hatt tid til et par kaker.

Orlogskaptein Sykepleier Agnar Tveten
agnar@tveten.org
SSO1, SAN SJØ

Personellnytt

Spalten gjennomgår personellendringer i Marinens sanitet.

Tilgang

KL Atle Røsseland, fra SKSK/ Nasjonalt Logistikkurs til SSO II SANSJØ.

LT lege Henrik Andreas Torp, SAN SJØ VAB, med tjenestested MARLOG.

LT lege Håkon Torbjørnsen Ågotnes, SAN SJØ VAB, med tjenestested KNM Fritjof Nansen.

LT lege Magnus Kamsvåg Nordahl, SAN SJØ VAB med tjenestested KNM Roald Amundsen.

LT lege Michael Xu Tehua, SAN SJØ VAB, med tjenestested KV Svalbard

LT lege Royala Shashi, SAN SJØ VAB med tjenestested MJV.

LT lege Thomas Stangeland, SAN SJØ VAB med tjenestested KV Svalbard.

LT lege Tor-William Baarøy, SAN SJØ VAB med tjenestested MARLOG.

LT Marinefarmasøyt Erik Helgemo, SAN SJØ VAB, med tjeneste SST/SAN SJØ.

Avgang/permisjoner

KL Cesilie Tveit, fra permisjon til avgang.

KL (m) Hans Jørgen Hansen, fra KV Senja til avgang.

KL (m) Øystein Fuglevåg, fra KV Senja til avgang.

KL (m) Henning Hallerud, fra KNM Roald Amundsen til avgang.

LT lege Aleksander Roaldseth, SAN SJØ VAB, med tjenestested KNM Otto Sverdrup til dimisjon.

LT lege Audun Odland, SAN SJØ VAB, med tjenestested KNM Thor Heyerdahl til dimisjon.

LT lege Bjørnar Ogne, SAN SJØ VAB, med tjenestested KNM Helge Ingstad til dimisjon.

LT lege Kjartan Koi, SAN SJØ VAB, med tjenestested KV Svalbard til dimisjon.

LT lege Mehran Karimzadeh, SAN SJØ VAB, med tjenestested MARLOG til dimisjon.

LT lege Ole Rosander, SAN SJØ VAB, med tjenestested KV Svalbard til dimisjon.

LT lege Otto Andreas Langmoen, SAN SJØ VAB, med tjenestested MARLOG til dimisjon.

LT lege Thomas Delås Gyran, SAN SJØ VAB, med tjenestested MJV til dimisjon.

LT lege Øystein Mjelde Aasen, SAN SJØ VAB, med tjenestested KV Svalbard til dimisjon.

Ny stilling

KL (m) Otto Andreas Langmoen fra VAB stilling til avdelingslege SSK.

LT Lars Ingve Sømme Vigdel, Prosjektstilling Lege i Spesialisering, traumeteam FFV.

Nekrolog



Dramsdahl, Hjørund. f. Sommerseth. (1917-2011)

1942 Kvartermester.

1942 Hjelpepleier, Barnton, Edinburgh, Storbritannia.

1942-1944 Hjelpepleier, Det Norske Sykehus, Craiglockhart, Storbritannia.

1942-1944 Kvartermester, 54. MTB-Flotilla, Lerwick, Shetland, Storbritannia.

Hjelpepleier.

Ordener: Deltagermedaljen 9. april 1940 - 8. mai 1945. Defence medal. Haakon den VII 70 års Minnemedalje. The 1939-1945 Star. The 1939-1945 Medal for France and Germany.

Kurs

Offiserskurs for Vernepliktig akademisk befal våren 2012

Grunnutdanning uke 8, 9, 10

Lederskap uke 11, 12

Flymedisinsk kurs uke 16, 17

Nivå 3 fagbefal uke 13,15

Sjøfartsmedisinsk kurs uke 19

Navalmedisinsk kurs uke 20

Dykkermedisinsk kurs uke 21

Sikkerhetskurs uke 22, 23

Historiske episoder

Spalten presenterer tekster fra sanitetens historie.

Frontsøstre

Det var ikke bare på alliert side unge kvinner meldte seg til tjeneste for å ta vare på syke og sårede.

Rundt 500⁸ norske kvinner meldte seg til tjeneste for Det Tyske Røde Kors under Den Andre Verdenskrig.

