

Vem tar ett samlat grepp på »resemedicinen«?

Förbluffande brist på kontroll även av immigranternas och asylsökandes hälsostatus

Resenärer är ganska väl försedda med råd om vad de skall göra både före resan, för att undvika att råka illa ut, och efter, när man eventuellt kommer hem med misstanke om en nyförvärd sjukdom. Men ingen tycks tänka på den övergripande aspekten av smittspridning via resande, den kanske allra viktigaste, nämligen vad samhället skall göra för att inte utsättas för obehagliga överraskningar i form av epidemier orsakade av turister eller hemvändande resenärer.

LARS WERKÖ
professor, Stockholm

■ Den som gör en resa har alltid något att berätta. Det är en gammal sanning som fortfarande står sig. En annan erfarenhet från resande är att den som reser också utsätter sig för risker av olika slag, inte minst för att möta sjukdomsframkallande agens som man tidigare aldrig konfronterats med: från annorlunda födoämnen till exotiska smittämnen. Under senare år har dessa senare framför allt varit sådana som överförs vid sexuellt umgänge, med olika former av sexuellt överförbara sjukdomar (STD) som följd.

Trots det starkt ökande resandet är det ändå förhållandevis få som får någon allvarlig sjukdom. Formen för resandet har betydelse. Den upptagne internationella företagen som reser första klass flyg över Atlanten utsätter sig för andra risker än de ungdomar som går på vandringar i Kina eller Indien. Dock lurar alltid några risker någonstans.

Nytt medicinskt område: resemedicin

Det är därför helt följdriktigt att ett nytt medicinskt område har etablerats: resemedicin. Att kalla det för specialitet är kanske att gå för långt, men det fordrar särskilda kunskaper och färdigheter.

Översikter över detta begrepp har publicerats både från engelskt [1] och amerikanskt [2] håll. De angriper de problem som resande utsätts för från olika utgångspunkter – den ena är vad resenären skall göra före resan för att undvika att råka illa ut [1], den andra vad man skall göra när man kommer hem med misstanke om en nyförvärd sjukdom [2]. I detta sammanhang tycks ingen tänka på den övergripande aspekten av smittspridning via resande, den kanske allra viktigaste aspekten, nämligen vad samhället skall göra för att inte utsättas för obehagliga överraskningar i form av epidemier orsakade av turister eller hemvändande resenärer.

Det internationella resandet ökar kontinuerligt. Mer än tre miljoner människor förflyttas dagligen mellan kontinenterna. Sättet att resa har förändrats radikalt med allt snabbare transporter över långa sträckor, där flygets utveckling har spelat stor roll. Idag kan en person förflytta sig över halva jordklotet på kortare tid än inkubationstiden för de flesta allvarliga infektioner. Det innebär att en person som smittats i Indiens pittoreska slumkvarter kan passera inresekontrollen i New York och försvinna i det amerikanska folkhavet innan några symtom på sjukdomen visar sig. Om det är fråga om en banal infektion spelar det ingen roll, men om det skulle vara någon allvarlig sjukdom kan det innebära katastrof.

Samtidigt ger sig ungdomar från de rika länderna ut på resor till långväga mål med minst möjliga budget. Ungdomskulturen innebär numera inte sällan en »time out« på månader eller år i mer eller mindre strapatsrika resor i olika exotiska miljöer.

Det är inte heller enbart det spontana resandet som måste uppmärksammas. Möjligheterna att sprida smitta tycks vara obegränsade för de nu aktuella terroristorganisationerna i den situation som föreligger idag.

Organisationer för resemedicin

Det ökade resandet, och de möjligheter som föreligger både för att sjukna och för att förebygga sjukdom, har lett till att både resebranschen och intresserade läkare har bildat särskilda organisationer.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

I England har man inrättat resekliniker vid vissa undervisningssjukhus och primärvårdsenheter. Även mottagningar som drivs av kommersiella enheter har tillkommit på flera håll. I Sverige torde infektionssjukhusen stå för kunskandet i fråga om rådgivning och åtgärder, men flera reseorganisationer har också kontakt med privat drivna mottagningar för rådgivning och vaccinerings. International Society of Travel Medicine samlar och sprider information rörande risker och förebyggande verksamhet. WHO har stort intresse för frågan [3], men hur dess information sprids är mer oklart. Nyligen har en särskild European Travel Health Advisory Board bildats.

En stor del av denna information finns tillgänglig på Internet [1, 2].

Resandets smittsamma risker

Vilka är då de största riskerna vid resor till varmare klimat? Zuckerman [1], som redigerat en bok i ämnet [4], anger de viktigaste problemen vara diarréersjukdom, malaria, luftvägsinfektioner, hepatit A och B, hudinfektioner och sexuellt överförda sjukdomar. Av dessa utgör malaria den allvarligaste risken för dem som reser till områden där malaria förekommer. Eftersom dessa resenärer synes bli allt fler är fortfarande malariaprophylax en viktig åtgärd inför resa till Central- och Sydamerika, Sydostasien samt stora delar av Afrika och Oceanien. I dessa länder är dessutom klorokinresistent malaria ett ökande problem.

