



## NYHEDSBREV

APRIL 2006 · NUMMER 3

*Kære Medlemmer af  
Dansk Selskab For Rejsemedicin!*

Hermed tredje nummer af Nyhedsbrevet, som denne gang indeholder en opfordring til medlemmerne, til at vi i fællesskab kunne se lidt nærmere på en af vores vaccinationer.

Herudover bringer vi en beskrivelse af efterårets store udlandsrejse, samt et indlæg om helbredsproblemerne vi støder på, når langtidsudsendte vender hjem.

Siden sidst har der været afholdt Generalforsamling, referatet findes sidst i dette nummer.

*Med venlig hilsen  
Peter Winge*

*Redaktionsgruppen  
for tredje nummer er:*

Speciallæge i almen medicin  
Ejgil Flyvbjerg, Nordborg

Speciallæge i almen medicin  
Niels Jacob Nielsen, Rønne

Speciallæge i almen medicin  
Peter Winge, Birkerød

# Ældre rejsende og Hepatitis A

**Af: Ejgil Flyvbjerg**

For rejsende til det meste af verden er hepatitis A en af de almindeligste vaccinationer der tilbydes. Den tilbydes i dag både børn og gamle og der foreligger en række undersøgelser af immunresponsen overfor de fleste aldersgrupper. Nogle undersøgelser viser dog at immunresponsen overfor 50+ årige er forholdsvis lavt. Dette rejser spørgsmålet om hvorvidt der er tale om en tilstrækkelig immunitet hos de ældre eller der er en anden form for immunitet som retfærdiggør denne vaccination og endelig rejser det naturligtvis også spørgsmålet om hvorvidt denne vaccination hos 50+ årige giver anledning til at overveje en tredje vaccination efter en kortere årrække end nu anbefalet.

Spørgsmålet er blevet aktuelt fordi vi blandt vore rejsende, det gælder både ferierejsende og rejsende i forretningsøjemed, ser en stigende gruppe af 50+

årige. Det sidste gælder ikke mindst ferierejsende til mere og mere eksotiske steder hvor vaccinationsspørgsmålet i kombination med immunresponsen har stigende aktualitet.

Rejsemedicinsk Selskab opfordrer derfor interesserede kollegaer til at overveje information til selskabet ved vaccination af 50+ årige som kommer hjem med sygdom trods vaccination. Disse undersøgelser kunne muligvis give nye oplysninger om antistofniveauet overfor Hepatitis A i forbindelse med aktuel infektion med denne sygdom. Samtidig vil Rejsemedicinsk Selskab så vidt muligt forsøge at koordinere disse oplysninger med henblik på vurdering af ovenstående problem. Oplysningerne vil vi meget gerne om man vil sende dem til Foreningens sekretær Lisbeth Conrad.

Det samme spørgsmål gør sig gældende for 50+ årige og Hepatitis B. Dette vil foreningen vende tilbage til.



# Kursus i rejsemedicin Zimbabwe 2005

Af: Peter Winge

Det internationale kursus i rejsemedicin gik denne gang til Zimbabwe. Inden afrejsen havde der været en del polemik omkring valget af kursusmål, som af nogen var set som en støtte til Robert Mugabe's styre, men som var valgt fordi landets sundhedssystem ligger i ruiner, og man derved havde mulighed for at opleve tropesygdomme i rigt mål.

Som sædvanlig bestod kurset af en blanding af undervisning af lokale eksperter, studiebesøg på sygehuse og undervisning af danske specialister.

Straks ved ankomsten til landet gik det op for os, at forholdene her ikke var helt almindelige:

I lufthavnen i Harare blev vi efter de sædvanlige formaliteter mødt af en venlig dame, som var den danske stats Uofficielle repræsentant i Zimbabwe (der er ingen officiel forbindelse til landet). Hun vidste lige præcis, at der i landet lige nu var 148 danskere + så vores gruppe på 21 mennesker. Hendes opgave var at holde styr på hver enkelt dansker i landet – så hun hurtigt kunne få dem evakueret, når det var nødvendigt. Hun kunne berette om et land, hvor fattigdommen voksede dag for dag, og hvor der var vareknaphed på alt!! Det fik vi hurtigt selv set:



Deltagerne i Hwange.

benzintankene havde ingen benzin, butikkerne kun tomme hylde. Vi kunne ikke køre gennem landet i busser, men måtte flyve i små chartrede fly fra S.Afrika fra sted til sted.