⁸ **Feil! Bare hoveddokumentet.** Dette er de som meldte seg til tjeneste til det Tyske Røde Kors under okkupasjonen i

De hadde lite kontakt med de andre nordmenn i tysk tjeneste (Veum, 2009; 332).

Temaet er i liten grad berørt og kvinnen ble i stor grad stemplet negativt da de var på feil side.⁹ Flere mannlige sykepleiere lot seg verve som ambulansesjåfører og utførte meget farefull tjeneste.¹⁰

Svært få av kvinnene var ferdigutdannede sykepleiere, Gogstad (2008) anslår det til ca. 10 %, mens de fleste var hjelpepleiere med forskjellig utdannelse. De fikk alle tilleggsutdannelse i Tyskland. Sykepleiere var på denne tiden i Norge ikke en enhetlig profesjon, det var mange foreninger som organiserte disse. Den største var Norges Sykepleierforbund med ca 3700 medlemmer i 1941.

Det var stor sykepleiermangel både i Norge og Tyskland. Det kvinnelige personalet ble kategorisert som "helferinnen" som menige, hjelpesykepleiersker som underoffiserer og sykepleiersker (Diplomschwester) som offiserer. Etter hvert ble alt sanitetspersonell underlagt Wehrmacht saniteten.

I rettsoppgjøret etter krigen ble flere av frontsøstre dømt for landssvik. Det Internasjonale Røde Kors (CICR) i Genève tok avstand fra at sykepleierpersonell ble straffet. Iflg. daværende konvensjoner skal pleie av syke og sårede ikke være i strid med folkeretten. Å pleie syke og sårede kunne aldri være å anse som en ulovlig handling ifølge CICR. I den nye Genèvekonvensjonen av 12. August 1949 står det i artikkel 18 at "*ingen må noensinne bli forulempet eller dømt fordi han har pleiet sårede eller syke*". En reservasjon fra Norges Røde Kors ble ikke tatt til følge. Norge var den eneste stat som hadde innsigelser som denne paragraf. Reservasjonen ble diskutert i Stortinget, men ikke tatt til følge ved ratifiseringen i 1951.

Den 8. oktober 1990 sendte Norges Røde Kors ute en pressemelding: "*Sykepleiere i tysk tjeneste i 1940-1945 burde ikke vært tiltalt*". Uttalelsen fra Norges Røde Kors kom etter at fornyet oppmerksomhet var blitt rettet mot Røde Kors-sykepleierne gjennom stortingsrepresentant Hanna Kvanmos bok.¹¹ Hanna Kvanmo (1926-2005) meldte seg 18 år gammel, i 1944, til tjeneste som frontsøster for Tysk Røde Kors og arbeidet som sykepleier på Østfronten, hvor hun pleiet

Norge. 73 meldte seg til Luftwaffes sanitet og en del til Marinens sanitet og Wehrmachts sanitet direkte (Gogstad, 2008; 307).

⁹ **Feil! Bare hoveddokumentet.** Scnje S. Dømte kvinner. Oslo: Gyldendal 1986. Ulateig, E.: Fordømte engler. Norske kvinner på Østfronten. Lesja 2004. Andenæs J. Det vanskelige oppgjøret.. Oslo: Tanum/Norli 1979: 193; Blindheim S. Nordmenn under Hitlers fane, Oslo: Pax 1977: 178.

¹⁰ **Feil! Bare hoveddokumentet.** Esper B. Tsjerkassy. En norsk ambulanseskjørerens opplevelser på Østfronten 1943-44. København: Eget forlag, 1981.

¹¹ **Feil! Bare hoveddokumentet.** Kvanmo, H. 1990. Dommen. Oslo, Gyldendal.

soldater fra både Norge, Tyskland og øvrige skandinaviske og baltiske land. I krigens siste dager var hun i Berlin.

Av 154 frontsostre ble to frikjent, fem fikk betinget dom, 21 fikk bøteforelegg, de øvrige fikk fengselsdom. 21 frontsostre falt eller var savnet (Veum, 2009; 341-ff).

