

Resor, risker och råd

Vissa hälsorekommendationer till utlandsresenären är onödiga; de icke-medicinska riskerna på resmålet underskattas ofta

Resemedicinens målsättning är dels att uppskatta riskerna för resenärer att drabbas av något otrevligt under resan, dels att bedöma vad som bör göras för att förebygga detta. En adekvat riskbedömning blir ofta en fråga om att väga fördelar mot nackdelar.

Å ena sidan: Hur stor är risken för att råka ut för något otrevligt i samband med resan/riskbeteendet? Hur pass nyttigt/roligt är riskbeteendet? Hur pass allvarligt är det att drabbas?

Å andra sidan: Hur stor är skyddseffekten av råd/vaccin? Vilka nackdelar ser vi med skyddsåtgärden i form av uteblivet nöje, kostnader, minskad komfort, vaccinbiverkningar?

Vissa råd vi ger är antingen onödiga eller går inte att följa i praktiken.

Riskbedömning innehåller många subjektiva moment. De medicinska riskerna överskattas ofta när en resenär skall besöka ett litet land som ligger långt ifrån Sverige. Icke-medicinska risker underskattas kanske i stället! Många resenärer kan inte heller värdera de risker som är förknippade med rese-sättet. I ett frågeformulär om risken för olyckor under resan som skickats till äldre resenärer ansåg 45 procent att man löpte den största risken att dö i en flygplansolycka, medan trafikolycka valdes av endast 19 procent [1].

Traditionellt sett ger vi varje resenär ett flertal råd, varav några är alldeles utmärkta medan andra antingen inte står på fast vetenskaplig grund eller är så svåra att följa att de blir meningslösa.

Författare

LARS ROMBO

överläkare, infektionskliniken, Mälarsjukhuset, Eskilstuna.

Det finns dessutom en uppenbar risk för att vaccinatören lägger alltför stor vikt vid sjukdomar som vi kan ge vaccin mot, och att detta snedvrider resenärens uppfattning om farorna under resan.

Hur farligt är det att lämna Sverige?

År 1983 presenterade UD-Sidas dåvarande personalläkare Johan Stenbeck ett femårsmaterial omfattande 2 500 svenska medborgare som i genomsnitt tillbringat 2,5 år utomlands (mest i Afrika); fyra avled, dvs 1,8/1 000. I Sverige avled 4,5/1 000 i samma åldersgrupp! [2].

Kirurgiska och gynekologiska sjukdomar samt trafikskador svarade för tre fjärdedelar av besöken på sjukhus utomlands. Tropiksjukdomar som orsak till sjukhusvård var rena sällsynther. Orsaker till att man i förtid återvände till Sverige var oftast psykiska besvär och/eller alkoholmissbruk.

Samma mönster återfinns i andra sammanhang. SOS International i Köpenhamn rapporterar att trafikolyckor orsakar flest dödsfall i yngre åldersgrupper [pers medd, Per Wulff 1998].

När dödsorsaker bland volontärer i fredskåren från USA hade registrerats i 34 års tid visade sig 85 procent av dödsfallen bero på olyckor, hälften av dessa i trafiken [3]. Dominansen av olyckor förklaras bl a av att fredskårister oftast är unga och inte har komplicerande sjukdomar.

De vanligaste orsakerna till död under en utlandsresa är hjärt-kärlsjukdomar och slaganfall, medan trafikolyckor och drunkning svarar för de flesta dödsfallen i samband med olyckor (Tabell I och II). Av detta drar jag slutsatsen att reserådsgivningen måste betona andra risker än de som beror på infektionssjukdomar.

Kostnad–nytta av rådgivning

Värdet av att ge ett visst råd eller en viss vaccination är beroende av ett flertal faktorer. Om risken är noll, eller så gott som noll, att patienten skall insjukna eller drabbas av något som vi försöker få honom att undgå med vårt råd blir rådet meningslöst även om det är effektivt.

DEBATT

”Ge så få råd som möjligt, vilket ökar sannolikheten för att de råd som ges blir ihågkomna.

Ge inte råd som inte går att följa i praktiken, även om de är aldrig så välmenande. Sådana råd gör bara att vår trovärdighet som rådgivare minskar och att inte heller andra, mycket viktigare, råd uppfattas som adekvata.”

Vi kan exemplifiera med risken för att drabbas av polio under en resa i Sydamerika, en risk som kan betraktas som noll. Även om skydd mot polio rekommenderas alla i Sverige är det missledande att ange resan som skäl till vaccinationen.