Ingen steder mødte vi andet end venlighed og imødekommenhed fra befolkningen. Alle var smilende og interesserede i at tale med os. Den bekymring man kunne have haft hjemmefra ved at komme som hvid til landet viste sig helt ubegrundet.

I Bulawayo skulle vi have været på besøg på det lokale sygehus, men det var pludselig ikke længere muligt, uvist af hvilken grund. I stedet fik vi besøgt et privatdrevet sygehus for HIV relaterede sygdomme, meget lærerigt – forfærdelig deprimerende, hvis man tænkte nærmere over det.

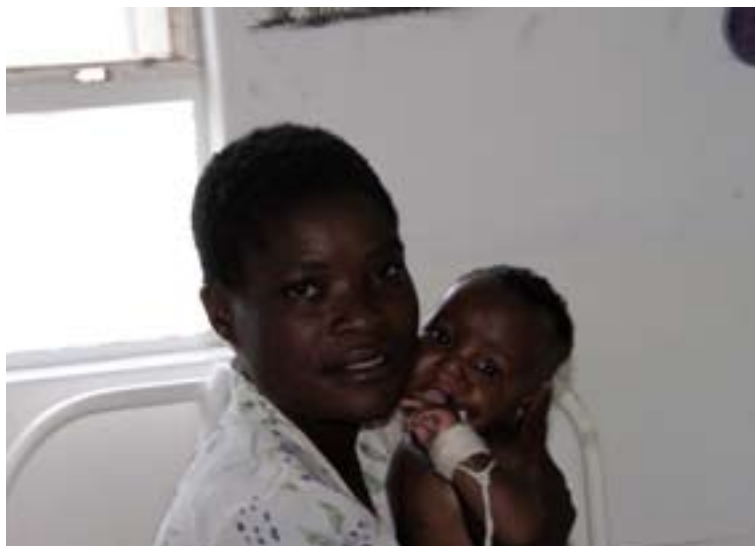
De lokale læger, som underviste os, kunne berette om en stigning i hyppigheden af stort set alle sygdomme, og især selvfølgelig af HIV-relaterede lidelser. Levealderen, som for 15 år siden havde været den længste i Afrika, var nu halveret, således at en nyfødt dreng kunne forvente at leve 32 år.

Inflationen i Zimbabwe er imponerende. Det er ikke så ofte man oplever at skulle betale 365.000 \$ for en bøj på restaurant, heldigvis dog Zimbabwe - \$. Pengesedlerne bliver kun trykt på den ene side – det er for dyrt at trykke begge sider, da de alligevel hurtigt intet er værd.

Dr Pugh, som drev det private sygehus var nødt til at fortsætte med sit



Dr. Pugh underviser



Fejlnærret barn

► lægearbejde på fuld tid, hans pension rakte nu præcis til at han kunne købe sig én øl om dagen, inflationen som er skyhøj havde udhulet pensionsudbetalingerne; han er 83 år gammel.

Der blev fortalt meget om årsagerne til at det ikke var lykkedes at holde HIV- smitten i ave. En af årsagerne var den stigmatisering, som diagnosen HIV- pos. medførte. Selvom der overalt i landet var mulighed for at søge hjælp på særlige klinikker for HIV relaterede sygdomme, var det meget svært at få de smittede til at komme frem og søge hjælp – mange kom først frem når mørket var faldet på. Derudover var der stort set ingen medicin at få, med mindre man kunne købe den på det sorte marked, og det var kun forbedret de få.

Som et nyt forsøg installerede man HIV-pos. mødre med deres børn i grupper i små huse, i et forsøg på at holde orden på deres liv, og prøve at begrænse mor – barn smitte mest muligt.

På det statslige sygehus i Kariba var der dog lidt flere midler til rådighed: her var et fungerende, om end ikke særligt veludrustet, laboratorium; nogen medicin i sygehusapoteket samt en del faciliteter til f.eks genoptræning efter stroke o. lign. Til gengæld var det ret svært at få ret meget at vide om de faktiske forhold af personalet, som alle var synligt tilbageholdende med at udtale sig, af frygt for represalier. På børneafdelingen fik man hver eneste dag børn ind, som havde været udsat for overfald af vilde dyr: hyppigst var

bid af flodheste og løver. Den hyppigste indlæggelsesårsag var dog stadig dårlig trivsel og fejlnærning.