Ruth Andresen har i sin bok om kvinners innsats i militær sykepleie anslått at ca. 60 sykepleiere og 40 hjelpepleiere var i Storbritannia. I Sverige var det registret 118 sykepleiere og 228 hjelpepleiere i tjenestegjøring de norske polititroppene. Ingen av disse kom til å tjenestegjøre i felttjeneste under krigsoperasjoner, med unntak av de ti som var med feltsykehuset til Finnmark. På tysk side var der som omtalt ved fredsslutningen 314 norske sykepleiere og hjelpepleiere, herav 220 i aktiv tjeneste og 94 i utdannelse som «Frontsostrernes» innsats er ikke nevnt i Andresens bok. (Gogstad, 2008; 340).¹²

Til ettertanke

Spalten presenterer sitater til ettertanke.

Wounded

"In 1747, on the eve of the battle of Fontenroy, Louis XV was asked how the enemy wounded should be treated. "Exactly the same as our own", he replied. "Once they are wounded they are no longer our enemy."

Lancet, 342; 1167.

Efterlysning

Er det noe du synes skal omtales i Navalmedisinsk Bodstikke? Ta kontakt med redaktøren.

Kommer du i ditt arbeid over bøker, artikler eller annet som kan være av sanitetshistorisk interesse må du ikke kaste dette. Send det til SAN SJØ eller ta en telefon.

Kurskalender

Oppdatert kurskalender finner du på nettsiden til Norsk Militærmedisinsk Forening.

Se [her](#)

¹² **Feil! Bare hoveddokumentet.** Andresen, R. Fra norsk sanitets historie: sjefsøster forteller om kvinners innsats er sykepleie. Oslo: NKS-forlaget, 1986.

Oppfordring

SJ SAN SJØ har etablert en epost liste over sanitetsoffiserer i Marinen. De som er på listen får tilsendt dette nummeret på epost. Dersom du ikke har fått denne utgaven av Navalmedisinsk Bodstikke elektronisk ber jeg om at du sender meg en [epost](#) med din adresse.

Skriftserie

Følgende er utgitt i SAN SJØs skriftserie og kan lastes ned (pdf) på www.marinesanitet.no eller bestilles gratis i papir-utgave ved henvendelse til SAN SJØ.

- Solberg, Knut. 2000. Fra min tjeneste i Sjøforsvaret Sanitet.
- Ongre, Aksel. 2000. Medisinerrekrutt 1954 og den senere militærtjeneste.
- Ongre, Aksel; Sommerfelt- Pettersen, Jan og Storm Munch, Johan. 2003. Korvetten «Nordstjernen»s tokt til Suezkanalens åpning - navalmedisin anno 1869
- Sommerfelt-Pettersen, J; Ongre, A. 2006. Enda en folkefiende om Harald Engelsen og blyforgiftningssaken i Horten
- Jørstad, ØK. 2006. Skipslegens dagbok - På tokt med KNM Statsraad Lehmkuhl.
- Ongre A. Et al. 2010. Tuberkulose blant sjøfolk - fra yrkesrisiko til fravær men fortsatt navalmedisinsk utfordring.
- Eilertsen, HH. 2011. Doc til bro, Doc til bro.
- Koefoed, VF. 2011. Prosjekt HMS SJØ.



Om Bodstikken

Navnets historie: Budstikken var navnet på Regjeringskommissjonens offisielle organ 1807-1814. I 1817-1829 var Budstikken navnet på et historisk-økonomisk ukeblad, fra 1830 til 1834 fortsatte det, vesentlig som landbrukstidsskrift, utgitt av Selskabet for Norges Vel. Den neste som benyttet seg av navnet var P. Chr. Asbjørnsen som redaktør av et annet landbruksorgan i årene 1859-1861. Også Høyre har brukt navnet Budstikken, på en politisk avis som kom

tre ganger i uken og ble utgitt av det som het Novemberforeningen. Så det var et velbrukt og tradisjonsrikt navn som ble valgt.

Formalia

Navalmedisinsk Bodstikke utgies av Sanitetsinspektøren for Sjøforsvaret med ubunden frekvens. Opplaget er 150.

Redaktør: Kommandør Jan Sommerfelt-Pettersen. E post: jan@sommerfelt-pettersen.no

Mottagere utenfor aktiv tjeneste bes husk å sende adresseendring (post og e-post adresse) til oss!

Adresse: SAN SJØ, K-16 Haakonsværn, 5886 Bergen. Telefon: 55 50 48 93. Fax: 55 50 48 90.

