

Den første – og hittil siste – lærebok for sjømannsleger ble utgitt i Danmark-Norge i 1788. Den første legebok for sjømenn skrevet av en norsk lege var beregnet på skipperne og kom i 1845. Den var skrevet av Jens Christian Skjelderup – *Kort anvisning til sygebehandling inden skibsborde*. Disse veiledninger for å sikre forebygging (hygiene) og sykebehandling om bord har kommet i mer enn 28 utgaver siden 1845. Det sjøfartsmedisinske miljø fikk et løft med en ny sjømannslegebok, redigert av Aksel Schreiner – *Medisin om bord* – som utkom i 2005.

Den store dødelighet på havet har vært gjenstand for offentlig oppmerksomhet en rekke ganger. Etter initiativ fra 34 skipsførere i Rogaland i 1852 ble det opprettet fire redningsstasjoner på Jæren. Eilert Sundt, pioneren innen norsk samfunnsforskning, foreslo i en artikkel i Folkevennen i 1861 at det skulle opprettes et nasjonalt sjøredningsselskap. Han dokumenterte sitt forslag med statistikk som viste høy dødelighet. Konsul Tønnes H. Puntervold i Egersund tok et initiativ for å stifte et redningsselskap i 1883, men initiativet var mislykket og han uttalte skuffet: «Hvor lidet Værd maa ikke en Sømmands Liv være hos os! Hvor nedslaaende for vore Sømænd at vide, at man i Norges Land – hos en af Verdens største søfarende Nationer – bærer saa liden Omsorg for deres timelige Vel.» (Morgenbladet, januar 1884).

Senere i 1880-årene tok marinelege Oscar Emil Tybring på nytt opp saken. Som en frukt av hans initiativ ble Norsk Selskab til Skibbrudnes Redning (NSSR) stiftet som en privat, humanitær organisasjon i 1891.

I 1926 tok marinelege Harald Engelsen initiativ til et internasjonalt samarbeid for sjømenns helse i regi av det Internasjonale Røde Kors. Arbeidet resulterte i en internasjonalt approbert sjømannslegebok og en egen godkjent signalbok for sykdomsbehandling. Dette var det første internasjonale initiativ for «telemedisin». Fra 1949 har Radio Medico ved Haukeland sykehus ivaretatt en rådgivningstjeneste for sjømenn.

I 1930-årene tok forsikringsselskapet Skuld initiativ til en systematisk helsejekk av sjømenn. Ordningen ble videreført på utefronten under krigen og ivaretok sjømenns helse fra USA til India. Helsedirektør Karl Evang tok tak i saken og nedla et stort arbeid for sjømenns helse nasjonalt og internasjonalt i etterkrigstiden. Etter norsk initiativ ble arbeidet forankret i Verdens Helseorganisasjon allerede i 1948.

Helsetjenesten for sjømenn ble på Evangs initiativ organisert som en statlig tjeneste – etter hvert underlagt Direktoratet for Sjømenn. Tjenesten ble privatisert i 1983, men fortsatt eksisterer ordningen med autoriserte sjømannsleger som gjør forvaltningsvedtak når de helsemessig godkjenner sjømenn til tjeneste.

De autoriserte sjømannsleger organiserte seg i 1967 i Norsk Forening for Sjøfartsmedisin. Foreningens formål er å fremme sjøfartsmedisinen på bred front. Fra 1995 har foreningen utgitt nyhetsbrevet DoCumentum Navale. Foreningen arrangerer årlige etter- og videreutdanningskurs i sjøfartsmedisin og har siden 1999 arrangert grunnkurs i sjøfartsmedisin i samarbeid med Saniteten i Sjøforsvaret.

