

17 Cruisemedisin fra et norsk synspunkt

Å dra på cruise krevde opprinnelig mye tid og mye penger. Cruise var luksus. De første spesialbygde – og luksuriøse – cruiseskipene ble bygget ved forrige århundreskiftet. Det første cruiseskip som ble bygget for norsk regning var DS «Stella Polaris» som ble levert til det Bergenske Dampskibsselskab i 1926. Gradvis har markedet blitt større fordi antall mennesker som har mye tid og mye penger har øket. For maritim medisin er cruise særdeles interessant fordi det alltid har vært helsepersonell ombord på cruiseskip – i motsetning til de fleste andre sivile skip. Eilif Dahl har en unik lengde og bredde i sin erfaring med cruisemedisin og gir oss en tur gjennom cruisemedisinen med hovedfokus på de siste 50 år.

17.1 Hva er cruisemedisin?

Cruise⁹²³ betegner en fritids- eller ferie-reise med båt eller skip med varighet fra noen dager til flere måneder. Cruisemedisin – eller «Cruise Ship Medicine» som amerikanerne kaller det – omfatter helseforhold og all medisinsk virksomhet relatert til cruiseferd, spesielt det som gjelder passasjerer og mannskap. Som begrep oppsto det omtrent samtidig som Norsk forening for sjøfartsmedisin ble startet, og har i takt med cruiseferd som masseturisme hatt en rivende utvikling de siste 50 årene. Cruise medisin er dermed en relativt ny, men ikke desto mindre viktig del av maritim medisin.

De fleste vesentlige sunnhetsmessige framskritt til sjøs de siste 50 år ble først innført på cruiseskip. I første rekke skjedde dette som servicetilbud til krevende passasjerer med høye forventninger, gjerne etter et visst medieoppstyr og rettssaker, men bedre velferds- og helse-løsninger ombord kommer raskt også mannskapet til gode. Forbedringer på cruiseskip har igjen ført til høyere forventninger og krav fra mannskap i andre deler av handelsflåten – med mange endringer til det bedre som resultat.

Det som først og fremst skiller medisinsk virksomhet på cruiseskip fra annen maritim medisin (med unntak av marineskip), er at det er medisinsk fagpersonell som står for helsetjenesten ombord. Internasjonale regler (ILO/

⁹²³ eller kryss/krysse, fra nederlandsk kruisen via engelsk.

IMO) sier at skip i internasjonal handelsfart over mer enn tre dager med mer enn 99 personer ombord må føre lege, men ingen kvalifikasjonskrav er spesifisert⁹²⁴.

Fra å være temmelig primitive sykestuer har skipshospitalene på cruiseskipene utviklet seg til å bli sofistikerte medisinske sentre som på mange felt fullt ut kan måle seg det medisinske tilbudet i mange av havnene som skipene besøker. Og kravene til hospitalstabens kvalifikasjoner har nødvendigvis måttet økes tilsvarende⁹²⁵.

Siden skipslegene og skipssykepleierne er del av mannskapet, har de en unik mulighet til å observere og påvirke sjøfolkenes ve og vel både under arbeid og fritid. Og med fullt innsyn i alle sunnhetsmessige forhold både når det gjelder mannskap og passasjerer har de uendelige muligheter til å gjøre maritim-medisinsk forskning. Disse er til nå lite utnyttet, ikke minst på grunn av betydelig rederimotstand, og det foreligger derfor bare et lite antall publikasjoner fra noen få forfattere med egne erfaringer fra cruisefart, deriblant en norsk hovedoppgave om cruisemedisin (mastergrad i helseadministrasjon)⁹²⁶.

17.2 Historisk bakgrunn og utvikling av cruisefart med norske interesser

Cruisefart i et visst sporadisk omfang har eksistert lenge. Det var helst passasjerskip i linjefart som ble benyttet utenfor den regulære rutesesongen til fornøynelsesreiser til eksotiske reisemål for velbemidlede turister med god tid⁹²⁷.

Norske fornøynelsesreiser som bigeskjeft for linjeskip er kjent alt fra 1870-årene⁹²⁸. Bergenske Dampskipsselskab (BDS) hadde i mellomkrigstiden to «turist-yachter», DY «Meteor» (3 700 btn) og MY «Stella Polaris» (5 200 btn) som året rundt drev det som siden er kalt cruise⁹²⁹. Passasjerantall (opptil 200 passasjerer hver), turlengde og destinasjonene tilsier at det var helsepersonell ombord, men i en masteroppgave om BDSs cruisevirksom-

924 ILO 2006. *Maritime Labour Convention*. https://www.mlc-2006.eu/website/user_content/documents/MLC2006asamended23.05.2017.pdf

925 Dahl E. 1990. *Marked og medisin – en institusjons-sosiologisk gjennomgåelse av hospitalet på et stort cruiseskip*. Oslo, Universitetet i Oslo, Senter for helseadministrasjon.

926 Dahl E. 1990. *Marked og medisin – en institusjons-sosiologisk gjennomgåelse av hospitalet på et stort cruiseskip*. Oslo, Universitetet i Oslo, Senter for helseadministrasjon.