Der blev indsamlet penge til mad til de indlagte patienter og de blev modtaget med stor taknemmelighed. Kokken kunne således berette, at hvis ikke man havde penge fra kursisterne (og DsFR) ville man være løbet helt tør for hospitalskost indenfor en uge, uden mulighed for at kunne købe mere mad. Maden kunne sagtens købes, men kun i dyre domme. Som bekendt er landbrugsproduktionen i Zimbabwe faldet til under halvdelen af tidligere efter at regeringen har smidt de hvide farmere på porten. Afrikas mest frugtbare landbrugsjord bliver nu dyrket i smålodder af enkeltfamilier, som kun

lige dyrker det, de selv har behov for, således at der ikke kommer varer ud til resten af befolkningen.

Hvad man manglede i ressourcer, havde man til gengæld i renlighed. Samtlige sygehuse vi så var pinligt rene. Al linned var slidt, men rent. Alle gulve var skrammede, slidte - men rene. De fleste kursister var af den opfattelse, at det danske sygehusvæsen godt kunne lære noget her!

Imellem sygehusbesøgene, og undervisningen af lokale læger, modtog vi undervisning af vores medbragte eksperter: Mads Buhl og Steffen Friis. Som på de forrige kurser fik vi en grundig gennemgang af rejsemedicinen, gennem foredrag og diskussioner. Som altid var underviserne engagerede og vidende og fremmødet fra kursisterne var tæt på 100%.

Jeg tror roligt man kan sige, at vi alle kom hjem meget klogere, end da vi rejste ud.

Men: man er ikke i Afrika uden at skulle se vilde dyr - og det fik vi da heldigvis også mulighed for ind imellem de faglige aktiviteter. Da Zimbabwe stort set har mistet hele sin turisme havde vi det for os selv. Vi traf kun andre europæere ved Victoria Falls. Ellers var de eneste andre udlændinge vi mødte nogle få japanere. Turisterhvervet i landet er p.t. nærmest dødt, endnu en indtægtskilde som er tørret ud. ►



Steffen underviser

- ▶ Som altid på de internationale kurser er det sociale samvær uovertruffet. Og ganske mange tips og gode ideer erhverves under middagen eller kaffen om aftenen.

Det faglige udbytte af kurset er meget stort.

En stor tak til Mads for et vellykket arrangement og til Mads og Steffen for stor tålmodighed med "dumme spørgsmål" og aldrig svigtende entusiasme i undervisningen.

*Solnedgang over Karibasøen*



# Sundhedsproblemer hos langtidsudsendte

■ Af: Niels Jacob Nielsen

Som lægelig konsulent for Mellemfolkeligt Samvirke (MS) gennem mere end 25 år, har jeg fulgt helbredstilstanden hos organisationens udsendte bistandsarbejdere i mange år.

MS blev stiftet i 1944 og hed først "Fredsvenners Hjælpearbejdere" som en reaktion på 2. Verdenskrig og dens uhyrligheder. I 1946 skiftede man til navnet Mellemfolkeligt Samvirke, og arbejdet bestod primært i hjælp til genopbygning af de krigshærgede lande i Mellemeuropa inkl. Tyskland. I 1963 udsendte MS de første U-landsfrivillige til Indien, Afrika og Thailand efter aftale med udenrigsministeriet/Danida. MS er en privat organisation (NGO) med 6000 individuelle og 100 kollektive medlemmer. Formålet for organisationen er at skabe større tolerance og forståelse gennem kulturmøder mellem mennesker med forskellig kulturel baggrund.

MS har de sidste 40 år udsendt mange danske bistandsarbejdere til udviklingslande i især Afrika.

De sidste 10 år har mange ved hjemkomsten returneret et spørgeskema til mig dækkende et bredt udsnit af helbredsspørgsmål. Inden udsendelsen modtager alle skriftlige vejledninger vdr. malaria og vaccinationer, og alle deltager i et forberedelseskursus, hvor jeg har et indslag om sundhed og sygdom (p.t. 3 timer). Gennem årene har de største problemer været trafikulykker, malaria og siden midten af firserne HIV/AIDS, hvorfor indslaget på forberedelseskurset også handler primært om disse 3 problemer.

Siden 1997 har jeg modtaget spørgeskemabesvarelser fra 343 hjemvendte (262 fra Afrika, 38 fra Nepal, 26 Mellemamerika og 10 Sydøstasien). De har i gennemsnit været udsendt i 32 mdr.

Langt hovedparten af dem, der boede i

malariaområde, angav at tage malaria-profylakse enten konsekvent (143) eller periodisk (108).