Sjøfartsmedisin er ikke en spesialitet, men så absolutt et spesialfelt. Sjøfartsmedisinen inkluderer deler av mange fagfelter (allmenntilleggsmedisin, arbeidsmedisin, telemedisin, akuttmedisin) og det er integrasjonen av deler av disse fagfeltene som er vår utfordring. Sjøfartsmedisinen skal videre ta inn over seg at personellet bor på arbeidsplassen, at arbeidsplassen flytter seg og preges av klimaforandringer, vedvarende støy, vibrasjoner og – ikke minst – sjøgang. Interkulturelle og internasjonale problem-



stillinger gir ytterligere utfordringer. På grunn av næringens internasjonalisering både økonomisk og personellmessig blir internasjonalt samarbeid for sjømenns kår enda viktigere enn før.

Sjøfartsmedisinen må fundamenteres og utvikles på et moderne og faglig forsvarlig vis, konkret ser vi frem til etablering av et Norsk Senter for Sjøfartsmedisin og ansvarliggjøring av rederiene i ny sjøsikkerhetslov. Først når dette fundamentet er på plass, kan vi ha håp om at også de som har sitt virke på sjøen kan bli helsemessig ivaretatt på en faglig fundert forsvarlig måte. Da er det håp om at Puntervolds påstand fra 1883 om «Hvor lidet Værd maa ikke en Sømmands Liv være hos os!» kan tilbakevises.

Jan Sommerfelt-Pettersen

jsp@isf.uib.no
Saniteten i Sjøforsvaret
Haakonsværn

Thoraxkirurgi

I Norge ble thoraxkirurgi egen spesialitet i 1950. Først i 1981 ble en felles forening for thorax- og karkirurgi dannet, og i 1986 ble Norsk Thoraxkirurgisk Forening etablert. Ikke-kardial thoraxkirurgi inkluderer sykdommer i lunge, pleura, mediastinum og brystvegg og omfatter ca. 1 500 operasjoner/år. I 2004 ble det utført 5 400 hjerteroperasjoner i Norge (1).

Lungekirurgi

Radikal kirurgi er den beste behandling ved lungekreft dersom sykdommen ikke er i et for avansert stadium. Mens behandlingen av andre kreftsykdommer har bedret seg betydelig de siste 50 år, er prognosen for lungekreft nærmest uendret. Fortsatt er de fleste pasienter som diagnostiseres inoperable – på landsbasis opereres kun 17 %. Håpet er at tidligere diagnose og sentralisering av lungekirurgien til større sykehus med thoraxkirurgi skal øke andelen pasienter som kan opereres.

Siden 1990 har det vært økning i torakoskopiske operasjoner, f.eks. ved behandling av pneumothorax, pleuraempyem og mindre lungesvulster samt ved torakal sympatektomi. I Norge gjøres nå også minimalt invasiv behandling av traktbryst.

Hjertekirurgi

Hjerte-lunge-maskinen ble utviklet i 1953 og la grunnlaget for moderne hjertekirurgi. Rikshospitalet anskaffet en slik maskin i 1959 og hadde landsfunksjon for hjerteroperasjoner inntil 1970, da man startet opp ved Ullevål sykehus. Siden fulgte etablering av hjertekirurgi i Bergen (1975), i Tromsø (1978) og i Trondheim (1983).

Klaffekirurgi

Kunstige klaffer benyttes først og fremst for å erstatte ødelagte aorta- og mitralklaffer. Mens revmatiske sykdommer tidligere spilte en stor rolle, dominerer i dag degenerative lidelser. I 2004 ble det utført 1 294 klaffeoperasjoner ved norske sykehus (1).

Hjerteklaffepoteser har utviklet seg mye siden kuleventilen ble tatt i bruk i Norge i 1965. Professor Karl Victor Hall ved Rikshospitalet var med på å utvikle en forbedret mekanisk klaff med et lokk i 1977. Etter 20 års oppfølging er fortsatt 33 % av pasientene som fikk denne klaffepotesen ved Rikshospitalet i live. De vanligste mekaniske ventiler i dag har to lokk, noe som har gitt forbedret funksjon. Mekaniske og biologiske klaffepoteser har hver ca. 50 % av markedet. Biologiske klaffer krever ikke antikoagulasjonsbehandling, men de er mindre holdbare enn mekaniske og brukes derfor fortrinnsvis hos eldre pasienter.

