

Reisemedisin og råd på reisen

Tidsskriftet starter i dette nummer en artikkelserie om reisemedisin (1–4). Reisemedisinen omfatter rådgivning, forebygging og behandling av sykdom og skade før, under og etter utenlandsreise. I dag er det ikke sjelden at opphold i flere land og ulike risikoområder for sykdom inngår i den samme reisen. Antallet eldre, kronisk syke og innvandrere som skal på besøk i sitt opprinnelsesland øker. Reisemedisinen må nøye vurdere behandlingen av kronisk sykdom som kan bli forverret under reise. Denne utviklingen er ikke bare et medisinsk, men også et kulturelt og forsikringsmessig anliggende. Forskning i reisemedisin omfatter bl.a. epidemiologiske studier av importsykdommer og kliniske og intervensjonsbaserte studier om hvordan høyrisikoatferd kan påvirkes. Slike studier har vist at reisemedisinsk kunnskap og praksis kan redusere sykdom og skade under reise.

Som disiplin angår reisemedisin ikke bare individuelle reisende, men også grupper. Reisemedisin er således knyttet til internasjonal helse. Gode eksempler er håndteringen av HIV/AIDS-epidemien, tiltak overfor spredning av Legionella og debatten om masseturismens positive og negative betydning for vertslandene (5). I videste forstand kan reisemedisin også knyttes til migrasjonsmedisin, som helsetiltak under større folkeforflytninger og i flyktningleirer, og epidemiovervåking. Historisk er sjøfareres og soldaters betydning for spredning av pest og syfilis velkjent. I dag er denguefeber blitt spredt til nye områder i Sør-Amerika fra Asia via transport av infiserte mygg over Stillehavet (6). For fire år siden ble en multiresistent *Staphylococcus aureus*-klon brakt fra Brasil til Portugal, land som har hyppig flyforbindelse (7). Verdens helseorganisasjon vektlegger reisemedisinen som samfunnsrolle ved blant annet å inngå samarbeid med World Tourism Organization og ved å engasjere seg i større internasjonale konferanser og publikasjoner om reisemedisin.

Verken Luftfartsverket eller ulike ambassader kan gi tilfredsstillende tall om reiseaktivitet relatert til risikogrupper eller reise-mønstre, for eksempel forretningsreisende, «vanlige» turister eller «ryggsekkjurister». Oppgitte tall gir likevel et godt bilde av et økende antall reiser foretatt av nordmenn de siste årene, for eksempel til Afrika (hovedsakelig Øst-Afrika): 18 000 reiser i 1996 og 40 000 reiser i 2000, og til Thailand: 46 000 reiser i 1998 og 73 000 reiser i 2001. Hvor mange av de reisende søker råd hos lege? Sikre data finnes ikke, men på bakgrunn av relativt pålitelige tall fra Storbritannia kan

det anslås at 70–75 % søker rådgivning før reise til eksotiske strøk. Ujevn geografisk fordeling av reisemedisinske tilbud er noe av årsaken til den relativt lave oppslutningen.

I 1996 beskrev Hill & Behrens (8) virksomheten ved 341 reisemedisinske klinikker over hele verden. Antall reisende (median) som søkte en slik klinikk på årsbasis var 750. På bakgrunn av dette tallmaterialet og erfaringer fra bypraksis i Bergen mener jeg at 1 000 reisende per år per klinikk med et nedslagsfelt på om lag 25 000 personer er nødvendig for å vedlikeholde en tilfredsstillende kompetanse i reisemedisin. I den omtalte artikkelen hadde enkelte klinikker bare 100 reisende per år, et antall som nok svarer med det mange fastleger i mindre tettbefolkede strøk i Norge har. Utstrakt bruk av informasjonsteknologi og daglig kontakt med større reisemedisinske klinikker kan kompensere for dette. I Norge vil reisemedisinen være tjent en slik kombinasjon av større klinikker i byene og engasjerte fastleger i mindre tettbygde strøk.