De fleste tog Klorokin + Paludrine i henhold til tidligere vejledninger. Der er nu begyndende brug af Lariam, men stoffet har også blandt MS udsendte et dårligt ry. Doxycyklin er endnu ikke repræsenteret i besvarelserne som profylakse i nævneværdig grad. Malarone bruges kun af udsendte, der periodisk er i malariaområde p.g.a. tidsbegrænsningerne for anvendelsen. Deltaprim (pyrimethamin + dapsone) bruges en del i Zimbabwe og de omkringliggende lande til trods for, at jeg fraråder det.

Det er opløftende, at de fleste benytter sig af mekaniske forebyggelsesmidler – myggenet over seng 262, imprægneret myggenet 112, myggebalsam 209, insektspray 122, myggespiral 126, sprøjtning af bolig 108. Specielt har brugen af imprægneret myggenet været stigende de sidste år.

229 angiver ikke at have haft malaria, 91 angiver at have haft malaria få gange, mens 18 angiver mange gange (3 eller mere).

Disse tal stemmer godt overens med tallene fra en malariaenquete, som blev lavet for Danida og MS udsendte i 1998 i samarbejde med Søren Thybo. Her blev de udsendte spurgt mens de var "ude" og i alt 182 MS'er svarede. 61% havde ikke haft malaria, 15.5% 1 malariatilfælde, 6.3% 2 tilfælde og 6.2% 3 eller flere malariatilfælde.

Knap 10% var i tvivl om de havde haft malaria.

2/3 angav at bo i område med meget malaria, Mere end 2/3 angav altid eller oftest at sove under myggenet, men kun ca. 1/3 af disse imprægnerede nettet regelmæssigt.

De fleste tog medicinsk profylakse (63% altid, 16% på visse årstider og 8% på rejser i landet). Langt hovedparten tog Klorokin + Paludrine (114), mens 28 tog Deltaprim (pyrimethamin + dapsone).

29% af de voksne angav bivirkninger

af malariaprofylaksen – oftest trivielle (kvalme, blister, synsforstyrrelser og hudkløe) – og de færreste oplevede bivirkningerne konstant tilstede. Blandt børnene angav under 10% bivirkninger.

Hos 2/3 af dem, der angav at have haft malaria, angav de også, at diagnosen blev bekræftet ved en blodprøve. Det er dog min erfaring, at kvaliteten af malariadiagnostikken varierer meget i tropisk Afrika, og jeg har personligt oplevet flere patienter, der har fået stillet malariadiagnosen flere gange i Afrika og umiddelbart efter hjemkomsten er fundet uden malariaantistoffer i blodet. Dette forplumrer selvfølgelig vort billede af hyppighederne af malaria blandt de udsendte – formentlig sker der en betydelig overdiagnostisering.

Langt de fleste blev behandlet med Fansidar for deres malaria, men de sidste år er denne behandling tilsyneladende erstattet af Artemisininpræparater og til dels Lariam.

86 havde foretaget selvbehandling for malaria (i henhold til malariavejledningen, hvor der p.t. anbefales Lariam eller Malarone til selvbehandling), og kun ca. 1/2-delen foretog den anbefalede opfølgning på klinik efterfølgende.

Hovedparten af de udsendte foretager desinfektion af deres drikkevand med kogning, og diarré sygdomme synes ikke at være noget større problem.

Godt 1/2-delen angiver at have badet i ferskvand (ikke svømmebassin), og hovedparten af disse boede i områder med Bilharziose. Ganske enkelte får da også konstateret tegn på Bilharziose ved lægeundersøgelsen efter hjemkomsten.

24% har været involveret i trafikulykke under udsendelsen og 5% med væsentlig personskade inkl. enkelte dødsulykker.

14% har været udsat for vold eller

trusler om vold (tidligere var Afrika overrepræsenteret, mens det nu handler først og fremmest om Mellemamerika).

19 % oplevede psykiske problemer i bredeste forstand under udsendelsen – heraf ca. 6 % depression og ca. 5 % angst.

Vdr. HIV smitte risiko, angav 18 % seksuelle kontakter (13 % med kondom og 5 % uden).

I 1986, hvor jeg spurgte 255 udsendte i forbindelse med HIV testning under udsendelsen i Afrika angav 38% seksuelle kontakter (og 4 var HIV smittede). HIV smitte forekommer fortsat som en af de væsentlige sundhedsrisici for MS udsendte.

Et andet mål for sundhedstilstanden kan være vægt og antal sygedage. 55 % holdt vægten, 30 % tog på og 15 % tabte sig (mere end 5 % af væg-

ten). 62 % havde mindre end 5 sygedage, 32 % mellem 5 og 30 sygedage og kun 6 % over 30 dage.