Degenerative klaffelidelser blir i økende grad behandlet med rekonstruktiv kirurgi, spesielt ved insuffisiens av mitralklaffen. Hos en del yngre pasienter kan også reparasjon av aortaklaffen

være et godt alternativ. Etter vellykket klaffereparasjon kan pasienten oppnå optimal hjertefunksjon uten antikoagulasjonsbehandling. I dag er det mulig å sette inn kunstige hjerteklaffer med minimalt invasiv teknikk, og de første operasjoner er også utført i Norge.

Koronarkirurgi

I Skandinavia var Rikshospitalet i 1969 først ute med bypasskirurgi for angina pectoris. I Norge ble det i 2004 utført 3 400 bypassoperasjoner. Koronar hjertekirurgi har en veldokumentert effekt på symptomer og langtidsoverlevelse ved angina pectoris. Dette gjelder spesielt ved stenose av venstre hovedstamme, trekarssykdom, redusert ventrikelfunksjon og ved bruk av a. mammaria som bypassår. Antall koronaroperasjoner er i vårt land stabilt, til tross for økning i antall ballongdilatasjoner (1) (fig 1). Ved uttalt koronarsykdom er det fremdeles kirurgi som gir best overlevelse og minst behov for reintervensjon.

Behovet for hjertekirurgi i Norge var gjenstand for flere offentlige utredninger inntil 1992 (2). Etablering av tre frittstående hjerteklinikker (St. Elisabeth i Trondheim, Feiringklinikken og Hjertesenteret i Oslo) førte til avvikling av hjertebroen til utlandet i 1990. Skjerming av hjertekirurgien har vært en forutsetning for god kvalitet og høy aktivitet.

Barnehjertekirurgi, transplantasjoner, aortakirurgi

Moderne teknikker for ekstrakorporeal sirkulasjon og bedre overvåking har gjort det mulig å korrigere de fleste medfødte hjertefeil, også såkalte univentrikulære tilstander, i én seanse og hos stadig yngre pasienter – helt ned til nyfødtalder. Dødeligheten ved barnehjertekirurgi er betydelig redusert de siste ti år.

Den første hjertetransplantasjonen i Skandinavia ble vellykket utført ved Rikshospitalet i 1983. Antall transplantasjoner bestemmes først og fremst av tilgangen på donorhjerter. Mekaniske hjerter er ennå i et utprøvende stadium, men i Norge har vi stor erfaring med bruk av «utvendige» hjelperhjerter, såkalt venstre ventrikkelassistanse. Disse kan benyttes som bro til transplantasjon eller i påvente av at hjertemuskelen skal komme seg.

Åpne operasjoner for aneurismer, disseksjoner og rupturer i torakale aorta er store og ressurskrevende inngrep. Bedre operasjonsteknikker og nye metoder for å hindre organskader har ført til en økning av slike kirurgiske inngrep fra år til år. Innføring av graftprotese via lysken er foreløpig begrenset til sykdom i aorta descendens.

Minimalt invasive metoder

Mye oppmerksomhet har vært rettet mot operasjon på bankende hjerte («off-pump»-kirurgi) og robotassistert hjertekirurgi. Dette har foreløpig begrenset betydning, da det er gode resultater ved åpen

kirurgi. Allikevel har nye trender bidratt til å fornye den tradisjonelle thoraxkirurgien. Med ny teknologi kan også bl.a. atrieflimmer og hjertesvikt etter hvert bli viktige indikasjoner for hjertekirurgi. Minimalt invasive metoder kommer til å få en stor betydning for fremtidens hjertekirurgi, men pga. høye faglige kvalitetskrav må denne prosessen utvikles gradvis.