En lika uppenbar faktor är skyddseffekten av det råd eller det vaccin vi ger. Om skyddseffekten är noll är rådet värdelöst. Jag vill påstå att vårt tidigare koleravaccin var ett sådant exempel från resemedicinen.

En värdering av »nyttan» av ett råd måste ta hänsyn såväl till risken som till skyddseffekten av rådet. Vilket är bäst: att använda ett vaccin med skyddseffekten 90 procent till en grupp resenärer där 1 procent beräknas insjukna, eller att använda ett vaccin med skyddseffekten 10 procent till en grupp resenärer där 9 procent beräknas insjukna? I båda fallen skyddar vi nio resenärer av 1 000, vilket gör att båda ovanstående alternativ är likvärdiga under förutsättning att respektive sjukdomstillstånd är lika svåra.

Ifrågasätt råden!

Några av de råd som traditionellt ges i samband med resa bör alldeles särskilt ifrågasättas:

Är det rimligt att rekommendera långbyxor och skjortor med lång ärm

som skydd mot myggstick i tropisk värme? (Och dessutom rekommendera tjockare tygkvaliteter eftersom myggen lätt sticker igenom tunt bomullstyg.)

Detta råd tillhör enligt min mening gruppen välmenande råd som inte går att följa, även om vi sannolikt uppnår en viss skyddseffekt med åtföljande mindre risk att få malaria. Nackdelen med långärmade skjortor och långbyxor i tropisk värme är uppenbar; det blir helt enkelt för varmt, och rådet är därför inte trovärdigt.

Dessutom undrar jag hur kvinnliga resenärer då skall klä sig, eftersom de i många länder inte bör bära långbyxor av kulturella skäl; är det höghalsad blus och långkjol?

Idag finns relativt effektiva myggstift eller våtservetter – det får räcka.

Är det farligt att ta lokalt framställd is i drinken och borsta tänderna med kranvatten?

Mikrobiologisk analys av lokalt framställd is har påvisat en imponerande bakterieflora. Ändå är risken för att smittas av en tarmpatogen en fråga om volym; det är alltså mycket mindre riskabelt att borsta tänderna i sämre vatten (eller ha is i drinken) än att dricka sig otörstig [4]. Den mängd kranvatten man sväljer i samband med tandborstning är mycket liten. En iskub är $3 \times 3 \times 3$ cm = 27 kubikcentimeter, dvs bara 2,7 cl.

Ett råd om att undvika så små volymer av vatten avleder uppmärksamheten från andra och viktigare risker.

Är försiktighet med mat och dryck en dygd eller en lutheransk kvarleva?

Traditionellt sett har rådgivning om mat och dryck utgått från den klassiska sentensen »Boil it, cook it, peel it or forget it». Listan på födoämnen som skall



Hur farlig är isen i drinken?



Kondom till bägge könen!



Varning för motorcykelåkning!

undvikas blir lång och innefattar snarare en majoritet än en minoritet av tillgängliga rätter.

Råden om försiktighet med mat och dryck bör emellertid ifrågasättas på grund av dels att de är mycket svåra att följa, dels att nyttan är osäker. Inte mindre än 98 procent av schweiziska resenärer hade redan ätit något olämligt som exempelvis sallad, smörgås med kall stuvning, råa ostron eller råbiff inom tre dygn efter ankomsten till Kenya [5]. I stort sett lika illa var det ställt med finländare i Marocko, där bara 5 procent klarade sig helt utan att begå några »dietära misstag» under sin chartersemester [6].

I ett tidigt retrospektivt arbete visade Steffen och medarbetare [7] att risken för turistdiarré var 38,3 procent i en grupp resenärer som iakttog åtminstone tre olika försiktighetsmått, medan gruppen som inte brydde sig om någonting insjuknade i endast 28,8 procent.

Hoge och medarbetare [8] fann att risken för diarré i Nepal var större bland yngre, bland dem som åt på restaurang jämfört med dem som åt i privata hem, bland dem som åt mat som senare återuppvärmdes och bland dem som tillbringade kort tid i landet. Han fann däremot inte några skillnader mellan dem som förtärt råa grönsaker, frukt eller is i drinken på restaurang och dem som avstått från detta.

Kollaritsch, som studerat 3 696 resenärer från Österrike med hjälp av retrospektiva frågeformulär, fann att diarrérisken var större för dem som bodde på hotell och iakttog strikt försiktighet med mat och dryck än för dem som bodde på hotell utan att vara försiktiga [9].