927 Maxtone-Graham J. 1972. *The only way to cross*. New York, Collier Books.

928 Kolltveit B. 2016. *Eventyret om norsk cruisefart – Fra vestlandsfjorder til verdens hav*. Orfeus Publishing.

929 Cruiseskip. Wikipedia. <https://no.wikipedia.org/wiki/Cruiseskip> Anvendt: 2019-01-25.

het 1920–1939 er medisinske tilbud ikke nevnt⁹³⁰. Ikke helt uventet; redere har aldri vært interessert i oppmerksomhet omkring helseplager til sjøs.

Men norske forretningsinteresser var sterkt medvirkende til at cruise utviklet seg til masseturisme.

I 1960-årene ble oversjøisk transport av passasjerer med linjeskip utkonkurrert av luftfarten. Stadig flere linjeskip ble overflødige. Dermed ble cruise-fart, som bare hadde vært et tilleggs-marked, i økende grad en hovedoppgave for rederier som fortsatt ville drive passasjerskip. I første omgang gjaldt det å skaffe gjenværende konvensjonelle linjeskipene beskjeftigelse.⁹³¹ Men samtidig med amerikaskipenes avtagende popularitet foregikk det nytenking og vekst innen internasjonal cruise-fart.

Før jettransporten ble en alvorlig konkurrent til transatlantisk linjefart, var New York verdens travleste passasjer-havn. Byen var uegnet som utgangshavn for korte vintercruise, fordi flere dager i begynnelsen og slutten av hvert cruise hadde kaldt og dårlig vær med høy sjø. Men samtidig med nedtrappingen av linjefarten gjorde alle jettflyene det mulig for amerikanerne å reise raskt og relativt rimelig fra det kalde nord til helårs sommervarme i Caribbean. Framsynte forretningsfolk fikk bygd en ny cruiseskip-havn i Miami. Den ble tatt i bruk i 1964, og allerede samme høst startet et nyombygget norsk skip, Berge Sigval Bergesens «Viking Princess» (12 000 btn), cruise-fart fra Miami. Skipet ble totalskadd av brann i april 1966, men alle ombord ble reddet, og norsk sjømannskap ble berømmet⁹³².

Norsk cruise-fart fra Miami kunne lett ha stoppet med dette forsøket. Men alt høsten 1966 ble igjen et norsk skip satt i regulær cruise-fart fra Miami; Bilfergen MS «Sunward» (8 666 btn) ble det første skipet til Norwegian Caribbean Line (NCL), resultatet av et norsk-amerikansk samarbeid mellom Knut Kloster og Ted Arison. De to skilte lag etter kort tid, ble bitre konkurrenter, og Arison's Carnival Corporation er i dag (2019) verdens største cruiserederi.

Selv om NCL i perioder har hatt norsk medisinsk konsulent, har både NCL og Carnival bare unntaksvis hatt norsk helsepersonell på skipene sine.

930 Svendsen MF. 2016. *Med flytende hoteller gjennom urent farvann. Det Bergenske Dampskibsselskabs cruisevirksomhet 1920–1939*. Bergen, Universitetet i Bergen, Institutt for arkeologi, historie, kultur- og religionsvitenskap, Mastergradsoppgave i historie. 118 ss.

931 Maxtone-Graham J. 1972. *The only way to cross*. New York, Collier Books.

932 Dahl E. 1990. *Marked og medisin – en institusjons-sosiologisk gjennomgåelse av hospitalet på et stort cruiseskip*. Oslo, Universitetet i Oslo, Senter for helseadministrasjon.

17.3 Utviklingen av norske cruisemedisin og arbeidsmarkedet for norske cruise-leger og -sykepleiere fra 1970

Den Norske Amerikalinjen (NAL), som drev passasjertransport i linjefart mellom Norge og USA og hadde nordiske leger og sykepleiere ombord, var blant norske redere som tidlig så skriften på veggen for linjefarten. NALs MS «Sagafjord» (24 500 btn) var blitt bygget spesielt med tanke på økt cruisetraffikk framover, og de skipsmedisinske oppleggene på de første norske «rene» cruiseskipene var i stor grad basert på erfaringer fra NAL.

Det første cruiseskipet⁹³³ som ble spesialbygget for cruise i det karibiske hav, MS «Song of Norway» (23 000 btn) startet ukecruise fra Miami i 1970, og det norske rederiet Royal Caribbean Cruise Line (RCCL, 1988) som sto bak, utviklet seg etter hvert til å bli verdens nest største cruiseoperatør.

Helt fra starten hadde RCCL-skipene norsk konsulent som fortrinnsvis skaffet norske skipsleger og skipssykepleiere. De fire første skipene hadde hver én lege og to sykepleiere, deretter ble skipene så store at de måtte ha flere leger og sykepleiere på hvert skip⁹³⁴.

Den neste RCCL-konsulenten, også han norsk, sørget i perioden 1987–2007 for kontinuerlig norsk eller skandinavisk helsebemanning på åtte cruiseskip: 11 leger på 3–4 måneders kontrakter og 11 sykepleiere på 6 måneders kontrakter. Fra 1987 har også praktiserende skipsleger hatt avgjørende innflytelse på RCCL-hospitalenes logistikk, planløsning og utstyring⁹³⁵. Rederiets norske medisinske konsulenter og skipsleger har følgelig hatt mye å si for utviklingen av norsk og internasjonal cruisemedisin.