När det gäller diarréersjukdomar finns det många olika varianter, alltifrån den förhållandevis ofarliga formen, som beror på ändrade matvanor och exotiska födoämnen, till amöbadysenteri. Den viktigaste förebyggande åtgärden torde en naturlig försiktighet vara, med undvikande av råa grönsaker, kommunalt vatten och liknande. Is i drinkar och glass i tropiska länder är två former av smittbärare som inte alltid upplevs som sådana.

Det är intressant att – liksom inom

många andra områden av förebyggande verksamhet – det finns mycket litet av kontrollerade studier av effekten av de råd som sprids frikostigt genom ovan nämnda organisationer. För några decennier sedan, när diskussionen om oxikinoliner-nas risker var het, förekom ett antal studier som skulle visa dessa medels förebyggande verkan i fråga om diarré-sjukdom, eller till och med amöbadysenteri, vid resor. När väl den debatten var över har den ordinarie sjukvården visat mindre intresse för studier av något som – säkert orättvist – upplevs som ett banalt problem.

Vad som är anmärkningsvärt är den begränsade kunskap som finns rörande problemets utbredning och betydelse [2]. Ryans och medarbetares översikt är försedd med ett stort antal tabeller över mer eller mindre vanliga sjukdomar som förekommer vid eller efter resor. Feber uppges förekomma i 3 procent av internationella resor, även vid kortare sådana. Beskrivningen, som skall underlätta differentialdiagnos vid hemkomst, utgår från tre symtom: feber, eosinofili och hudutslag. Dessutom anges de många sjukdomarnas inkubationstid som en viktig faktor.

Författarna gör därmed mer en uppräkningslista av många tillstånd som kan vara aktuella än en bedömning av vad som är viktigt och vad som är mindre viktigt. Anmärkningsvärt är det nedtonade eller obetydliga omnämnandet av sexuellt överförda sjukdomar. Det anges dock att minst 5 procent av resenärer vid kortvariga utlandsresor och 50 procent vid långvariga resor »engage in casual sexual encounters«.

Om sålunda kunskapen om problemets storlek på det hela taget är bristfällig, är kunskapen om effekten av både förebyggande verksamhet och behandling i efterhand lika dålig. Effekten av malariaprofylax torde vara klar, även i avsaknad av kontrollerade studier. Att vaccination mot polio, mässling och difteri är verksam står utom tvivel – även om studier i just det klientel det här är fråga om saknas. Vilka vaccinationer som skall rekommenderas i resesammanhang förefaller oklart sedan smittkoppor utrotats. Vaccin mot hepatit A är mycket effektivt, mot hepatit B endast vid måttliga smittdoser, medan vaccinering mot tyfoidfeber har mer tvivelaktig effekt. Som i all förebyggande verksamhet har professionen ofta slagit sig till ro med att »det kan ju inte skada att ta en



Idag kan man förflytta sig över halva jordklotet på kortare tid än inkubationstiden för de flesta allvarliga infektioner. Det innebär att en person som smittats i Indiens pittoreska slumkvarter kan passera inresekontrollen i New York och försvinna i det amerikanska folkhavet innan några symtom på sjukdomen visar sig. Om det är fråga om en banal infektion spelar det ingen roll, men om det skulle vara någon allvarlig sjukdom kan det innebära katastrof.

ILLUSTRATION: TPL IMPULSIV/GREATSHOTS



Samtidigt ger sig ungdomar från de rika länderna ut på resor till långväga mål med minst möjliga budget. Ungdomskulturen innebär numera inte sällan en »time out« på månader eller år i mer eller mindre strapatsrika resor i olika exotiska miljöer.

spruta mot xxx« för säkerhets skull, eventuellt kompletterad med gammaglobulin. De kommersiella mottagningarna har inte heller någon anledning att hålla tillbaka sina insatser.

Risk med hitresande

Den information och de rekommendationer som nämns ovan och som sprids i läkarkåren avser framför allt resor från den industrialiserade världen till den som befinner sig under utveckling. Där emot tycks de som är intresserade av resemedicin inte befatta sig med de risker som den omvända resrutten medför: från länder med endemiska smittsamma sjukdomar till de rika länderna. Dessa resenärer är i allmänhet inte turister, utan asylsökande eller andra flyktingar. De medicinska problem de kan tänkas föra med sig hänförs därför till helt andra instanser, som antas vara kopplade till migrationsfrågor.

Det torde emellertid vara minst lika viktigt att ta hand om den lätt febrige indonesier som dyker upp på en flyktingmottagning som den politiker eller före-

tagare som kommer tillbaka från en sejour på safari i Afrika. Vid en riskbedömning från samhällets sida torde dessutom den före vara en större risk för eventuella allvarliga konsekvenser än den välfödde turisten med oklara symtom.