Samstemmende med ovennævnte tal ville kun ca. 3 % vil være bekymret for at tage ud igen p.g.a. sygdomsrisiko.

Ca. ¼ oplevede andre væsentlige sygdomme/sundhedsproblemer under udsendelsen. Ca. ½-delen af disse er sygdomme/problemer, der ikke umiddelbart har noget med udsendelsen at gøre, mens resten dækker over et bredt spektrum af sygdomme/problemer fra Dengue feber, Tick bite feber, Rabies exposition til hudinfektioner og rygproblemer (p.g.a. megen bilkørsel).

Langt de fleste (95 %) benytter sig af tilbuddet/opfordringen om lægeundersøgelse efter hjemkomsten. Hos 26 (7.5 %) blev der fundet tegn på tropemedicinsk sygdom.

I de fleste tilfælde drejer det sig om banale parasitsygdomme, men det dækker også over 2 der angiver HIV positivitet.

Alt i alt fungerer de fleste uden større helbredsmæssige problemer, og det er mit indtryk ud fra spørgeskemaerne, at vore udsendte er blevet mere påpasselige m.h.t. de 3 største helbredsproblemer (trafik, malaria og HIV).

MS er tiltagende afhængig af sit medlemstal, idet statens bidrag er korreleret direkte til antal medlemmer. Se mere på [www.ms.dk](http://www.ms.dk) og overvej at melde dig ind!

## Dansk Selskab for Rejsemedicin's kurser og møder 2006:

### Kursus i Rejsemedicin i Danmark

24 – 26 april 2006. GlaxoSmithKline, Nykær 68, 2605 Brøndby. Henvender sig til praktiserende læger, speciallæger med speciel interesse for rejsemedicin og vaccinationssygeplejersker. Yderligere information og tilmelding til kursussekretær Lisbeth Conrad, Infektionsmedicinsk afdeling Q, Skejby Sygehus. Tlf 89 49 83 48, fax 89 49 83 60. Mail lcd@sks.aaa.dk.

## Internationale kongresser 2006:

### 5th Manitoba Annual Travel Health Conference Winnipeg, Manitoba, Canada

April 27 and 28, 2006. Conference intended for health care professionals, as well as travel industry personnel with a strong interest in travel health. Conference focus: To provide a forum of information exchange on practical applications in the field of travel medicine. Internationally recognized speakers, including Dr. Jay Keystone. Time for interaction with presenters. Syllabus will be provided. Contact: Jacquie Shackel, conference chair. Tel: (204) 940-2538. Fax: (204) 940-2690. Email: jshackel@wrha.mb.ca. More details to be posted on Website: www.wrha.mb.ca.

### Geneva Forum: Global Access to Health

August 30 – September 1. Geneva. "The key to prosperity is health but access remains poor in many parts of the world." Conference focus: building partnerships of private/public sectors: international NGOs, universities, and others, to strengthen health systems where needed, develop and make available new drugs and vaccines, provide clean water, enforce quality and safety standards. Plenary sessions, symposia, workshops, free communications, posters and exhibitions. E-mail: acthumanitaire@hcuge.ch MCI Suisse P.O. Box 502 CH-1211 Genève 13 Tel. +41 22 33 99 581 Fax +41 22 33 99 601 E-mail: Genevahealthforum2006@mci-group.com

### North European Conference on Travel Medicine

June 7-10. Edinburgh. A collaborative conference organised by the International Society of Travel Medicine and the travel medicine societies and organisations of Northern Europe. Website: www.nectm.com. Information: In Conference Ltd., 10B Broughton Lane, Edinburgh EH1 3LY, Scotland, UK. Tel: +44 131 556 9245. Fax: +44 131 556 9638. E-mail: NECTM@in-conference.org.uk. Kommentar: Dansk Selskab for Rejsemedicin er medarrangør af NECTM 2006

## Internationale kurser 2006:

### The Gorgas Expert Course

Lima, Peru. August 14-25, 2006. Sponsor: Gorgas Memorial Institute. Site: Tropical Medicine Institute (a major tropical disease referral center). Language: English. For experienced clinicians. Hands-on exposure to large numbers of in- and out-patients in a short period of time. Five participants and one senior sub-specialty trained faculty per clinical group. Case conferences/CPC every day. Parasitology laboratory review sessions. One formal lecture/day. Weekend excursion to areas of medical and travel interest: inter-Andean valleys endemic for bartonella and leishmania and ascent to 4,800m. Peru has an unusually wide spectrum of tropical diseases. 80 CME hours. Directors: Eduardo Gotuzzo (IMT) egh@upch.edu.pe; David O. Freedman. www.gorgas.org. Click on GORGAS EXPERT COURSE. Tel: +1 205 934 1630. Fax: 205 934 5600. E-mail: egh@upch.edu.pe.

## DEBAT & KOMMENTARER

(åben for alle medlemmers uensurerede meninger om næsten alt).

Det der gives udtryk for i debat og kommentarer er ikke nødvendigvis et udtryk for bestyrelsens eller redaktørernes mening og bringes på forfatterens eget ansvar. Bemærkninger fra læserne vedrørende emnet vil blive gengivet ordret i den følgende udgave hvis fremsendt til [lcd@sks.aaa.dk](mailto:lcd@sks.aaa.dk) inden deadline.

## Medlems-info

Alle medlemmer opfordres til at sende deres e mail adresse til sekretær Lisbeth Conrad: [lcd@sks.aaa.dk](mailto:lcd@sks.aaa.dk)

Desuden opfordres alle medlemmer til jævnligt at logge ind på foreningens hjemmeside. Den vil fremover være mere aktiv, og der vil være mulighed for at stille rejsemedicinske spørgsmål og forhåbentlig få kvalificeret svar på disse spørgsmål.

# Referat af Generalforsamling 31. marts 2006

1. Dirigent: Niels Jacob Nielsen
2. Formanden (Mads Buhl) fremlagde bestyrelsens beretning om det forgangne år:
  - Der har været afholdt flere velbesøgte kurser
  - Der er blevet ansat en ny sekretær, som har sørget for at indsamle alle medlemmers E-mail adresser.
  - Nyhedsbrevet til alle medlemmer er foreløbig udkommet i to flotte eksemplarer
  - Hjemmesiden er blevet opstrammet og opdateret, Mogens Rishøj er blevet web-master
  - Der har været afholdt aftenmøde om den fremtidige malaria-profylakse
  - Det internationale kursus løb i år af stablen i Zimbabwe
  - Årsmødet i 2006 ligger i forbindelse med kongressen i Edinburgh
1. Regnskabet blev fremlagt af Steen Villumsen: Der har i år været et lille overskud. Selskabets kapital er nu 165.000.- kr.
2. Kontingent fastsættes til uændret 300.- kr.
3. Selskabet har p.t. 300 medlemmer ; i årets løb er tilkommet 18 nye.
4. Lis Andersen, Eskild Petersen & Carsten Schade udtræder af bestyrelsen, og erstattes af Steen Villumsen, Karin Stausholm & Karin Nielsen. Anette Marboe indtræder som suppleant.  
Efterfølgende har bestyrelsen konstitueret sig således:  
Formand: Mads Buhl  
Næstformand: Karin Stausholm  
Kasserer: Steen Villumsen  
Sekretær: Peter Winge  
Bestyrelsesmedlem: Karin Nielsen  
Suppleant: Anette Marboe
5. Revisorerne genvalgte: Jens Rønne & Ejgil Flyvbjerg
6. Ingen indkomne forslag
7. Eventuelt :
  - Diskussion om hvorvidt nyhedsbrevet skulle udsendes til en større kreds, men det var der ikke stemning for.
  - Hjemmesiden bør åbnes for en direkte kontakt fra medlemmerne, evt. i form af en brevkasse.
  - Diskussion omkring sponseringen af rejsemedicinsk kursus i Danmark, hvor medicinalfirmaet sponserer i form af udlån af lokaler, samt gratis forplejning til kursisterne. Der er ikke tale om at medicinalfirmaet har nogen direkte indflydelse på indholdet af selve kurset. Generalforsamling fandt, at denne ordning indtil videre kunne fortsætte, men man var opmærksom på den stigende grad af frigørelse fra sponsering som de fleste læger tilslutter sig.

Referent Peter Winge



**Redaktionsgruppen for tredje nummer er:**

Speciallæge i almen medicin, Ejgil Flyvbjerg, Nordborg  
Speciallæge i almen medicin, Niels Jacob Nielsen, Rønne  
Speciallæge i almen medicin, Peter Winge, Birkerød

Grafisk tilrettelægning: Anette Bonde, [www.freelancegrafiker.dk](http://www.freelancegrafiker.dk) · Næste nummer af nyhedsbrevet udkommer 1.4.2006.