Like etter MS «Song of Norway», i 1971, kom norsk-registrerte Royal Viking Line (RVL) med MS «Royal Viking Star» (21 800 btn), det første cruiseskipet som ble spesialbygd for det globale helårsmarkedet og tok sikte på det øverste luksussjiktet. Også dette rederiet hadde norske konsulenter som primært tok sikte på norsk eller skandinavisk helsepersonell, med én lege og to sykepleiere på hvert skip.

Samme år kom også Norwegian Cruiseships AS med to nye, like store skip: MS «Sea Venture» og MS «Island Venture» (begge: 20 000 btn), norske fram til 1974–75, men én lege og to sykepleiere hver.

Norske medisinske konsulenter hadde også ansvaret for bemanning av skipshospitalene til flere andre cruiserederier som oppsto fra 1980-tallet og utover. Til noen av disse ble det fortrinnsvis rekruttert nordisk helsepersonell:

933 Wikipedia. https://no.wikipedia.org/wiki/MS_%C2%ABSong_of_Norway%C2%BB Anvendt: 2019-01-30.

934 Dahl 1990.

935 Dahl 1990.

Sea Goddess Cruises, et norsk kommanditt-selskap, fikk levert MS «Sea Goddess» I i 1984 og MS «Sea Goddess II» (begge 4 300 btn) i 1985. De første par årene hadde de én lege og én sykepleier hver, fortrinnsvis akutt-personell fra Ullevål Sykehus.

Exploration Cruise Line hadde MS «Explorer Starship» (9,000 btn) som opererte med én norsk lege og én sykepleier 1986–87, rekruttert via Ring Medisinske Senter⁹³⁶ i Oslo.

En ombygd bilferge, norsk-danske MS «Pearl of Scandinavia» (12 500 btn), hadde fra 1981 til 1985 norsk/nordisk helsestab – én lege og to sykepleiere.

Norske Ivaran Lines fikk i 1988 et kombinert cruise- og kontainer-skip, MV «Americana» (19 500 btn), for fart på Nord- og Sør-Amerika. Med inntil 88 passasjerer måtte skipet ha lege, oftest nordmenn på ferie eller i avspasering, evt. pensjonister. Den ene sykepleierstillingen inkluderte noen timer sekretærarbeid hver dag for skipsledelsen og ble delt av to faste norske sykepleiere som avløste hverandre med måneders mellomrom.

Japanske NYK Line (Nippon Yusen Kaisha) startet i 1988 prestisjeprosjektet Crystal Cruises som skulle operere i det globale luksusmarkedet og levere det ypperste av service og kompetanse på alle felt, også det medisinske. Dette skulle pussig nok gi norsk og skandinavisk cruisemedisin en ny vitamininnsprøytning siden det fikk norsk medisinsk konsulent. Japanerne hadde innsett allerede under planleggingen at de manglet den nødvendige ekspertise til å drive cruise med alt overveiende amerikanske passasjerer. Hovedkvarteret ble lagt til Beverly Hills i California, med amerikansk president og økonomisjef, men ellers var alle vesentlige visepresidenter i cruiseadministrasjonen nordmenn. Videre var offiserene både på dekk, i maskinen og i hotellavdelingen norske, og personalkontoret lå i Oslo. Den eneste i rederiet med medisinsk kompetanse, var en norsk sykehuslege i Oslo som var cruisemedisinsk konsulent i bijobb.

De etter hvert tre skipene (MS «Crystal Harmony» 1990–2006, MS «Crystal Symphony» fra 1995 og MS «Crystal Serenity» fra 2003) var på 50–69 tusen bruttotonn og hadde én lege og to sykepleiere hver. Legene hadde 2–3 måneders kontrakter tilpasset opptjent fritid fra hovedjobb på land, mens de fleste sykepleierne ble værende i årevis med vekselvis fire måneder på og to måneder av skipene. Fram til 2007 sørget konsulenten for at alt helsepersonell ombord hadde sterk norsk eller nordisk profesjonell tilknytning, men deretter tok et amerikansk firma seg av internasjonal rekruttering til hospitalene.

936 Senere Volvat Medisinske Senter.

17.4 Oppgangstider for norsk cruisemedisinsk aktivitet

Den mest interessante tiden for norsk cruisemedisinsk aktivitet var 1970 – 1990, med norske medisinske rederikonsulenter og stadig flere nye skips-hospitaler. Så lenge cruiseskipene var relativt få og små, med flest norske maritime offiserer, og redere som involverte seg direkte i skipsdriften, følte legene at de ble sett og kunne medvirke positivt til utviklingen.

Det ble store endringer omkring 1990. På slutten av 1980-årene ble mange skip flagget ut, rederier ble kjøpt opp og slått sammen, og rederiene hadde ikke lenger individuelle eiere, men upersonlige investorer. Nasjonalitet ble stadig mer uinteressant til sjøs, og stadig flere ikke-skandinaver ble ansatt i skipshospitalene⁹³⁷.