I ett aktuellt arbete av Kemmerer och medarbetare [10] rapporteras i stället att de affärsresenärer som intog sina målti-

Tabell I. Hemtransporter till Skandinavien år 1997 på grund av sjukdom. Uppgifter från SOS International i Köpenhamn. S = sjuka, A = avlidna.

Diagnos	Ålder, år 0–19		20–39		40–59		60–79		80–99		Summa	
	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Hjärtsjukdom	4	3	9	13	71	71	150	148	29	17	263	252
Sjukdom i andningsorganen	18	–	22	2	37	5	78	9	12	1	167	17
Sjukdom i nervsystemet	9	1	28	2	39	5	65	7	6	1	147	16
Psykisk sjukdom	41	–	90	–	93	–	25	–	2	–	251	0
Blindtarmsinflammation	22	–	14	–	13	–	5	–	–	–	54	0
Annan sjukdom i matsmältningsorganen	37	–	77	1	81	3	83	9	6	–	284	13
Infektionssjukdom	34	1	47	–	23	–	33	1	4	–	141	2
Urinvägssjukdom	2	–	9	–	13	–	16	–	3	–	43	0
Tumör (malign och benign)	–	–	4	–	12	2	15	1	2	–	33	3
Diabetes	4	–	4	–	4	2	2	2	–	–	14	4
Sjukdom i cirkulationsorganen (ej hjärtsjukdom)	–	1	10	–	22	2	48	6	4	1	84	10
Sjukdom i samband med graviditet	1	1	23	–	–	–	–	–	–	–	24	1
Sjukdom i könsorganen	5	–	12	–	7	–	3	–	–	–	37	0
Sjukdom i ben och bindväv	2	–	22	–	40	–	21	–	2	–	87	0
Summa	179	7	371	18	455	90	544	183	70	20	1 619	318

ANNONS

Tabell II. Hemtransporter till Skandinavien år 1997 på grund av skador/olycksfall. Uppgifter från SOS International i Köpenhamn. S = skadade, A = avlidna.

Diagnos	Ålder, år 0-19		20-39		40-59		60-79		80-99		Summa	
	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Drunkning	2	1	1	2	2	2	4	7	-	-	9	12
Eldsvåda	3	-	3	-	1	-	-	-	-	-	7	0
Mord, självmord	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	0	2
Extremitetsskador	81	-	260	1	194	-	192	-	31	-	758	1
Huvudskador ¹	16	2	50	7	19	6	14	4	3	-	102	19
Kroppsskador ¹	21	1	76	13	38	9	55	3	5	-	196	26
Övrigt	31	1	45	-	36	5	40	3	5	-	157	9
Summa	155	5	435	24	290	23	305	17	44	0	1 229	69

¹ Enligt uppgift från SOS International orsakas merparten av trafikolyckor

der enbart på hotell löpte en betydligt mindre risk att insjukna. I samma studie ökade risken efter förtäring av många specificerade födoämnen, särskilt rums-tempererad mat, varm (!) buffé, rå fisk och rått kött. Däremot var varken köp av mat direkt på gatan eller från salladsbarer, mjölkprodukter eller vatten direkt från kranen förenade med någon ökad risk. Annars har just köp av mat i gatukök anförts som riskabelt [11]. Liknande svårtolkade budskap framförs i flera andra retrospektiva studier [12, 13].

I flera studier påvisas risker med mat som har förvarats länge utan adekvat kyla/värme, vilket förklarar varför risken för »matförgiftning» är större när mat skall lagas åt ett stort antal personer vid tillfälliga festligheter [14].

När Steffen och medarbetare gjorde en prospektiv studie [5] fann de ett visst samband mellan beteende och risk för turistdiarré, men svarsfrekvensen var bara 31 procent och andelen som lyckats undvika dietära misstag var anmärkningsvärt liten. I den finländska prospektiva studien ovan fann man ingen som helst korrelation mellan grad av riskbeteende och sannolikheten för att insjukna i diarré. Detta skulle kunna förklaras med att de »nya» bakterier inte gått att undvika, eftersom också de som inte insjuknat relativt snabbt ändrar sin tarmflora [15].

Råden kan bli till nackdel

Om riskreduktionen av ett råd är liten, eller till och med osäker, samtidigt som rådet med svårighet kan följas så blir förstas nyttan obetydlig. Ett sådant råd kan i stället bli till nackdel för resenären, på grund av dels att andra mer väsentliga råd får en mindre framträdande plats, dels att möjligheterna för resenären att också uppleva lokal matkultur inskränks.