SAN SJØ finnes også på intranett. Denne publikasjon kan du lese på www.marinesanitet.no

ISSN 1893-0468 (trykt utg.)

ISSN 1893-045X (online)

Inspektørens bakside

Sanitetsinspektøren i Sjøforsvaret fokuserer på en del sentrale utfordringer og utviklingstrekk i perioden som har gått.

Struktur eller personell

Det er alltid en diskusjon om det er struktur eller personell som er viktigst. Videre er det ofte diskusjon om det er enkeltpersoner eller organisasjonen som bringer forandring. Jeg er ikke i tvil om at svaret er begge deler.



Organisasjon er viktig. I løpet av de siste 10 + år har Saniteten i Sjøforsvaret blitt omorganisert en rekke ganger og vi er i dag en del av Sjøforsvarsstaben. Slik var det også fra krigen og frem til 1977. Jeg er ikke et sekund i tvil om at dagens organisatoriske plassering er den

rette – og den beste – gitt erfaringen fra alternative organiseringer. Generalinspektøren er øverste sjef for Sjøforsvaret, arbeidsgiver, reder og styrkeprodusent. Med slike oppgaver er det svært fornuftig med en egen integrert sanitetsstab. På den annen side er det av stor betydning hvem som er sjef. Jeg har nå tjenestegjort under fire generalinspektører og fått all mulig støtte og hjelp i mitt arbeid med å sikre Sjøforsvaret en forsvarlig sanitetstjeneste av høy kvalitet. Det har vært

fire svært forskjellige generalinspektører, men det har ikke manglet på verken støtte eller forståelse for sanitetstjenesten.

Det er imidlertid også av stor betydning hvem som tjenestegjør i saniteten, både i staben og i alle våre operative avdelinger. Den integrerte sanitet i våre avdelinger er helt avgjørende for kvalitet og produksjon. Jeg er svært glad for at jeg har dere alle i ”besetningen” og er ikke et sekund i tvil om at den enkeltes kompetanse, erfaring og ikke minst iver og initiativ er sentrale faktorer for suksess. Som sanitetssjef i SJØ har jeg – med min stab – prøvet å legge forholdene til rette for at tjenesten skal være attraktivt og utfordrende faglig, at lønn og arbeidsvilkår er gode nok (Staten blir aldri lønnsledende) og ikke minst å skape en hyggelig og konstruktiv atmosfære med god korpsånd. Jeg synes vi har lykkes ganske så godt, men vil svært gjerne har innspill og forslag til ytterligere forbedring. Dørene i SANSJØ står alltid åpne og jeg vil gjerne at dere alle stikker innom ved anledning.

Saniteten i Sjøforsvaret er ”mye større” enn Saniteten i Sjøforsvaret. Vi mottar hvert eneste minutt støtte fra andre avdelinger. Dette er en støtte som er meget viktig og verdifull. Jeg er meget fornøyd med denne støtten og dere skal vite at dere gjør en viktig jobb. Jeg vil trekke frem to viktige støttespillere.

Den ene er Forsvarets Sanitet med bl.a. sine avdelinger på Madla og Haakonsværn. Dessverre har det vært en del støy i det siste pga nedskjæringer og vi har gjort så godt vi kunne for å støtte dere i den interne argumentasjonen for betydningen av de tjenester dere leverer og at denne må opprettholdes tilpasset vårt (kundens) behov.

Den andre er Alarmsentralen på Haakonsværn (en del av INI). Alarmsentralen har vi hatt et nørt forhold til i over ti år og gjensidig medvirket til å utvikle. I dag er Alarmsentralen en unik institusjon med enorm positiv betydning for Sjøforsvaret. Alarmsentralen mottar informasjon, dokumenterer virksomhet og sprer informasjonen vider etter avtale. Alarmsentralen gjør at vi har dagsfersk oppdatert oversikt over sykdom og skader i Sjøforsvaret. Virksomheten drives med en profesjonalitet og kundeorientert profil som er imponerende. Jeg er ikke sikker på at dere forstår hvor gode dere er!

Men en passende organisasjonsstruktur og så mange kompetente, ivrige og motiverte medarbeider både innen Sjøforsvaret og i våre støttende avdelinger er mitt arbeid og mitt ansvar lett å bære. Tusen takk for innsatsen i 2011!

Vårt motto er: Ombord for deg, siden 1493!

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