17.5 Nedtrapping av norsk cruisemedisinsk aktivitet

Fordi det ble bygget mange og store skip, var det fortsatt gode arbeidsmuligheter for norske helsearbeidere helt til etter årtusenskiftet, men siden ble det færre og dårligere muligheter, og de siste norske konsulentene kastet inn håndkleet i 2007. Norsk skipslegepraksis var med ganske få unntak avvirket før 2010.

Hvor mange nordmenn som har arbeidet i hospitalene på cruiseskip fra den beskjedne starten på slutten av 1960-tallet til nå, er ukjent. Men oversikten ovenfor gir et visst inntrykk av utviklingen og mulighetene.

Hovedårsakene til at de norske konsulentene ga seg, var mange. Store rederier hadde skaffet seg medisinske departementer i sine utenlandske hovedkvarterer, og dette reduserte konsulentene til rene arbeidskraft-formidlere. Og rekruttering av nordmenn ble nærmest umulig siden rederiene fortsatte å redusere legenes og sykepleiernes privilegier og inntekter, påå dem langt flere ikke-medisinske arbeidsoppgaver og forlangte lange (1/2 år +) kontrakter. Norsk skatteplikt hjalp heller ikke. Sjøfolk fra de fleste andre land må ikke betale skatt, og for helsepersonell fra lavkostland med stor arbeidsløshet er cruiseferd attraktivt.

Nyere cruiseopplegg med sterke norske interesser, som *The World – Residences at Sea*, *Viking Ocean Cruises* og *Hurtigrutens Pol-cruise*, har ikke ført til åpninger for norske skipsleger.

På verdensbasis kommer nå (2019) den største gruppen cruisemedisinere fra Sør-Afrika, og Filippinene er også sterkt representert.

937 Dahl 1990.

17.6 Kvalifikasjoner

Bortsett fra tradisjonelle regler om at skip i utenriksfart med flere enn 12 passasjerer eller flere enn 99 personer ombord måtte ha lege ombord⁹³⁸, var det ingen nasjonale eller internasjonale retningslinjer å forholde seg til med hensyn til cruisemedisin.

For 50 år siden var det få formelle krav til kvalifikasjoner for leger på skip, utover medisinsk lisens i ett eller annet land. Det var stort sett opp til hver medisinsk rederikonsulent å bestemme hvem og hva som skulle være i skipshospitalene. Selv på norsk-registrerte skip var norsk lisens intet krav, men der det var overveiende norske maritime offiserer ble initialt nærmest forlangt at også skipslegen skulle være – eller i alle fall forstå – norsk. For norske konsulenter var det dessuten lettest å rekruttere – og kontrollere – helsepersonell fra Norden.

RCCLs første konsulent hadde noe erfaring fra transatlantisk linjefart hos NAL og ville i utgangspunktet helst ha leger med operasjonserfaring (ship's surgeon). Men kirurger var ikke lette å skaffe, og det hendte at man i starten måtte nøye seg med leger rett fra turnustjeneste. Derfor skulle den ene sykepleieren ha spesialutdannelse som operasjonssykepleier, mens den andre måtte være anestesisykepleier. Dersom det skulle bli helt nødvendig med enklere inngrep, som appendektomi eller lignende, var det meningen at anestesisykepleieren skulle stå for narkosen, mens operasjonssykepleieren skulle lede den mer eller mindre kirurgisk-kyndige legen gjennom selve operasjonen⁹³⁹.

Etter hvert har kravene til skipslegenes kompetanse økt i takt med utviklingen av internasjonal cruisemedisin:

17.6.1 American College of Emergency Physicians (ACEP)

På slutten av 1980-tallet hadde en del amerikanske leger som var involvert i utviklingen av den nye amerikanske spesialiteten Emergency Medicine (EM) hatt kortvarige ferievikariater på cruiseskip. De fant mye som burde forbedres både med hensyn til kvalifikasjoner, fasiliteter og utstyr på skipene, og de fikk fagforeningen ACEP, som ble startet i 1968, til å opprette en egen Section for Cruise Ship and Maritime Medicine⁹⁴⁰. Men bortsett fra forbedringer i det medisinske tilbudet ombord var hovedintensjonen deres å få innført krav om nordamerikansk lisens og EM-spesialitet for alle skipsleger,

938 International Labour Organization (ILO). *Maritime Labour Convention*, 2006. https://www.mlc-2006.eu/website/user_content/documents/MLC2006gasamended23.05.2017.pdf

939 Dahl 1990.

940 American College of Emergency Physicians (ACEP). <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/health-care-guidelines-for-cruise-ship-medical-facilities/#sm.0000tfhhkwwgqe3iqj121xa4ucc2f> Anvendt: 2019-01-24.

med andre ord en ny nisje for amerikanske EM leger. Begrunnelsen deres var at de fleste passasjerene på cruiseskip var amerikanere. Men siden ingen av cruiseskipene var registrert i USA, kunne ikke kravet gjennomføres i praksis.

Imidlertid førte dette framstøtet til at ikke-amerikanske (i USA kalt non-citizen eller alien) medisinske cruisekonsulenter, deriblant én nordmann, involverte seg i ledelsen av ACEP-seksjonen. Det fikk spesielt betydning under utformingen av seksjonens konsensus-dokument *Health Care Guidelines for Cruise Ship Medical Facilities*, først publisert i 1995 og sist oppdatert høsten 2018⁹⁴¹.

Blant ACEP-kravene i 2018 kan nevnes minst tre års akutt- og almenmedisinsk erfaring etter embetseksamen, helst spesialitet i almen- , akutt- eller indremedisin, visse kirurgiske ferdigheter, og hvert annet år internasjonal re-sertifisering i avansert hjerte-lunge-redning (AHLR), i avansert skadebehandling (ATLS) og i avansert pediatrik akuttmedisin (PALS)⁹⁴².

Selv om anbefalingene kommer fra en nasjonal fagforening, er ACEP-retningslinjene nå akseptert som internasjonal minimumsstandard av CLIA (Cruise Lines International Association)⁹⁴³. Denne interesseorganisasjonen omfatter over 95% av verdens cruise industri, og når verdens sakførere er på cruise-jakt med tanke på feil behandling ombord, er det brudd på CLIAs anbefalinger de ser etter først.

Når det gjelder skipssykepleiere, er det fortsatt ingen gjeldende internasjonale regler. Stillingen sykepleier er ikke engang nevnt i internasjonale maritime dokumenter i forbindelse med passasjerfart. Det er faktisk fortsatt i 2019 noen mindre cruiseskip som kun har én doktor og ingen sykepleier. På de fleste skip med norsk konsulent var det i 1970 og 80-årene gjerne én anestes- og én operasjonssykepleier.

Hos Crystal Cruises var det fra 1990 til 2007 et konsulentkrav at alle sykepleierne skulle ha spesialutdannelse i anestesi fra Skandinavia, fordi de da er vant med å legge inn intravenøse kanyler, intubere, starte og administrere respiratorbehandling, samt takle krisesituasjoner på egen hånd.

ACEP-retningslinjene har i mange år anbefalt at skips sykepleiere skal ha offentlig godkjenning og minimum 3 års erfaring etter avsluttende eksamen, samt sertifisering hvert andre år i avansert hjerte-lunge-redning⁹⁴⁴.

941 *Ibid.*

942 *Ibid.*

943 Cruise Lines International Association (CLIA). <https://cruising.org/about-the-industry/policy-priorities/Public%20Health%20and%20Medical> Anvendt: 2019-01-24.

944 American College of Emergency Physicians (ACEP). <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/health-care-guidelines-for-cruise-ship-medical-facilities/#sm.0000tfhhkwwgqe3iqj121xa4ucc2f> Anvendt: 2019-01-24.

17.7 Arbeidsoppgaver

17.7.1 Leger

I begynnelsen var legeinstruksen enkel: Legen hadde ansvar for at alt utstyr og alle medisiner var velorganisert og på plass i skipshospitalet til enhver tid. Dessuten skulle all nødvendig rapportering til kapteinen og til helsemyndigheter i land sørges for. Som eneste lege ombord hadde hun eller han akuttberedskap døgnet rundt (24/7) når skipet var til sjøs under hele kontrakten. Det skulle holdes kontortid med lege og sykepleier til faste tider formiddag og ettermiddag hver dag. På noen få skip var det ikke (eller kortere) kontortid på søn- og helligdager. Dersom det var helsemessig fredelig ombord, kunne legen gå i land mellom kontortidene når skipet var i havn. Legen rapporterte til kapteinen, eventuelt via overstyrmann eller hotellsjef.

17.7.2 Sykepleiere

De første sykepleierne som skulle til MS «Song of Norway» fikk angivelig følgende korte beskjed: «Ta med bikini og lang kjole og reis». Etter en ellevill initialfase fikk sykepleierne ikke lenger vise seg i nattklubben; et besøksforbud som varte i mange år.

Prinsipielt rapporterte sykepleierne til skipslegen og skulle hjelpe til med alt forefallende arbeide i skipshospitalet. Én sykepleier måtte alltid være ombord med forvakt for legen og tok primært imot alle henvendelser fra passasjerer og mannskap. Dersom noe akutt skjedde mens legen var på tur, måtte vakthavende sykepleier takle dette selv, eller få mobilisert legevakt fra land. På de fleste skip med to sykepleiere gikk de 24-timer vakter i rotasjon og hadde dermed langt bedre muligheter for fritid både ombord og i land enn lege i én-delt vakt.

17.8 Ansettelsesforhold

17.8.1 Leger

Legene ble fra starten ansatt på 6-måneders kontrakter, men det viste seg å være liten interesse blant skandinaviske leger for så lange kontrakter eller faste arbeidsforhold. Til det var allerede da både lønnsbetingelser og sosiale ytelser for lite attraktive, sammenlignet med forholdene på land. Det var verken lønn eller sykeforsikring under ferie eller mellom kontrakter, og arbeid til sjøs ga ingen opptjening av pensjonspoeng eller faglig merittering. Den Norske Legeforening har aldri interessert seg for cruiseferd og har ikke villet involvere seg i skipslegeaspekter av noe slag.