Vi kan rekommendera resenärer att välja den maträtt som andra äter (stor omsättning = kort lagring), att gå till restauranger som verkar välbesökta (stor omsättning = kort lagring) och att

välja den grillade kyckling som senast lämnat gatuförsäljarens grillgaller. Vårt huvudbudskap bör vara att rekommendera mat som både ser god ut, luktar gott och smakar gott. Varningen för motsatsen (ät inte mat som ser oaptitlig ut, luktar eller smakar illa) är underförstådd och behöver inte uttalas.

Med ovanstående råd blir det åtminstone något glädjande sagt under besöket på vaccinationsmottagningen.

Slutsats

Ge så få råd som möjligt, vilket ökar sannolikheten för att de råd som ges blir ihågkomna.

Ge inte råd som inte går att följa i praktiken, även om de är aldrig så välmående. Sådana råd gör bara att vår trovärdighet som rådgivare minskar och att inte heller andra, mycket viktigare, råd uppfattas som adekvata.

Ge bara råd som har visat sig minska risken för väsentliga olycksfall/sjukdom eller som kan antas göra detta.

Rekommendera bara vaccinationer som behövs för den aktuella resan. Ange alltså inte resan som skäl för vaccination med ett vaccin som ingår i svenskt grundvaccinationsprogram.

Ge bara råd som du själv anser värda att (försöka?) följa i samband med egna resor.

Varna framför allt annat för motorcykelåkning!

Berätta om risker med att simma i områden med underströmmar och/eller kraftig vågbildning!

Rekommendera myggstift och myggnät/luftkonditionering i malariaområde.

Rekommendera kondom till båda könen.

Referenser

- Rumans LW, Olson PE, Myers MT, Oldfield EC. Misconceptions of travel risks by older travellers. Abstract 58, third conference on international travel medicine, Paris 1993.
- Stenbeck JL, Sjöblom NG. Hälsorisker i utlandsarbete. Läkartidningen 1983; 80 (46): 4433-6.
- Hynes NA, Gootnick D. Health-related events and risks among peace corps volunteers. Fifth international conference on travel medicine, Geneva 1997.
- Kolsky PJ. Water, sanitation and diarrhoea: the limits of understanding. Trans R Soc Trop Med Hyg 1993; 87 suppl 3: 43-6.
- Kozicki M, Steffen R, Schar M. Boil it, cook it, peel it or forget it»: Does this rule prevent travellers' diarrhoea? Int J Epidemiol 1985; 14: 169-72.
- Mattila L, Siitonen A, Kyrönseppä H, Simula I, Peltola H. Risk behavior for travellers diarrhoea among Finnish travellers. Journal of Travel Medicine 1995; 2: 77-84.
- Steffen R, van der Linde F, Gyr K, Schar M: Epidemiology of diarrhoea in travellers. JAMA 1983; 249: 1176-80.
- Hoge CW, Shlim DR, Echeverria P, Ramachandran R, Herrman JE, Cross JH. Epidemiology of diarrhoea among expatriate residents living in a highly endemic environment. JAMA 1996; 275 (7): 533-8.
- Kollaritsch H. Travellers' diarrhoea among Austrian tourists to warm climate countries. I. Epidemiology. Eur J Epidemiol 1989; 5: 74-81
- Kemmerer TP, Cetron M, Harper L, Kozarsky PE. Health problems of corporate travellers: Risk factors and management. Journal of Travel Medicine 1998; 5: 184-7.
- Tjoa WS, DuPont HL, Sullivan P, Pickering LK, Holguin AH, Olarte J, Evans DG, Evans DJ Jr. Location of food consumption in the prevention of travellers diarrhoea in Mexico. Am J Epidemiol 1977; 106: 61-6.
- Merson MH, Morris GK, Sack DA, Wells JG, Feeley JC, Sack RB et al. Travellers' diarrhoea in Mexico. A prospective study of physicians and family members attending a congress. N Engl J Med 1976; 294: 1299-1305.
- Loewenstein MS, Balows A, Gangarosa EJ. Tourists at an international congress in Mexico. Lancet 1973; i: 381-3.
- Ryan M, Wall PG, Gilbert RJ, Griffin M, Rowe B. Risk factors for outbreaks of infectious intestinal disease linked to domestic catering. Commun Dis Rep CDR Suppl 1996; 6(13): R 179-83.
- Sack RB Travellers' diarrhoea: microbiologic bases for prevention and treatment. Rev Inf Dis 1990; 12 suppl: 59-63.