En studie fra britisk allmennpraksis viste at bare 41 % av 181 reisende fulgte råd om bruk av malariaprophylakse (9). Tilsvarende viste en dansk studie at 52 % av 142 reisende fulgte anbefalingene vedrørende malaria (10). Denne andelen var uforandret fra en tilsvarende studie fire år tidligere. Den danske studien (10) og en annen britisk studie (11) viste at den reisendes feilvurdering av malaririsiko og det å glemme profylaktisk behandling hadde større betydning for etterlevelse av malariaanbefalinger enn bivirkninger av de ulike malariamedikamentene. Slike studier antyder at reisemedisinerens evne til å formidle råd (risk awareness) er avgjørende for om den reisende selv vil bli i stand til å gjøre en tilfredsstillende risikovurdering (risk assessment) (12). Faktiske kunnskaper om sykdoms- og skadeepidemiologi og om infeksjons- og tropesykdommer synes derfor ikke tilstrekkelig i rådgivningen og bør suppleres med innføring i kommunikasjons- og konsultasjonsteknikker. Som en konsekvens av dette er det diskutert internasjonalt å innføre en formell videreutdanning i reisemedisin. I dag omfatter legers og sykepleieres grunn-, videre- og etterutdanning 10–15 timers kurs i reisemedisin. Legens og sykepleierens rolle kan være uklar. I Norge arbeider sykepleiere med stor grad av selvstendighet, men omfattes ikke av kommunehelsetjenestens forskrift, slik som ved vaksinasjon av barn.

Reisemedisinen er blitt mer omfattende og faglig utfordrende de siste årene. Dette aktualiserer behovet for et sterkere engasje-

ment fra legens side. Glede og forventning til en reise er en ressurs i seg selv. Legen må passe på så han eller hun ikke spolerer gleden og forventningene med for omstendelige «råd på reisen».

Pål Voltersvik

pal.voltersvik@vir.uib.no
Senter for virologisk forskning
Avdeling for mikrobiologi og immunologi
Gades institutt
Universitetet i Bergen
Høyteknologisenteret
5200 Bergen

Pål Voltersvik (f. 1951) er for tiden stipendiat ved Senter for virologisk forskning. Han har i en årrekke arbeidet innen reisemedisin og er engasjert i Forum for forebyggende infeksjonsmedisin og reisemedisin og i Skandinavisk forum for reisemedisin

Litteratur

1. Brunvatne R, Blystad HH, Hoel T. Innvandrere og helsefarer ved reise til tidligere hjemland. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1568–72.
2. Sandbu S, Nøkleby H. Småbarn, gravide og utenlandsreiser. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1573–6.
3. Kjølstad S. Helserelevant forsikring ved utenlandsopphold. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1577–8.
4. Bendz B, Sandset PM. Flyreiser og venøs trombose. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1579–81.
5. Cartwright RY. Epidemiology of travellers' diarrhoea in British package holiday tourists. PHLIS Microbiol Dig 1992; 9: 121–4.
6. Grist NR. Aedes albopictus: the tyre-traveling tiger. J Infection 1993; 27: 1–4.
7. de Sousa MA, Sanchez IS, Ferro ML, Vaz M, Saraiva Z, Tendeiro T et al. International spread of a multi-drug resistant methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. J Clin Microbiol 1998; 36: 2590–6.
8. Hill DR, Behrens RH. A survey of travel clinics throughout the world. J Travel Med 1996; 3: 46–51.
9. Hughes NJ, Carlisle R. How important a priority is travel medicine for a typical British family practice? J Travel Med 2000; 7: 138–41.
10. Mølle I, Christensen KL, Hansen PS, Dragsted U, Aarup M, Buhl M. Use of medical chemoprophylaxis and antimosquito precautions in Danish malaria patients and their travelling companions. J Travel Med 2000; 7: 253–8.
11. Laver SM, Wetzels J, Behrens RH. Knowledge of malaria, risk perception, and compliance with prophylaxis and personal and environmental preventive measures in travellers exiting Zimbabwe from Harare and Victoria Falls International Airport. J Travel Med 2001; 8: 298–303.
12. Bennett P, Calman K. Risk communication and public health. Oxford: Oxford University Press, 2001.