Rune Haaverstad

rune.haaverstad@ntnu.no
Avdeling for hjerte- og lungekirurgi
St. Olavs Hospital

Jan L. Svennevig

j.l.svennevig@klinmed.uio.no
Thoraxkirurgisk avdeling
Rikshospitalet

Litteratur

1. Svennevig JL. Heart surgery in Norway. Norsk Thoraxkirurgisk Forenings Hjertekirurgiregister (www.legeforeningen.no/thorax).
2. Norges offentlige utredninger Behovet for åpne hjerteoperasjoner i Norge. NOU 1992: 8. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1992.

Trygdemedisin

Trygdemedisinen i Norge gjenspeiler utviklingen av velferdsstaten. Bismarcks invalide- og pensjonslov av 1889 innførte et viktig prinsipp – innvilgelse av uførepensjon krever at nedsatt inntektsevne skal være forårsaket av «sykdom, skade eller lyte». Den norske uføreløven av 1960 var basert på dette prinsippet. Etter en langvarig sosialmedisinsk debatt ble det i den offentlige utredningen *Folketrygdens uførebegrep* imidlertid foreslått å sløyfe kravet. Disse radikale tankene ble støttet av Broch i Tidsskriftets 100-årsjubileumsnummer i 1981. Det er arbeidsevne og arbeidssituasjon som bør vurderes. Forslagene ble ikke realitetsbehandlet.

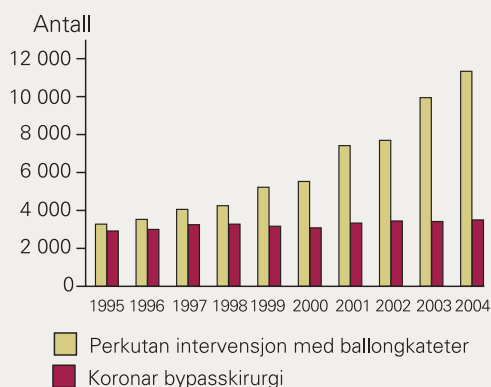
Utover i 1980-årene kom det en trygdemedisinsk giv. Det burde utvikles medisinsk-faglige redskaper som «kan hjelpe legen til å skille mellom dem som virkelig trenger trygdens tilbud og dem som bør hjelpes på annen måte» (Tellnes). Myndighetenes svar på dette initiativet var tidlig i 1990-årene å styrke trygdemedisinsk fagutøvelse og forskning. Dessuten ble sykdomsbegrepet strammet inn, som ledd i etableringen av «arbeidslinjen». Legene ble fratatt myndigheten til å bestemme uføregrad. En ny årsaksmodell for medisinsk uførhet ble innført. Fylkesnemndene ble avskaffet, fylkestyrdokumentene og mange nye rådgivende legestillinger opprettet. 1990-årene ble en trygdemedisinsk glanstid. Problemet – lettere å se i ettertid – var at trygdemedisinens økte verdi hovedsakelig var instrumentell. Det vil si at den fikk sin verdi ut fra de politiske, juridiske og administrative målsettinger som den ble et middel til å oppnå. Dens medisinske egenverdi ble utydelig.

Gapet mellom virkelighet og lov

Tre aspekter ved et oppstått gap mellom virkelighet og lov må fremheves:

- Det vitenskapelige. Vel halvparten av dem som nå innvilges uførepensjon, er mennesker med psykiske lidelser eller muskel- og skjelettlidelser. Funksjonsnedsettelsen kan ofte ikke forklares ved påviselige «objektive funn». Det medisinske sykdomsbegrepet er i vår tid verdiladet og relasjonelt. På Bismarcks tid ble det oppfattet som verdinøytralt og essensialistisk. Dette gjør nytenkning om upartiskhet og objektivitet nødvendig. Funksjonsnemning forstås ikke lenger kun ut fra individets egenskaper, men på bakgrunn av vedkommendes interaksjon med omgivelser og samfunn. Mennesket ses på som handlende, med intensjoner, ikke kun som en årsaksregulert mekanisme. Det generelle uførebegrepet fra Bismarcks tid passer vanskelig inn i vår tid.

Figur 1



Koronar bypasskirurgi og perkutan intervensjon med ballongkateter de siste ti år