Rederiene lot seg fort overbevise om fordelene ved å tillate kortere kontrakter (2–4 måneder) med leger som etter hvert hadde opparbeidet seg cruise-erfaring, og disse fikk kontrakter som i lengde ble tilpasset avspasering og ferier fra landbaserte jobber. Slik fikk legene også stadig faglig påfyll, noe som var en fordel særlig for dem som arbeidet på de mindre skipene med beskjedne pasienttall. Om faglige utfordringer der ofte var beskjedne, var mulighetene for språktrening, for interessante sosiale relasjoner og for turisme i land bokstavelig talt grenseløse.

De første skipene hadde kun én lege, mens de større (>70 000 btn) fikk to leger. Da RCCLs MS «Oasis of the Seas» på 220 000 btn med kapasitet på flere enn 6 000 passasjerer og over 2 500 mannskap ble lansert i 2009, besto hospitalstaben av seks sykepleiere, én medisinsk sekretær og tre leger, hvorav sjefslegen i innkjøringsperioden var norsk. Der ble det innført rotasjonsordninger nesten som på sykehus – med til dels svært avansert akuttutstyr. Det var travelt på jobb, men faste vaktordninger og relativt velregulert fritid.

17.8.2 Sykepleiere

Sykepleierne hadde fra starten mer velregulerte forhold enn legene. Fram til slutten av 1980-tallet var de organisert i Norsk Sykepleierforbund som hadde sørget for gunstige lønns- og vaktbetingelser. Dette endret seg imidlertid på slutten av 1980-tallet.

Katalysatoren for de «dårligere tidene» var oppstarten av RCCLs femte skip, MS «Sovereign of the Seas» (74 000 btn) i 1988. Som verdens største cruiseskip skulle det bemannes med to skipsleger, begge med samme 3-stripers rang, og tre 2-stripers sykepleiere. Det skulle være tre norske/skandinaviske spesial-sykepleiere, én for operasjon og to for anestesi.

Men overgang fra Norsk Skipsregister (NOR) til Norsk Internasjonalt Skipsregister (NIS) gjorde at den ene anestesisykepleieren kunne erstattes av en ikke-skandinav med annen akuttmedisinsk kompetanse⁹⁴⁵. Slike fantes det mange av i lavkostland – uten fagforeningstilknytning, og de fikk dermed betydelig dårligere lønnsvilkår. Det gikk likevel ikke lang tid før de protesterte mot å ha samme arbeidsbelastning, men dårligere betingelser enn skandinavene, og følgen var at avtalen med Norsk Sykepleierforbund ble slettet. De skandinaviske spesialsykepleierne ble tilbudt å fortsette, men med de samme dårligere betingelsene som de utenlandske sykepleierne hadde fått. Mange valgte å gjøre det, men dette åpnet også for å ta inn stadig flere

945 Dahl 1990.

utenlandske leger og sykepleiere, noe som var starten på stadige mindre norsk og skandinavisk cruisemedisinsk aktivitet og innflytelse.

17.9 Lønnsforhold

Både leger og sykepleiere ble ansatt på enkeltkontrakter og ønsket velkommen tilbake til ny kontrakt dersom innsatsen ble vurdert som tilfredsstillende av skipsledelsen og konsulenten.

I de fleste tilfeller var verken leger eller sykepleiere ansatt i rederiet, men hadde kontrakt med et eller annet utenlandsk stråselsskap som selvstendig næringsdrivende (Independent Contractor – IC)⁹⁴⁶. Dette ble hovedsakelig gjort for å unngå at rederiet ble trukket til ansvar dersom passasjerer eller mannskap forsøkte å saksøke skipet for påstander om feilbehandling ombord. Rederiene slapp unna mange amerikanske rettsaker ved å hevde legene ikke var ansatt ombord og som IC var de alene ansvarlige for aktiviteter som rederiene ikke hadde forutsetninger for å kunne kontrollere. En nyere rettsavgjørelse (RCCL versus Franza, 2014) slo imidlertid fast at rederiene vil være juridisk ansvarlige også for IC-arbeid ombord⁹⁴⁷, og siden har skipslegene og sykepleierne blitt ansatt (employee). Men det har altså nesten ingen norske leger eller sykepleiere opplevd.

IC-kontraktene – og lønn – gjaldt gjerne fra påmønstringsdag til avmønstringsdag, uten annen betaling som feriepenger eller lignende. På norskregistrerte skip ble hyre rapportert direkte til det norske skattevesenet, men berettiget ikke til opptjening av pensjonspoeng. På utenlandsk-registrerte fartøy var skatterapportering skipsarbeiderens eget ansvar.

Lønnsbetingelsene for hospitalstaben varierte i stor grad på de forskjellige skipene, men felles var at de ikke kunne konkurrere med tilsvarende arbeid på land i Skandinavia. De fleste oppfattet nok i alle fall de kortere kontraktene på mindre skip som ren hobbyvirksomhet.

All behandling ombord av mannskap har alltid vært kostnadsfritt. Initialt var legebesøk et gratis servicetilbud også for passasjerene, men da amerikanske turister fant ut at de kunne få «a free second opinion from a Scandinavian doctor», ble det i løpet av kort tid veldig travelte, og et mindre honorar ble innført. Etter hvert oppdaget rederiene at passasjerene var villige til å betale for tilfredsstillende behandling, og de fleste reise- og helseforsikringer (men ikke US Medicare) dekket rimelige konsultasjonsutgifter. Takstene ombord ble lagt omtrent på – og i enkelte rederier over – Medi-

946 Dahl E. 2014. Legal aspects of cruise medicine – can a non-US ship's doctor be sued for malpractice in Florida? Gdansk, *International Maritime Health*. 65, 1; 13-15. doi: 10.5603/MH.2014.0003.

947 Dahl E. 2016. Cruise ship's doctors – company employees or independent contractors? Gdansk, *International Maritime Health*. 67, 3; 153-8. doi: 10.5603/IMH.2016.0028.

carenivå, og det skipene tok inn dekket på mange skip både lønn til leger og sykepleiere, samt medisintilgiftene til mannskapet, – og vel så det.

Størstedelen av konsultasjonshonoraret og all inntekt av medisinsalg tilfalt vanligvis rederiet, men på en del skip ble en viss (varierende) prosent av honorarene fordelt etter forskjellige brøker blant legene og sykepleierne. De som oppfattet slik bonus som rene lømmepenger, risikerte norsk straffeskatt.

Sykepleierne hadde i utgangspunktet relativt greie arbeidsforhold gjennom norsk fagforening, men på skip med NIS eller bekvemmelighets-flagg ble lønnen med tiden betydelig lavere, og mangelen på sosiale ytelser, brukbar sykeforsikring og pensjonsordninger gjorde at arbeid til sjøs kun var aktuelt for en begrenset periode.

17.10 Status ombord

Fra starten på norsk cruisebart var det en selvfølge at legen var dekksoffiser og administrativt underlagt nestkommanderende (= overstyrmannen / vice or staff captain), men i alle medisinske spørsmål kapteinens rådgiver.

Maritime offiserer bar gullstriper, i motsetning til hotellstabens sølvstriper. Opprinnelig var det bare fire maritime senioroffiserer: Kapteinen, overstyrmannen, maskinsjefen og legen; den siste hadde tre gullstriper med blodrød (!) farge mellom stripene⁹⁴⁸. Senere har seniorlegene på mange skip fått 3,5 striper, men det har også mange andre stillinger fått, både på dekk, i maskin og i hotellavdelingen, og hotell-offiserene har fra slutten av 1980-tallet også hatt gullstriper. Legestatus ombord har derfor i realiteten vært avtagende.

Etter hvert som skipshospitalene ga overskudd, ble skipslegen(e) på mange skip underlagt hotellsjefen, noe som de fleste medisinerne har funnet uheldig, både rent praktisk og fra et sikkerhetssynspunkt.

Skippsykepleierne fikk ikke før på MS «Sovereign of the Seas» (1988) offiserstatus, med to gullstriper og rødt felt mellom stripene. Noe senere fikk sjefsykepleier 2.5 striper.

Mens skipslegene i utgangspunktet hadde høy status ombord både hos passasjerer og mannskap, klaget sykepleierne ofte over at pasientene undervurderte deres faglige kunnskaper og at de kun ble behandlet som mindreverdige legesekretærer.

Å være skipslege ble på 1970- og 1980-tallet oppfattet både av kolleger og folk flest som eksotisk, men faglig suspekt. Dette er ikke så rart siden

948 Dahl E. 2004. Social status versus formal rank of medical and other officers – An informal survey among passengers and seafarers on cruise ships. Gdansk, *International Maritime Health*. 55 (1-4); 165-175.

kvalifikasjonskravene ofte var beskjedne, og det var bare dårlig nytt som skipsendemier og mulige feilbehandlinger fikk oppmerksomhet i media. Ryktene gikk om ville fester og alkoholmisbruk⁹⁴⁹. Men etter hvert er skipspraksis blitt svært avansert og kravene dermed skjerpet, ikke bare faglig, men også når det gjelder serviceinnstilling, tilpasningsdyktighet, sosial omgang med pasienter og medreisende, språkkunnskaper og ikke minst ytterst forsiktig bruk av alkohol. PR-hensyn og legale risikoanalyser gjør at ingen rederier lenger tar sjansen på å ansette leger eller sykepleiere som ikke er faglig og sosialt på høyden. Skipshospitalenes tvilsomme rykte henger likevel igjen i mange kretser.

17.11 Sosialt og faglig utbytte av helsetjeneste til sjøs

Utbyttet for både norske leger og sykepleiere som har arbeidet i kortere og lengre og eventuelt gjentatte ganger på cruiseskip, oppfattes som blandet, men av de fleste overveiende positivt.

Retrospektivt er nok de mest positive som bare ville ha en pause fra hjemlige rutiner og reiste ut med åpent sinn uten store forventninger. Størst utbytte og de beste erfaringene rapporterer naturlig nok de mange «gjengangerne», det vil si tilpasningsdyktige helsearbeidere som ikke bare tok en enkeltkontrakt, men som med måneders eller års mellomrom mønstret ut igjen flere ganger, enten på samme skip eller hos andre rederier.

For mange av legene var særlig til å begynne med den største utfordringen å underordne seg kapteiner med mye makt og lite respekt for skipsleger. Møtet med andre kulturer, spesielt kravstore amerikanske turister, én-delt vakt, mye rutinemessig sekretærarbeid, og få – men da til gjengjeld gjerne overveldende – faglige utfordringer tok på en del. Negative reaksjoner møtes gjerne hos helsepersonell som egentlig var på flukt fra de forskjelligste problemer på land, som hadde eller fikk alkoholproblemer, eller som opplevde samarbeidsproblemer, multikulturelle kollisjoner, språklige misforståelser, utilfredse pasienter, det amerikanske rettssystemet eller norsk straffeskatt.

Imidlertid fikk mange sett deler av verden de ellers ikke ville ha opplevd og fikk «ladet batteriene igjen» mens de var til sjøs. Atskillige knyttet nære vennskap, og andre fikk temporære eller endog permanente partnere. Noen fant også inspirasjon til videreutdanning eller til medisinsk forskning og la grunnlaget for spesialutdannelse eller en akademisk karriere.

949 Dahl 1990.

17.12 Nøkkelpersoner – Norske cruisekonsulenter

Viktigst for norsk medisinsk engasjement på cruiseskip var de norske cruisekonsulentene som helst rekrutterte helsestab fra eget nedslagsfelt. Fordi det var lettere for leger i Sverige å ta ut overtid som fritid istedenfor betaling, ble det over tid hyret flere svensker enn nordmenn også på de «norske skipshospitalene». I praksis førte dette sjelden til problemer; samarbeidet var stort sett uavhengig av nasjonalitet.

De norske konsulentene hadde alle mer eller mindre tilfeldig kommet i kontakt med cruise fart, enten gjennom skipslegevikariert eller via rederbekjenskaper. De nordmennene som har vært ansvarlig for flest mønstringer av norske leger og sykepleiere, er:

William (Bosse) Fredriksen, revmatolog med praksis på Klækken, selv skipslege i NAL, konsulent for RCCL (1970–1987) og Pearl Cruises (1981–1985).

Gunnar Schistad, overlege i barnekirurgi ved Ullevål Universitetssykehus, konsulent for RVL (ca. 1974–1986), Sea Goddess (1984–1986), Crystal Cruises (1990–1992)

Knut Gråbø, allmennpraktiker i Oslo, konsulent for Exploration Cruise Line (1986–1987) og RCCL 1987- 2007).

Eilif Dahl, overlege i barnekirurgi ved Rikshospitalet, professor II ved Universitetet i Oslo (i skadekirurgi og deretter i generell kirurgi) og adjunkt professor ved Universitetet i Bergen (i maritim medisin); konsulent for Crystal Cruises (1992–2007); kontrakter som skipslege hvert år mellom 1971 og 2017. Leder (chair) for ACEP's Section for Cruise Ship and Maritime Medicine (2000–2002). Visepresident i International Maritime Health Association (IMHA) 2017–2019.

Mohammed Saeme, norsk-marokkansk sjømannslege og allmennpraktiker i Oslo fra 1983 til 1999, har vært konsulent for mange norske og utenlandske cruiserederier fra ca. 1988, men med egen klinikk i Manila og et stort internasjonalt nettverk har han fortrinnsvis rekruttert helsepersonell fra lavkostland, og kun unntaksvis nordmenn.

17.13 Sammendrag

I 1960-årene utkonkurrerte luftfart interkontinental passasjertransport med linjeskip. En del av de overflødige linjeskipene ble satt inn i helårs cruise fart – med stor suksess. Mange norske redere så mulighetene i dette nye markedet og kontraherte fra slutten av 1960-tallet en rekke nye skip spesialbygd for cruise fart. Deres norske medisinske konsulenter rekrutterte primært norsk eller skandinavisk helsepersonell. Leger hadde for det meste kortere kontrakter som kunne tilpasses avspasering og permisjoner fra faste jobber

på land. Sykepleiere hadde gjerne fastere kontrakter over lengre tid. Det var starten på norsk cruisemedisin som så utviklet seg raskt, i takt med den globale cruiseindustrien.

Pionertiden for norsk cruisemedisin var 1970-årene, fulgt av mange nye arbeidsmuligheter til sjøs i 1980- og 1990-årene. Men fra begynnelsen av 1990-årene ble det også på norskdominerte cruiseskip stadig større konkurranse fra engelsktalende og velutdannet helsepersonell fra lavkostland uten skatteplikt for sjøfolk. De tok mer enn gjerne lange og hardere kontrakter over lengre tidsperioder – for betydelig lavere lønn og færre privilegier. Noen år etter årtusenskiftet sluttet derfor de siste norske medisinske konsulentene som rekrutterte skandinaver, og siden har det kun unntaksvis vært nordmenn i cruise-hospitalene. Norsk cruisemedisin er dermed en saga blott.

Men i løpet av «gullalderen» bidro norske leger og sykepleiere både individuelt og som gruppe til å heve standarden på medisinsk behandling til sjøs og fikk samtidig cruiseminner for livet. De fleste leger var bare til sjøs én eller få kontrakter, men for noen ble cruisemedisin en livslang pasjon, og noen ganske få engasjerte seg i internasjonale fora for å være med på å utvikle cruisemedisin videre som maritim medisinsk spesialfelt.