Omhändertagande av asylsökande

I den översikt över omhändertagande av asylsökande i Stockholm och Norrbottnen som Jordin och Hassler publicerat [5] anges att en av anledningarna till vård är åtgärder enligt Smittskyddslagen. Författarna framhåller:

»Det är anmärkningsvärt att varken Migrationsverket eller landstingen har rutiner för att bevaka att asylsökande ges möjlighet att träffa medicinsk personal för hälsosamtal. Risken för spridning av allmänfarlig sjukdom, till exempel TBC eller hepatit C, är icke försumbar, då asylsökande till skillnad från turister och affärsmän på tillfälligt besök i Sverige lever tätt tillsammans med andra människor.«

Överhuvudtaget gav granskningen av dessa fall det samlade intrycket att intresset var obetydligt för att utreda om dessa individer innebar någon sjukdomsrisk för sin omgivning. De fall som omnämns är internmedicinska eller psykiatriska, där utredningarna ofta varit bristfälliga. Någon diskussion om infektioner synes inte ha skett, beroende på att »vård given enligt Smittskyddslagen eller för barnsbörd, abort eller preventivmedelsrådgivning inte ingick i studiens uppdrag«.

Författarna anser att den bristande registrering och uppföljningen är beklaglig »inte minst mot bakgrund av att landstingen ersätts av staten enligt särskilt avtal«.

Däremot tycks man inte inse den risk som ett bristfälligt omhändertagande kan innebära i fråga om medicinska konsekvenser för hela samhället. Avsikten med studien – som gjordes på regeringens uppdrag – var tydligen mer att kontrollera att staten inte tvingades betala landstingen alltför mycket än att se på de medicinska konsekvenserna av hur omhändertagandet av asylsökande är organiserat.

Är regeringen mer intresserad av

kostnader än av medicinska konsekvenser i dessa fall? Så småningom kanske vi får en redogörelse för de tillstånd som inte omfattades nu.

Ett samlat grepp behövs

Att den ökande trafiken mellan kontinenter, mellan rika och fattiga länder och mellan nord och syd innebär ett medicinskt problem vars storlek är oklar lär inte kunna ifrågasättas. Med de resurser som läggs ned i förbättrade och snabbare transporter, både till och från länder under utveckling, är det anmärkningsvärt att så litet registreras i fråga om den sjuklighet som otvivelaktigt förekommer i detta sammanhang. Enstaka försök till kontrollerade studier har gjorts, men den huvudsakliga litteraturen består av anekdoter, små kortvariga undersökningar eller enstaka fall som utlöst larmrapporter men som sällan följts upp.

Något samlat grepp över det som intresserade specialister kallar resemedicin synes inte föreligga från samhällets sida, även om de olika organ som finns för smittskydd har ett klart intresse, trots att de knappast företagit några kontrollerade studier. Vi tycks inte ha solida kunskaper om vare sig storleken på de risker som kan föreligga eller vilka åtgärder som borde vidtas.

Vilka medicinska konsekvenser hade den nyligen arrangerade toppkonferensen i Johannesburg för de tusentals deltagarna från alla världens kontinenter och för den lokala befolkningen?

Vore det inte ett tillfälle för preventiv medicin att visa sitt intresse när nästa megakonferens går av stapeln?

Borde inte Sida, Migrationsverket och Smittskyddsinstitutet tillsammans se på de medicinska riskerna förknippade med gränsöverskridande transporter?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Zuckerman JN. Travel medicine. BMJ 2002;325:260-4.
2. Ryan ET, Wilson ME, Kain KC. Illness after international travel. N Engl J Med 2002;347:505-15.
3. World Health Organization. International travel and health: vaccination requirements and health advice. Genève: WHO; 2001.
4. Zuckerman JN, editor. The principles and practice of travel medicine. Chichester: John Wiley & Sons; 2001.
5. Jordin B, Hassler E. Studie av given vård till asylsökande i Stockholm och Norrbotten. Asylsökande fick mer vård än avtalet kräver, med undantag för hälsosamtal. Läkartidningen 2002;99:3503-7.

Särtryck

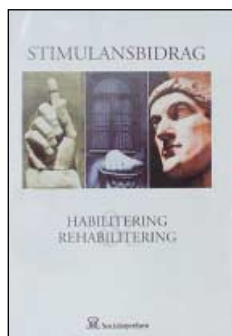
Läkartidningen

I samband med 1994 års handikappreform beslutade riksdagen att stimulera utvecklingen av rehabilitering och habilitering med 1,4 miljoner kronor, bidrag som Socialstyrelsen fördelade och följde upp. Ett axplock av de medicinskt fokuserade projekt som bedömts vara av riksintresse har presenterats som separata artiklar i Läkartidningen under 1996 och 1997 och i serieform under 1999–2001.

Denna serie har nu samlats i ett särtryck, som av Socialstyrelsens projektgrupp kompletterats med två rapporter som inte redovisats i tidningen. Särtrycket täcker ett brett spektrum av rehabilitering och habilitering, t ex vid slaganfall, demens och svåra hjärnskador, för barn med särskilda behov och de många små grupperna med ovanliga funktionshinder.

Skriften har distribuerats av Socialstyrelsen. En mindre upplaga finns att beställa från Läkartidningen.

Priset är 85 kronor



Habilitering och rehabilitering

Beställer härmed.....ex av Habilitering och rehabilitering

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker