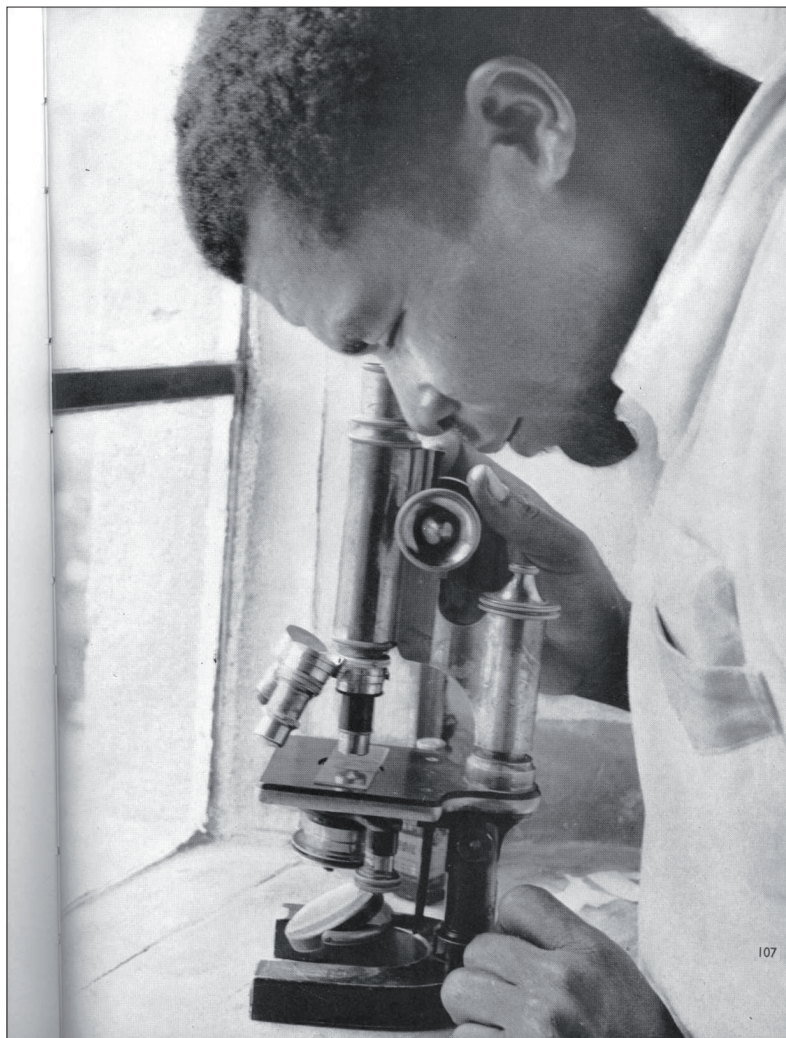


TropikNytt

Informationsblad från Svensk Förening för Tropikmedicin,
Resemedicin och Internationell hälsa nr: 45/2009



Feberutredning - När det hettar till



Gunnar Holmgren - Rune Andersson - Stefan Berg
Leif Dotevall - Margareta Eriksson - Lars Rombo

Välkommen

till ett nytt nummer av TropikNytt!

Välkommen till det sista numret av TropikNytt med tema feberutredning.

Ett gammalt ordspråk talar om att "föda har sin tid och att dö har sin tid".

Nu har det kommit till tiden för Svensk förening för Tropikmedicin, Resemedicin och Internationell Hälsa att försvinna, från sin början 1961 som Tropikläkarklubben och 1984 som Svensk förening för tropikmedicin. Även tidskriften TropikNytt som började ges ut år 1987 går i graven med detta nummer.

Temat för detta nummer är feberutredning med rubriken: "När det hettar till" Fokus är förstås patienter som återvänder från tropikerna med en feberåkomma.

Många av våra läsare kommer att ha praktisk nytta av beskrivningen som presenterades vid Läkarstämman november 2008 i Göteborg.

Många som har besökt olika länder i Afrika söder om Sahara på senare år har imponerats av den stora förändringen när det gäller utredning och behandling av malaria, TBC och HIV/AIDS i samband med den globala satsningen på dessa tre sjukdomar inom Global Fund och Roll Back Malaria. Man upplever en helt ny värld just att ställa diagnos och behandla dessa tre allvarliga febersjukdomar även ute på små hälso-centraler långt ifrån städer och större sjukhus. Många har redan kunnat minska överanvändning av anti-malariamedicin med hjälp av, inte minst snabbtester.

Man kan i dag erbjuda den bästa behandlingen i världen till fattiga människor på avlägsna landsbygdsorter. Man gör HIV-tester och CD4 värderingar på många mindre distriktssjukhus i samband med väl genomtänkta HAART program för HIV- behandling.

I detta nummer kan du även läsa om föreningens historia speciellt över de sista 48 åren sedan Olle Gabinus och hans kollegor startade Tropikläkarklubben.

Lyckligtvis har en av de tre delar som bildar föreningen, den resemedicinska sektionen, beslutat att fortsätta och vi uppmanar alla våra läsare att notera de detaljer om föreningen för resemedicin och dess fortsatta utveckling framöver.

Det finns även en del detaljer om fortsatta kurser och konferenser av intresse för våra medlemmar och vi värdar till så många som har möjlighet att sprida kunskap om dessa möjligheter för så bred publik som möjligt.

Vi önskar alla våra medlemmar och även övriga läsare allt väl framöver och skickar med en kallelse till ett extraordinärt föreningsmöte i Stockholm där föreningen troligtvis upplöses.

Gunnar Holmgren,
t.f. Redaktör för detta sista nummerr



Dags att säga adjö!

Diagnosis

- of an acute febrile illness

This is a major challenge to clinical acumen at all levels but especially when laboratory facilities are very limited. Fevers can be divided into acute (<2 weeks) and chronic (>2 weeks).

There are two obligatory tests in many settings in the tropics:

1. Thick film for malaria parasites (if possible a rapid test)
2. Total and differential white blood count (WBC).

However a positive malaria slide in a holoendemic or hyperendemic area for malaria may not mean much unless the number of parasites exceeds 400/ μ L (this is approximately 5 parasites per 100 white blood cells). Even if parasites were present, if the WBC was raised and there was a polymorphonuclear leucocytosis (PNL) then another diagnosis must also be present.

Acute fever with a negative malaria blood film

1. PNL present: 5 most likely diagnoses are pyogenic infection, leptospiral infection, relapsing fever, amoebic liver abscess, and acute connective tissue disease.
2. PNL absent: 3 most likely diagnoses are viral infection, rickettsial infections and typhoid.

Acute fevers with PNL and localizing symptoms

Clinical pointers to the diagnosis include: severe sore throat (Strep tonsillitis or diphtheria), cough, pleuritic pain, rusty sputum (pneumonia), severe pain and swelling in a joint (pyogenic arthritis), frequency, dysuria and loin pain (pyelonephritis), severe headache and neck stiffness (meningitis), localized pain over a bone (osteomyelitis), lower abdominal pain with tenderness (pelvic sepsis), bloody diarrhoea (bacillary dysentery or campylobacter infection), marked localized lymphadenopathy (local sepsis, plague), sharply defined cutaneous inflammation (erysipelas) or ill-defined subcutaneous inflammation (cellulitis).

Acute fever with PNL and no obvious localizing features

1. Septicaemias of various kinds e.g. staphylococcal, strep or meningococcal; acute bacterial endocarditis.

2. Infections with *Leptospira* and *Borrelia*; tick-borne relapsing fever; louse-borne relapsing fever.
3. Acute non-typhoid *Salmonella* sepsis even with GIT symptoms. Check for splenomegaly.



Anemi är ofta orsakad av malaria

Acute fevers without PNL with a negative blood film

1. Look for indicators pointing to typhoid fever such as gradual onset, stepwise rise in fever, headache, abdominal pain, cough and slow pulse in relation to fever and in the second week cloudy sensorium.
2. Some rickettsial infections have pointers e.g. a rash or as in African tick typhus (*R. conorii*) - headache + eschar and lymphadenopathy. An outbreak in an army or school may give a clue.
3. Most viral fevers have a non-specific picture but dengue gives a double-humped fever pattern. Hepatitis before the jaundice may give nausea and pain over the liver.

Acute fever with haemorrhagic rash

There are two main groups of causes:

1. Viral haemorrhagic fevers (dengue, Chikungunya, Ebola, rift valley fever, Lassa)
2. Acute meningococcal septicaemia. Material aspirated from the spots show meningococci on staining in 80% of cases.

Acute fever with anaemia

The two commonest causes are malaria and infection in a patient with pre-existing anaemia due to diet, hookworm, sickle cell anaemia, thalassaemia or with G6PD deficiency. Rarer causes are babesiosis and bartonellosis.



Många söker ofta traditionell medicin

Diagnosis of a chronic febrile illness

In many countries an important diagnosis not to miss is HIV infection with or without opportunistic secondary invaders. Test for HIV

Fever for more than 2 weeks. This may include some of the above especially typhoid.

1. Chronic fever with PNL

With a sustained fever think of deep sepsis (e.g. subphrenic, periappendicular, diverticular), amoebic liver abscess (check for tenderness on rib-cage compression), erythema nodosum leprosum (check ear lobes and cool parts of face for nodules, and swelling of nerves). With a relapsing pattern think of cholangitis or relapsing fever.

2. Chronic fever with eosinophilia

Most likely causes: invasive *Schistosoma mansoni* and japonicum infections; invasive *Fasciola hepatica* infection

3. Chronic fever with neutropenia

Most likely causes malaria, disseminated TB, visceral

leishmaniasis, brucellosis, typhoid. However in a setting where these are rare or non-existent a viral cause e.g. EB virus or CMV is more likely.

4. Chronic fever with normal WBC

Most likely causes: typhoid, localized TB, brucellosis, secondary syphilis, trypanosomiasis, toxoplasmosis, subacute endocarditis, systemic lupus erythematosus, chronic meningococcal septicaemia.

5. Chronic fever with variable WBC picture

Tumours, reticuloses, drug reactions

If the fever has a relapsing pattern think of : malaria, visceral leishmaniasis, trypanosomiasis, relapsing fever, brucellosis, filariasis, cholangitis.

Fever of unknown origin

This is defined as an illness of more than 3 weeks duration with a fever of more than 38.3°C (101°F) on several occasions and with 1 week of adequate evaluation without result. Four distinct groups of prolonged fevers have been suggested:

Classical, nosocomial, neutropenic (<1000 PNL/mm³) and HIV. Most of the studies of FUO have been done in developed countries and so priorities differ very markedly. However it is worth noting the most common causes found:



När man kör fast i en feberutredning behövs hjälp

1. Classical: malignancies (lymphomas i.e. Hodgkin's and Non-Hodgkin's lymphoma, leukaemias, other haematological malignancies and solid tumours e.g. renal cell carcinoma, hepatoma and atrial myxoma), infections (abscesses esp in the abdomen, mycobacterial, endocarditis UTI, CMV, EBV, HIV, amoebic abscess, visceral leishmaniasis, brucellosis, inflammatory conditions (Still's disease, polyarteritis nodosa, SLE, temporal arteritis, polymyalgia rheumatica, rheumatic fever), undiagnosed habitual hyperthermia.

2. Nosocomial: nosocomial infections, post-operative complications, drug fevers.

3. Neutropenic: majority due to infections but cause only found in 40-60%. Some are likely to be viral causes where the exact diagnosis is difficult to establish.

4. HIV related: HIV effect, typical and atypical mycobacteria, CMV, lymphoma, toxoplasmosis.

The most treatable cause of FUO which is otherwise life-threatening is disseminated TB often without the characteristic miliary pattern on Chest Xray, or extrapulmonary disease without clearly localising features. Many have a negative tuberculin test. The ESR is usually raised and anaemia is common. Sputum for AAFB is only positive in one fourth. However lung and liver biopsies show granulomas in 80-90% of the disseminated group.

In a setting where TB is common and TB culture or biopsy facilities are unavailable the most valuable final test is a trial of TB therapy using drugs which do not affect other organisms e.g. INAH, ethambutol and pyrazinamide. If there is no change in the fever pattern within one week (and absolutely within two weeks) this is not TB. If there is a good response, add rifampicin to prevent any danger of resistance building up.

In a high-income-country the minimum diagnostic evaluation includes a good history and repeated examinations, complete blood count with differential and platelet count, liver function tests, urinalysis with microscopic examination, Chest Xray, ESR, Antinuclear factor, rheumatoid factor, angiotensin converting enzyme, routine blood culture (x3) while not receiving antibiotics, cytomegalovirus and EBV IgM antibodies or virus detection in blood, heterophile antibody test in children and young adults, tuberculin skin test, CT of abdomen or radionuclide scan, HIV antibodies or virus detection assay.

Gunnar Holmgren
Överläkare
Infektionskliniken
Jönköping

References

- Oxford Textbook of Medicine. Weatherall et al. 1996. 3rd Edition. OUP. Oxford. 1015-1020
Arnow PM and Flaherty JP. Fever of unknown origin. Lancet 1997; 350: 575-580
Durack D Street A. Fever of unknown origin - reexamined and redefined. In: Remington J. Swartz M. eds. Current Clinical Topics of Infectious Diseases. St. Louis. MO: Mosby-Year Book Inc.; 1991:35

Globala infektioner

Infektioner som är vanliga i låginkomstländer men ovanliga i Sverige

En femdagars utbildning för blivande infektionsläkare och andra läkare med intresse för hälsa i låginkomstländer. Kursen ges i Jönköping. Antal kursdeltagare är maximerat till 25.

Kursdatum: 2 - 6 november 2009

Plats: Sjöakra kursgård, Bankeryd

Kursavgift: 6000 kronor, kostnad för logi tillkommer. Rum finns förbokade på Sjöakra kursgård, för prisuppgift och bokning kontakta kursgården. www.sjoakragarden.se

Målgrupp: Barn- och ungdomsmedicin, Allmänmedicin, Infektionssjukdomar

Kurssekreterare:

Helena Andén, Futurum
helena.anden@lj.se

Kursansvariga:

Bo-Eric Malmvall
Professor/chef Futurum
Jönköping

Gunnar Holmgren
Överläkare
Jönköping Infektionskliniken

Anmälningsblankett finns på www.lj.se/futurum under rubriken kurser.

Feber hos invandrare och svenska resenärer

Detta är en sammanfattning av ett symposium som hölls vid Svenska Läkaresällskapets Riksstämman i Göteborg i november 2008. I symposiet har vi utslutit virusorsaker till feber utan behandlar enbart parasiter och bakteriegener.

Det gångna decenniet har allt fler rest till exotiska resmål med risk att infekteras med tropiska sjukdomar och resistenta bakterier. Vi har också ett ökat antal invandrare som besöker sina hemländer. Även om flertalet är friska då de kommer hem vill vi uppmärksamma på några allvarliga infektioner.

I en multinationell undersökning 1997 – 2006 på ”GeoSentinel sites” (= kliniker med tropikmedicinskt kunnande) (1) analyserades 24 920 resenärer till sex kontinenter. 28 procent av dessa hade feber, varav en tredjedel utan andra symptom. Flertalet feberepisoder debuterade inom två veckor efter resan, fast senare debut noterades bland 73 % av patienterna med vivax malaria och hos 35 % vid falciparum malaria. Av patienterna med feber berodde 21 % på malaria, 15 % på tarminfektioner, och 14 % på luftvägsinfektioner. I 22 % av fallen påvisades ingen orsak. Totalt dog 12 patienter (0,048 %) bland resenärerna med feber.

Malaria

Dödligheten i malaria beror till stor del på hur snabbt diagnosen ställs. Det är därför avgörande att i anamnes få fram att risk för malariaexposition förelegat och att man har program för snabb diagnos och behandling. Inte sällan söker patienten sent varför det är en absolut skyldighet att informera alla resenärer i samband med vaccination och övrig rådgivning om vikten att snabbt söka läkare vid feber och att upplysa om att man varit i malariaområden. En allt större andel av patienter med anmäld malaria i Sverige är födda utomlands och infekteras vid besök i hemländerna. Bland rapporterade fall dominerar Afrika stort. I enstaka fall drabbas resenärer som varit i Asien och ett fåtal patienter efter besök i Sydamerika.

Bakteriella infektioner hos vuxna

Ett stort och snabbt accelererande problem är den ökande förekomsten av antibiotikaresistens hos gramnegativa bakterier (2). En aktuell svensk undersökning av resenärer från resmål som Thailand, Indien och Egypten visade att närmare en tredjedel av resenärerna bar på resistenta bakterier vid hemkomsten. Alarmerande siffror om resistensläget publiceras från många länder,

inte minst från Sydostasien. Från Thailand rapporteras att 40 % av *E.coli*-stammarna från 2006-2007 var ESBL-producerande (3). I Indien finns sjukhuskliniker där över 70 procent av framodlade *E. coli* rapporterats vara resistenta mot tredje generationens cefalosporin bland sjukhusvårdade patienter med urinvägsinfektion. Även kinolonreistensen hos gramnegativa bakterier som *E. coli* och *Salmonella typhi* är ytterst oroväckande och ökar mortaliteten vid tillstånd som tyfoidfieber eftersom förstahandsbehandlingen ofta misslyckas. En aktuell sjukhusbaserad studie från Tanzania visade att sepsis orsakad av gramnegativa bakterier hos yngre var en dubbelt så vanlig dödsorsak som malaria (4).

Sjukhusvård i länder utanför Skandinavien ger även en betydande risk att ta med sig hem meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA). Det ökande utbudet av ”medicinsk turism” med erbjudande om kirurgiska ingrepp i högendemiska länder för MRSA innebär en betydande fara för den enskilde patienten att koloniserar med nya utmaningar för vården i Sverige.

Det är viktigt att uppmärksamma möjligheten av tuberkulos vid symptom utöver hosta även svullna körtlar, oklar feber eller knölros. Tuberkulos är vanligt i de flesta länder utanför Europa och även förekomsten av antibiotikaresistens bland tuberkulosstammarna ökar oroväckande i många länder. Tuberkulosmitta sker oftast i en nära hemmiljö eller efter en längre tids kontakt, och merparten av alla som insjuknar i tuberkulos sjukdom i Sverige visar sig ha en reaktiverad postprimär TB med unika genotyper av *M. tuberculosis*. Dock ses enstaka fall av resenärer som uppenbarligen har smittas under resan trots kort exposition och några månader insjuknar med en tuberkulos primärinfektion.

Vid feber och utslag bör man överväga möjligheten av mer ovanliga bakteriella infektioner som sekundär syfilis eller olika former av rickettsios.

Tänk också på möjligheten av leptospiros efter kontakt med av djurspillning förorenat vatten. Denna sjukdom är endemisk bland annat på Andamanerna efter monsunregnen, men kan ses i många tropiska länder. Även om leptospiros i flertalet fall ger allmänna och ospecifika symptom är obehandlad infektion inte sällan är dödlig på grund av njursvikt och blödningskomplikationer. Bland svenska fall av legionellos 2007 var 41 % smittade utomlands. Vanligaste länder var Spanien, Thailand och Italien (SMI-statistik 2007). Vid långvarig feber efter vistelse i Mellanöstern eller i Latinamerika bör brucellos övervägas. En vanlig infektionsväg för *Brucella* är intag av förorenade mejeriprodukter.

Exotisk feber hos barn

Barn får generellt fler infektioner än vuxna på grund av att de ännu inte utvecklat immunologiskt minne. Infektioner som är vanliga i Sverige är också vanliga utomlands, framförallt luftvägsinfektioner. Risken att insjukna i tyfoidfieber vid utlandsvistelse har undersökts i Stockholm 1997–2003 (5) med ett odds ratio i åldern 0-6 år på 13,6 mot 22,1 vid ålder 7-18 år, 10 mellan 19-45 år och 2,7 vid ålder 46-65 år. Barn löper således betydligt högre risk än vuxna.

För barn finns inget motsvarande Geo-studien. I en liten schweizisk studie där man under och efter resan följde föräldrar och barn fann man ingen skillnad i infektionssymtom när bägge befann sig i främmande miljö (6).

Hos 91 barn, som under en 2-årsperiod undersöktes vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus för malaria eller dengue p.g.a. feber, diagnostiserades 8 barn med malaria och 2 med dengue, bakteriell gastroenterit hos 15 % varav 1/3 hade tyfoid. Under en 10-årsperiod har sjukhuset vårdat 30 barn för tyfoid. Inget av dessa barn (2–16 år) debuterade med diarréer men väl med feber, påverkat allmäntillstånd och buksmärter. CRP vid första kontakten varierade mellan 12–256 mg/l.

I en genomgång av Cochrane 2007 presenteras 35 studier rörande behandling av tyfoid, men endast 4 berörde barn (7). Fluorokinoloner har en något snabbare effekt än ceftriaxon. Man finner ingen skillnad mellan behandlingstid 5 och 7-10 dagar. Däremot har resistens betydelse för utfallet och en ökande resistens mot cefalosporiner och kinoloner ses i många länder. Detta gör att azitromycin blivit en alltmer rekommenderad behandling. En vanlig dos är 20 mg/kg kroppsvikt under 5 dagar.

Risken för verifierad bakteriell gastroenterit som leder till besök hos sjukvården är generellt låg även om den är 10–20 gånger större efter besök på exotiska platser än om man besöker Spanien eller bor i Stockholmsområdet. I tabell presenteras situationen under 2007 i Stockholmsområdet för salmonella. För denna tabell har vi hämtat information från Resurs AB vad gäller resandet och räknat med att 27 % av resande kommer från Stockholmsområdet varav 13 % var barn.

Tabell

Resor barn (0–17 år) Stockholm 2007

	Beräknat antal resor (oberoende av längd)	Anmälan smittskydd salmonella	
Spanien	42 427	8	0,02 %
Thailand	15 580	65	0,4 %
Indien	1 719	9	0,5 %
Turkiet	10 680	13	0,1 %
Afrika	10 424	17	0,2 %
Stockholm	427 935	44	0,01 %

Vid primär tuberkulos hos barn är feber ett relativt vanligt symptom och ses hos upp mot 70 % av patienterna. Tänk på tuberkulosexposition vid långvarig feber efter besök i områden där tuberkulos är vanlig, men också bland invandare i Sverige från länder med hög prevalens av tuberkulos. Störst risk har invandrare som åker tillbaka och hälsar på släktingar. Det är sällan svenskfödda turister får denna närbild med tuberkulos under resa. Av klinisk tuberkulos bland barn i Stockholm 2002–2008 var det bara 4 av 95 fall som sågs efter resa, 45 fall sågs bland dem som nyligen invandrat till Sverige och 46 fall var smittade i Sverige (opubl).

Vid lever-, och mjältförstoring bör man i alla åldrar särskilt tänka på leishmaniasis, brucellos, trypanosomiasis, malaria, histoplasmos, echinococcus. Vid leverpåverkan är differentialdiagnos hepatit och andra virala febrar. Man bör också överväga möjligheten av infektion med leverflundra och leptospiros. Vid njurpåverkan är utöver bakteriella infektioner också virala febrar och schistosomiasis möjliga orsaker. Det är inte ovanligt att patienter kan ha flera infektioner samtidigt.

Ärftliga febrar

Bland invandrade, framförallt från medelhavsområdet, är ärftliga febrar en viktig differentialdiagnos. Mest vanliga i gruppen är familjär medelhavsfeber och beror på en störning i det medfödda immunförsvaret. Tillståndet leder till upprepade episoder med feber och kraftig inflammatorisk reaktion. Obehandlad är risken stor att utveckla komplikationer med bland annat amyloidos. Upprepade buksmärter och feber kan medföra att patienten opereras på misstanke om bukinfektion och i efterförloppet får sammanväxningar och andra problem. Det är nu möjligt att genetiskt kartlägga defekter hos en del av dessa patienter och remiss till barnreumatolog rekommenderas vid återkommande feber där man inte funnit någon säker infektionsförklaring.

Författare

Rune Andersson (FoU-centrum Skaraborgs sjukhus, Skövde)

Stefan Berg (Avd för pediatrik, Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus, Göteborg)

Leif Dotevall (Smittskyddsenheten Västra Götalandsregionen)

Margareta Eriksson (Enheten för infektionssjukdomar, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm)

Lars Rombo (Infektionskliniken, Mälarsjukhuset, Eskilstuna)

Referenser

1. Mary E. Wilson, Leisa H. Weld, Andrea Boggild, Jay S. Keystone, Kevin C. Kain, Frank von Sonnenburg, and Eli Schwartz, for the GeoSentinel Surveillance Network

Fever in Returned Travelers: Results from the GeoSentinel Surveillance Network
Clinical Infectious Diseases; 44: 1560–1568.

2. Cars O, Högberg LD, Murray M, Nordberg O, Sivaraman S, Lundborg CS, So AD, Tomson G. Meeting the challenge of antibiotic resistance BMJ. 2008 Sep 18;337:a1438.

3. Kiratisin P, Chattammanat S, Sa-Nguansai S, Dan-subutra B, Nangpatharapornthawee P, Patthamalai P, Tirachaimongkol N, Nunthanasup T. A 2-year trend of extended-spectrum beta-lactamase-producing *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* in Thailand: an alert for infection control. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2008 May;102(5):460-4.

4. Blomberg B, Manji KP, Urassa WK, Tamim BS, Mwakagile DS, Jureen R, et al. Antimicrobial resistance predicts death in Tanzanian children with bloodstream infections: a prospective cohort study. *BMC Infect Dis* 2007;7:43.

5. Ekdahl K, de Jong B, Andersson Y. Risk of travel-associated typhoid and paratyphoid fevers in various regions. *J Travel Med* 2005;12:197-204.

6. Newman-Klee C, D'Acromont V, Newman CJ, Gehri M, Genton B. Incidence and types of illness when travelling to the tropics: A prospective controlled study of children and their parents. *Am J Trop Med Hyg* 2007;77:764-769.

7. Thaver D, Zaidi AK, Critchley J, Madni SA, Bhutta ZA. Fluoroquinolones for treating typhoid and paratyphoid fever (enteric fever). *Cochrane Database Syst Rev* 2005;18:CD004530.

Svensk förening för resemedicin

Som alla vet består vår förening av tre sektioner – tropikmedicin, resemedicin och internationell hälsa. Sektionen för resemedicin tillkom för ca 10 år sedan med ambitionen att verka för resemedicinska frågor och som ett alternativ till att bilda en separat resemedicinsk förening, vilket har varit fallet så nära oss som i Danmark.

Även om alla sektioner har varit tillgängliga också för dem som inte är läkare har den absoluta majoriteten av medlemmarna läkarexamen och föreningen har därför naturligt nog fokuserat aktiviteter på den yrkesgruppen, exempelvis genom att ha årsmöten och vetenskapliga presentationer på medicinska riksstämman. Föreningen är också en sektion som ingår i Svenska läkarsällskapet med samma konsekvens – vi uppfattas som en förening med tonvikt på läkaraktiviteter.

I motsats till tropikmedicin och internationell hälsa är det sjuksköterskor som svarar för den absolut största delen av resemedicinsk verksamhet i Sverige.

Vi har dock inte lyckats rekrytera sjuksköterskor till vår förening i någon nämnvärd omfattning. I november förra året föreslog jag därför tillsammans med Lars Lindquist att den resemedicinska sektionen skulle frigöras och att föreningen skulle återgå till att bara innehålla två sektioner – tropikmedicin och internationell hälsa. På så sätt kunde vi bättre anpassa aktiviteter till sjuksköterskegruppen och också bli en mer naturlig remissinstans för SMI och Socialstyrelsen i frågor som rör resemedicin.

En ny förening för resemedicin kommer att bildas under hösten. Alla yrkeskategorier är naturligtvis välkomna som medlemmar också i denna förening. Har du förslag på styrelsemedlemmar är jag tacksam om du maila dina förslag till larsrombo@telia.com.

Jag beklagar djupt om mitt förslag har lett till att styrelsen inte anser att resterande två sektioner kan fortsätta ”på egen hand”.

Lars Rombo

Protokoll från Styrelsemöte

Svensk Förening för Tropikmedicin, Resemedicin och Internationell Hälsa,
2009-02-10, SLS

Närvarande: Gunnar Holmgren, Urban Hellgren och Åsa Ljungh

- § 1 Gunnar öppnade mötet och hälsade de närvarande välkomna.
- § 2 Det magra medlemsintresset och misslyckan det att rekrytera styrelsemedlemmar gör att vi sannolikt bör upplösa föreningen. Detta trots gediget intresse för såväl den svensk-etiopiska kursen på KI (4v + resa), den SK-liknande kursen i Jönköping som rekrytering till Läkarbanken och Skandinaviska läkarbanken för arbete 6 - 8 veckor i u-land. Den svenska Läkarbanken finansieras delvis av Rotary och Erikshjälpen.
- § 3 I de senaste stadgarna (911128) står inget om formerna för upplösning. Gunnar hör med SLS, om de har riktlinjer. Lars R:s och Lars L:s förslag om delning av kapitalet får vi ta ställning till efter detta. Vi har utlyst stipendier för 2009 – 3 x 25 000:-, har kostnader för TropikNytt och en del reseräkningar mm. En person bör hyras in för att sammanställa räkenskaper fram till 30 okt och även de fram till halvårsskiftet, så att vi kan överlämna dem till revisor, Stig Cronberg, ev. även till Sven Blomquist, Därmed skulle avgående styrelse kunna beviljas ansvarsfrihet.
- § 4 Gunnar hör med Infektionsläkarföreningen, om vi skulle kunna gå upp som en sektion i deras förening och Urban hör med Referensgruppen för parasitologi, om vi skulle kunna associeras med dem.
- § 5 Marianne Jertborn och Åsa granskar stipendieansökningarna.
- § 6 Vi enas om, att ett värdigt avslut på vår förening är, att vi ger ut TropikNytt och informerar samtliga medlemmar om läget. Eventuella konstruktiva förslag som reaktioner på detta kan beaktas vid ett avslutande möte i Stockholm i början av juni.
- § 7 I det planerade numret av TropikNytt kan Gunnar ge en historik över föreningen och skriva informationen om avslut till medlemmar. Åsa skriver om gastrotintestinala parasiter (?) och Urban om aktuellt om malaria.
- § 8 Mötet avslutades i dyster stämning.

Vid protokollet

Åsa Ljungh

Verksamhetsberättelse

för Svensk Förening för Tropikmedicin under perioden
november 2007 – november 2008

Styrelsen har under året bestått av Gunnar Holmgren (ordförande), Åsa Ljungh (sekreterare), Bo Claesson (vetenskaplig sekreterare) Roland Boij (redaktör för TropikNytt), Inger Ljungström (ordinarie ledamot), Urban Hellgren (ordinarie ledamot), Lars Lindqvist (ordinarie ledamot). I avsaknad av kassör har Lars Rombo fortsatt att betala räkningar och göra det mest akuta arbetet som behövdes med föreningens kassa under året.

Aktiviteter

Under året har vi haft två styrelsemöten, i februari och september. I mellanperioden har styrelsen haft underhandskontakter via e-post.

Föreningen har haft representanter i Referensgruppen för parasitologi (Marianne Lebbad) och i Smittskydds-institutets referensgrupp för malariaproylax (Anders Björkman).

Lars Rombo och Lars Lindqvist har för föreningens räkning deltagit i ledningen för North European Congress in Travel Medicine i Helsingfors som blev av 21-25/5 2008. Lars Rombo var bl.a. moderator för ett seminarium om baltiska sjukdomar

På medicinska Riksstämman år 2007 i Stockholm ordnade föreningen en gästföreläsning:

- Markus Maeurer höll en mycket uppskattad Elias Bengtsson gästföreläsning om immunologins roll i TBC vaccinforskning. Det blev mycket diskussion efteråt.
- Vid läkarstämman 2008 i Göteborg blir det Sven Britton som ger Elias Bengtsson föreläsning om Buruli sår och lepra – en nyfödd respektive döende mykobakterie-infektion.
- Det blir även ett stort jubileumssymposium 2008 om Global Health in a New World med bl.a. Hans Rosling från IHCAR och Richard Horton från Lancet som medverkar.

Två nummer av Tropik Nytt har utgivits, den första med rubriken: Hälsoinsatser vid katastrofer – en utmaning och ett dilemma. Johan von Schreeb från Läkare-utan-gränser och Martin Wahl som är Regional beredskapsöverläkare i Västra Götalandsregionen var huvudförfattare. De speglade två olika organisationers svenska insatser vid katastrofer. Det andra numret hade rubriken Gastroenterit i låginkomstländer med Bo-Eric Malmvall och Gunnar Holmgren som huvudförfattare men hade även tre artiklar från föreningens stipendiater och deras forskning.

Den Svensk – Etiopiska kursen i Tropiska Infektionssjukdomar blev inte av under 2008 men planeras igen för våren 2009 med teoretisk del på Huddinge och studieresa till Etiopien därefter.

Förberedelsekursen i Jönköping, Hälsoinsatser i Låginkomstländer (HILL), för läkare och sjuksköterskor som skall arbeta med hälsobistånd hölls under 8 veckor, mars till maj 2008. Nästa planeras för samma period 2009.

April 24 - 25 2008 var det en konferens om Internationell Hälsa i Jönköping med rubriken ”Vi till världen - världen till oss” för att fira 200 år av Läkar-sällskapet i Sverige. Flera av föreningens medlemmar deltog som föreläsare och Bo-Eric Malmvall och Gunnar Holmgren ledde konferensen. Vi hade även ett internationellt inslag med Professor Malcolm Molyneux från Liverpool School of Tropical Medicine och Malawi som föreläste om ny forskning ang. malaria. Ungefär 100 läkare var närvarande.

Stipendier

Tre nya stipendier för 2009 (3x25 000 kr) är utlysta till våren och annonserades i Tropik Nytt. Styrelsen har sett det som ett krav att de som får stipendierna skall vara medlemmar i föreningen och skall ge en rapport i form av en artikel i TropikNytt.

Möjlig namnändring

Diskussion har pågått om en slagfärdig förkortning av namnet till föreningen t.ex. Svetri eller Swetri. Vi gärna ser fler förslag för att föreslå bra alternativ till nästa årsmöte. Ett annat förslag var **I₃** alltså **I trre** för **Inter** nationell Hälsa, **Tropik** Medicin, **Res**emedicin.

Valberedningen

Under året har valberedningen bestått av Hans Rosling och Mats Wahlgren (sammanställande) med hjälp av Per Björkman som avgick förra året men skulle hjälpa till för det nuvarande året.

Revisorer

Revisorer har varit Sven Blomqvist och Stig Cronberg.

Hemsidan

Hemsidan har inte kunnat uppdateras då de två personer som vi hoppades på inte kunde ställa upp

Gunnar Holmgren
Ordförande
Jönköping 2008-11-20

Svensk förening

för Tropikmedicin, Resemedicin och Internationell Hälsa

Tropikmedicinens rötter i Sverige

Missionssjukvård blev den första kontakten mellan svensk sjukvård och tropikmedicin. De tre första hedersmedlemmarna (Fredrik Kugelberg - Sydindien, Georg Palmaer - Kongo, och Ruth Svensson - Kina) inom Svensk förening för tropikmedicin var missionsläkare. Vår första internationellt erkända forskare inom tropikmedicin var Ruth Svensson som disputerade i parasitologi vid Uppsala universitet 1934 utifrån erfarenhet av arbete vid Peking Union Medical College, Kina 1920-25.

Vidgat svenskt intresse för Tropikmedicin

År 1953 uppmärksammade Gunnar Redell, docent i kirurgi i Umeå, Olle Gabinus, dåvarande chef på epidemisjukhuset (numera infektionskliniken) i Jönköping ett problem som Svenska missionsrådet brottades med. Sverige saknade kapacitet för diagnostik och behandling av svenska missionärer, som kom hem med en tropikmedicinsk åkomma. Man kalkylerade att ett hundratal fall årligen hade behov av sådan hjälp inräknat missionärer, sjömän och andra utlandssvenskar och besökare från tropiska länder. Man vädjade till Olle Gabinus att åta sig uppgiften att etablera ett tropikmedicinsk center i Jönköping. Gabinus var mycket intresserad och med finansiering från missionsrådet och uppmuntran och godkännande (men ingen finansiering) från Medicinalstyrelsen åkte Gabinus till London under hösten 1953 för studier vid London School of Tropical Medicine and Hygiene. Han diskuterade bl a med professor Woodruff om fortsatta studier och fick rekommendationer för tjänstgöring i Nairobi. Dessa planer fick dock skjutas fram pga den svåra polioepidemin under 1953 och 1954 i Jönköping.

Medicinalstyrelsen hade uttryckt samma förhoppning som ovan nämligen att efter vidareutbildning, skulle Olle Gabinus etablera ett center för diagnos och behandling av patienter med tropikmedicinska problem. Detta blev verklighet när patienter från hela landet med sådana åkommor sedan reste till Jönköping för utredning och behandling.

Elias Bengtsson vid Roslagstull sjukhuset i Stockholm blev mycket engagerad i ämnet och under 1960-talet for han med familjen till England för ett halvårs studier.

Under denna period fanns en grupp pediatriker i Uppsala med professor Bo Vahlqvist, Stig Sjölin och Yngve Hofvander i spetsen. De etablerade och utvecklade kontakter med Etiopien under 1950- och 1960-talet, som så småningom ledde till Ethio-Swedish Pediatric Clinic i Addis Abeba som öppnades 1957 och senare även Ethiopian Nutrition Unit under 60-talet.

Intresset väcktes för tropikmedicin bland akademiker och studenter vid flera universitetssjukhus, samtidigt som ett bredare intresse för internationella hälsofrågor och biståndsbehov växte fram hos läkare och sjuksköterskor.

Behovet av förbättrad kunskap i tropiska sjukdomar blev uppenbart år 1960 vid den svenska FN-insatsen i Kongo. Detta var det andra tillfället i svensk militärhistoria med stridande förband i tropiskt klimat. Den första var i Centralamerika under vårt koloniala skede.

Tropikläkarklubben 1961

Intresset av att ha ett gemensamt forum för utbyte av idéer och forskning kring tropikmedicin och närbesläktade ämnen ökade mot slutet av 50-talet. Inbjudan kom från Lennart Walldén vid Samariterhemmet i Uppsala som i en artikel i Läkartidningen uppmanade universitetsanslutna kollegor att sluta upp vid ett konstituerande sammanträde för bildandet av en Tropikmedicinsk förening. Sammanträdet ägde rum den 30 november 1961 vid Roslagstull sjukhus. Det kom 28 kollegor, de flesta med mycket lång erfarenhet från mission i Afrika. Olle Gabinus valdes till ordförande, Walldén till vice ordförande och Elias Bengtsson till sekreterare. Föreningens namn blev Tropikläkarklubben med Ruth Svensson (se ovan) som första ledamot. Majoriteten i klubben var i början pediatriker, mikrobiologer och allmänläkare, men senare dominerade infektionsläkare. Årsavgiften sattes till 10 kronor och två sammankomster per år planerades. Den 30 november 1963 fastslogs stadgarna. Klubben började anspåklöst mest som referens- och diskussionsforum men utvecklades till en lobbyförening för att bredda intresset för ämnet och få igång forskning och utbildning inom sfären.

Så småningom blev det ett värmöte samtidigt med infektionsläkarmötet och ett möte vid tiden för läkarstämman.

Idag inkluderar föreningens möte vid riksstämman en gästföreläsning, numera Elias Bengtsson-föreläsning, en presentation av forskningsarbeten inom ämnet samt ett symposium helst med en eller flera av de andra sektionerna inom Läkarsällskapet.

Kontakt etablerades med nämnden för internationellt bistånd (NIB), sedemera SIDA, men även med Rädda barnen, Röda Korset, Afrika Grupperna och missionsorganisationer. På senare år har kontakter etableras med Läkare Utan Gränser och ledning för universitet- och medicin högskolor både i Sverige och utomlands.

Medlemmar inom föreningen har varit eldsjälar för att öka intresset och kunskapen om Tropikmedicin, Resemedicin och Internationell Hälsa. För att få i gång bra utbildning, forskning och biståndsprogram för att förbättra hälsan i andra länder, har ett antal sådana satsningar gjorts.

Utbildning i Tropikmedicin och Internationell Hälsa

Studenter: Medicinare i Stockholm önskade en frivilligkurs i tropikmedicin och år 1961 började den första kvällskursen med Elias Bengtsson och Åke Ljunggren. Senare började liknande kvällskurser i Internationell Hälsa vid Göteborgs universitet med Lotta Mellander och så småningom också i Uppsala, Malmö, Umeå, Linköping och Jönköping.

Dessa kvällskurser utvecklades vid ICH (International Child Health Unit), Uppsala till en heltids 5 poängskurs i Global Medicin. Så småningom fick 100 studenter per år gå denna valfria kurs i Uppsala inklusive en 2-veckors studieresa till ett land i Afrika eller Asien. Konceptet föll väl ut och nu erbjuds liknande kurser vid alla medicinhögskolor i Sverige förutom Umeå.

Läkare: Den första heltidskursen för läkare i Tropikmedicin etablerades 1963 i Stockholm med Elias Bengtsson. Så småningom blev detta ett samarrangemang med Köpenhamns universitet och kursen alternerade mellan dessa städer. Målgruppen var blivande infektionsläkare och det ordnades en kursstudieresa till Etiopien med Sven Britton. Den s.k. diplomkursen hålls nu vartannat år med ett 20 tal deltagare främst från Sverige.

I bl.a. Stockholm och Uppsala erbjöds en 1-veckas NLV- och nu senare SK-kurser i Tropikmedicin och i Internationell hälsa. Idag finns det bara två av dessa kvar som erbjuds årligen i Stockholm och Jönköping.

Förberedelsekurser för biståndstjänst: Studentrevolutionsåret 1968 uppvaktade en grupp medicin-studerande Tage Erlander. De framförde behovet av utbildning för läkare för tjänstgöring i fattigare länder. År 1973 började en 10-veckors förberedelsekurs i U-landshälsovård vid Samariterhemmet med Hans Einar von Holst tillsammans med Yngve Hofvander och med vissa veckor vid Roslagstulls sjukhus med Elias Bengtsson.

År 1977 etablerades International Child Health Unit, ICH, vid Akademiska Sjukhuset. Under de första 20 åren utbildades 1200 läkare och sjuksköterskor för tjänst i fattigare länder.

Internationell folkhälsa: Folkhälsoutbildning med fokus på hälsa i låg-inkomstländer etablerades vid ICH, Uppsala och Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg. Umeå universitet, och IHCAR (International Health Care Research), Karolinska Institutet, Stockholm har liknande utbildning.

Svensk förening för Tropikmedicin 1984

År 1976 kom förslaget om att ansöka att bli en sektion i Läkarsällskapet med namnändring till Svensk förening för Tropikmedicin. Detta förverkligades dock inte förrän 1984.

De viktigaste ämnena som behandlats vid föreningens sammankomster har varit: malaria, amoebiasis, giardiasis, leishmaniasis, helmintoser såsom schistosomiasis, echinococcus, filarios samt lepra, pediatrik, kolera, nutrition, HIV/AIDS, TBC, internationell mödrahälsovård, resemedicin, tropik kirurgi, .

Internationellt kända gästföreläsare, de flesta vid läkarstämman, har inkluderat Dennis Burkitt, Brian Maegraith, H.M. Gilles, R. Henrickse, Chris Murray, Kevin Marsh och Ron Behrens.

År 2003 50-år efter Olle Gabinus start inom Tropik Medicin hölls ett 2-dagars jubileumssymposium i Jönköping där allting startade med inlägg av Professor Jayaprakash Muliyl från CMC Vellore Indien och många av våra bästa Svenska forskare och kunniga inom ämnet. Det blev en stor tillslutning och Ann-Magreth Olinder-Nielsen inledde med en historisk presentation om Olle Gabinus och hans pionjär insats.

Svensk förening för Tropikmedicin, Resemedicin och Internationell Hälsa 2004

Vid årsmötet november 2004 togs beslutet om ytterliggare ett namnbyte som återspeglar verkligheten och föreningen försöker nu mer aktivt att engagera sjuksköterskor och annan hälsopersonal med dessa intressen.

År 2004 hölls för första gången i Sverige en halvdags konferens vid kirurgveckan i Jönköping kring ämnet Internationell Kirurgi med fokus på kirurgi i låg-inkomstländer. Roland Andersson och Johannes Järhult var inspiratörer till denna konferens. Från Sverige bidrog kirurger med lång erfarenhet i låg-inkomstländer, men även Peter Bewes och flera kirurger från andra länder lämnade värdefulla bidrag.

Som en del i 200-års firandet av Svenska Läkarsällskapet etablering var det en konferens i Jönköping om Internationell Hälsa med rubriken: "Vi till världen, världen till oss." Medverkande var Malcolm Molyneux från Liverpool/Malawi om Malaria, Lars Rombo om Resemedicin, Bo-Eric Malmvall om feberutredning från tropikerna, Per Hedman om klimatförändringar och effekten på Hälsa mm. Ungefär 100 läkare var närvarande.

Vid Läkarstämman 2008 var det en stor tema dag med symposium om Global Hälsa med Richard Horton, Hans Rosling, Sir Malcolm Marmot, Jan Eliasson, Anders Nordström, Sir David King mm medverkande.

TropikNytt 1987

Föreningsbladet Tropik Nytt startades 1987 med Mats Wahlgren som första redaktör. Sedan dess har två nummer per år publicerats med nyheter om viktiga ämnen

och forskning, som relaterar till föreningens intressesfär. Vi har haft på senare år internationellt kända författare som David Morley, Tropik pediatrikens fader, Yngve Hofvander, Svenska tropik Pediatrikens fader, Malcolm Molyneux internationellt känd inom malaria forskning, Peter Bewes, en fader figur inom Tropik kirurgi, Jerker Liljestrand, Gynekolog med bakgrund inom Internationell Mödrahälsovård i bl.a. WHO och Världsbanken och mängder av andra duktiga författare. Den senaste redaktören har varit Roland Boij, Gynekolog från Jönköping.

Här kommer det sista numret av denna tidskrift som är nummer 45. Det är från Jönköping där allt startade som denna sista TropikNytt kommer.

Forskning

Mycket aktiv forskning kom snabbt i gång, inte minst uppmuntrad av bl.a. Elias Bengtsson och Yngve Hofvander och senare Göran Sterky vid IHCAR (International Health Care Research) den enheten vid Karolinska Institutet, som skulle komma att fokusera på folkhälsoforskning i låg-inkomstländer. Vid epidemiologen, Umeå universitet inleddes liknande forskning. Banbrytande arbeten har gjorts av medlemmar inom ämnen som schistosomiasis, malaria, trypanosomiasis, leishmaniasis, lepra, HIV/aids, TBC, läkemedel, pediatrik och nutrition, folkhälsa, tropik kirurgi, mödrahälsovård och andra ämnen inom obstetrik/gynekologi, immunisering och nya vacciner. Kanske den mest kända forskningsgruppen är kring malaria som etablerades av Elias Bengtsson. Där har Anders Björkman, Lars Rombo och Mats Wahlgren varit ledande.

En del av forskningen har också skett inom missionssjukvården. Ingegärd Rooths unika långtidsstudier av malaria av ett helt samhälle vid Rufiji deltat i Tanzania, under Anders Björkmans ledning, är speciellt värt att notera. Andra av våra medlemmar har forskat i Ingegärd Rooths fotspår utifrån universitetskliniker som t.ex. Anna Färnert vars forskning vid Rufiji deltat har gett ny kunskap om malaria.

Liknande lysande forskning gjordes av Hans Rosling inom Afrikagrupperna i Mocambique angående Konzo, en förlamningssjukdom som orsakas av förtäring av dåligt avgiftad kassava. Hans arbete fortsattes av många andra bl.a. Thorkild Tylleskär, Linley Chiwona Karlton och många andra.

Medlemmar har också spelat en mycket viktig roll genom att bygga upp forskningssamarbete med länder i Afrika, Asien och Centralamerika och att handleda forskare från dessa länder fram till en avhandling. Många av dessa har sedan blivit nyckelpersoner vid universitet och institutioner i sina hemländer. Sida/SAREC har ofta varit finansierare vid dessa forskningssamarbeten.

Studenter och unga läkare har haft möjlighet att söka forskningsstipendier inom Minor Field Study programmet med finansiering från Sida. Medlemmar inom föreningen har ofta varit handledare och förmedlat kontakter i låg-inkomstländer för dessa studier.

Lars Rombo och Lars Lindqvist har som medlemmar inom föreningen ordnat två mycket framgångsrika skandinaviska konferenser i Resemedicin, där överskottet efter konferenserna lagt grunden till en stipendiefond för forskning under föreningens ledning. Resultaten av dessa arbeten presenteras bl.a. vid föreningens program vid läkarstämman.

Internationella kontakter

Föreningens medlemmar har mycket aktivt etablerat länkar till internationella organ inom ämnena Tropik Medicin, Resemedicin och Internationell Hälsa. Dessa inkluderar TropmedEurope, TropedEurope, Nordeuropeisk forum för Resemedicin osv. Många av medlemmarna har varit/är nyckelpersoner inom WHO, UNICEF, UNAIDS och andra internationella hälsoorgan.

Flera av medlemmarna är aktiva inom Linnaeus/Palme programmet genom att ordna utbytesprogram mellan svenska medicinhighögskolor och liknande skolor i Afrika, Asien och Latin Amerika. Flera av dessa program är nu väl etablerade och har stor betydelse för ökat intresse för våra ämnen.

Akademiskt erkännande av våra ämnen

Flera professurer inom ämnena har etablerats bl.a. tre vid Uppsala Universitet, två vid Karolinska Institutet, en vid Göteborgs Universitet, en vid Nordiska Hälsohögskolan och ett vid Lunds Universitet.

Master's utbildning inom våra ämnen har etablerats vid Uppsala, Stockholm, Umeå och Nordiska Hälsohögskolan i Göteborg.

Avslutning

När man tänker tillbaks 50 år, då Olle Gabinus började utveckla intresset i tropikmedicin, har det hänt mycket. Då fanns inget intresse för ämnet varken från svenska universitet, myndigheter eller bland de flesta läkare i landet. Ingen utbildning eller forskning pågick i ämnet.

Många eldsjälar har engagerat sig att öppna upp sinnen och intresset för ett bredare perspektiv av hälsa globalt, inte minst sådana ledare inom föreningen som inte redan nämnts, som Gunnar Gille, Daniel Perers, Birgitta Castor, Birgitta Evengård, Lars Rombo och många andra.

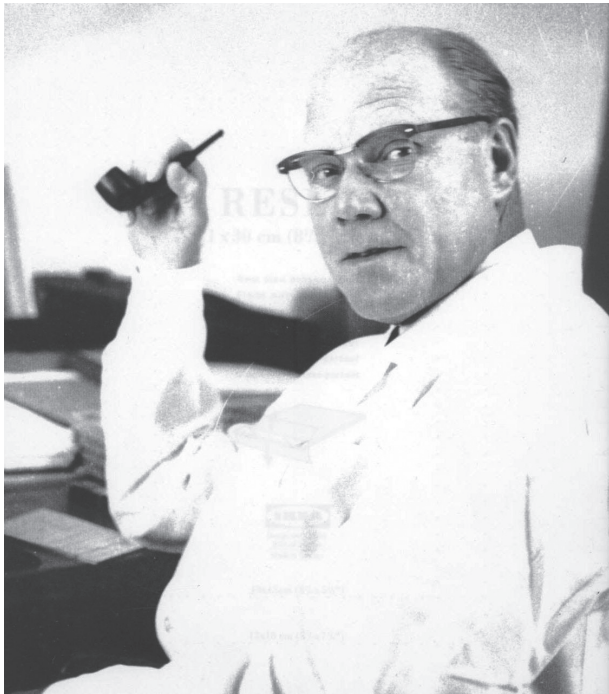
Just nu är intresset för kurser i Tropikmedicin, Resemedicin och Internationell Hälsa stort men ändå har vår förening drabbats av det avtagande intresset att vara med i en förenings styrelse. Vi har landat i situationen att inte ha en fullvärdig styrelse och ingen vald kassör. Vi är tacksamma för att vår förra ordförande och även kassör Lars Rombo har åtagit sig ansvaret att avsluta föreningens räkenskaper för att åstadkomma revisionsberättelse för 2008 och även 2009 fram till halvårsskiftet då sannolikt föreningen upphör.

Däremot kommer Resemedicinska grenen bilda en ny förening som ni kan läsa om i detta nummer av Tropik Nytt. Vi hoppas att många av våra 450

medlemmar blir medlemmar där. Vi hoppas kunna fortsätta att ge kurser och även stimulera till forskning i ämnet.

Vi önskar alla våra medlemmar, medarbetare inom föreningen och även alla andra som läser denna tidskrift allt väl inför framtiden och för att spegla vårt internationella fokus:

Hej då, Goodbye, Au revoir, Adiós, Até a vista (Portuguese), Salaam (Arabic), Bae mi go nao (Pijin), Kwa-heri (Swahili), Tíkala malámu (Lingala), Shalenipo (Lamba), Chisarai (Shona), Rhonanai (Xhosa), Salani kahle (Zulu)



Olle Gabinus - den første ordföranden

Referenser

Bengtsson Elias (1991) Tropikläkarklubbens-/föreningens första trettio år. TropikNytt. 10: 3-22

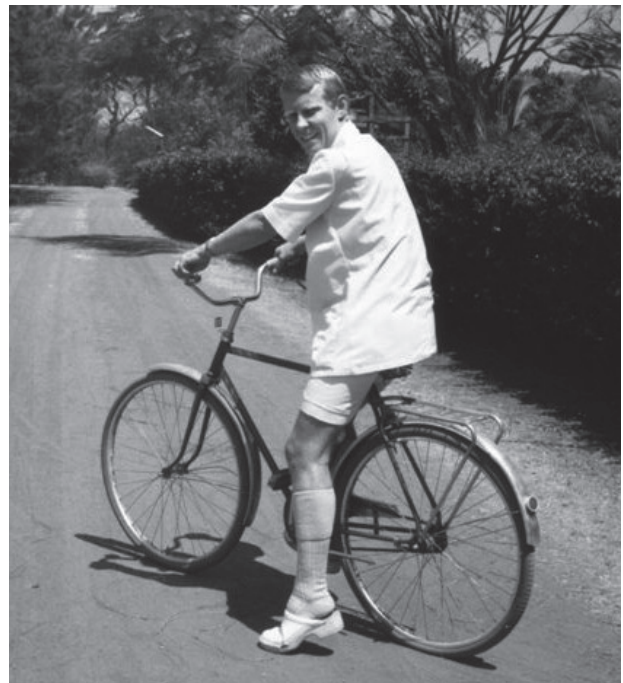
Evengård Birgitta (2001) Svensk förening för Tropik Medicin fyller 40 år - reflektioner inför framtiden. TropikNytt. 30: 4-5

Holmgren Gunnar. (2002) Nyttänkande insatser i missionssjukvårdens spår. Läkartidningen. 99: 2657-2659

Järhult Bengt, Järhult Gunlög, Järhult Johannes. (1999)

Ruth Svensson - parasitolog, missionsläkare, psykiater. Läkartidningen. 96: 3076-9

Gunnar Holmgren
Överläkare



Gunnar Holmgren - den siste ordföranden

Om tropikmedicinens rötter

-inom missionssjukvård

Svensk missionssjukvård utvecklades i tre faser. Under den första perioden, framför allt vid slutet av 1800-talet och början av 1900-talet, åkte missionärer till olika låginkomstländer. De upptäckte de enorma hälsobehoven och sjukdomsmisär och försökte så gott de kunde att lindra och hjälpa. Bland de första läkarpionjärer från Sverige fanns Karl Winqvist som 1883 anlände till dåvarande Abessinien (numera Eritrea) och Karl Walfridson som 1891 anlände till nedre Kongo. Han var troligtvis den första i världen som upptäckte trypanosomparasiten i blodutstryk, men det dröjde 10 år innan Ford och Dutton, 1901, bekräftade hans fynd. År 1911 började Georg Palmaer att bekämpa sömnsjukan i nedre Kongo.

Under den andra fasen framför allt efter första världskriget, etablerades dispensärer och hälsocentraler av svenska missionssjuksköterskor och barnmorskor. De hälsoinsatser som många av dessa åstadkom under ett helt liv går knappt att mäta. Ofta var de pionjärer som kunde vinna förtroende i byarna för "modern" biomedicinsk hälsovård.

Erik Söderström anlände 1920 till västra Etiopien och etablerade år 1934 sjukhuset vid Nakamte. Under en hel livstid, 1932-1960, byggde Elon Mattsson upp sjukhuset och hälsovården omkring Kibunzi nära Kongo floden.

Ruth Svensson var en banbrytande missionsläkarpionjär i Kina vid ett missionssjukhus i Hwangchow 1920-23 och 1923-25 vid Peking Union Medical College, som då var ett missionssjukhus. Hon disputerade senare inom parasitologi 1934 och var en av de första kvinnliga medicinarna i Sverige, som disputerade vid Uppsala Universitet.

Under den tredje fasen, framför allt efter andra världskriget, byggdes sjukhus med svenska läkare och en bred grupp annan hälsopersonal. År 1948 anlände Lars Vitus till Piet Retief i Sydafrika och så småningom anslöt han sig till det nya sjukhuset vid White River där Lenart Karlsson hade börjat arbeta 1957. Esbjörn Backström anlände till Kongo 1953 och etablerade en omfattande sjukvård vid Boshwe sjukhus, i den centrala Bandundu-provinsen. Det svenska missionssjukhuset vid Tiruppattur i södra Indien blev en tidig nyckelsatsning för att förbättra hälsan i området.

Slutet av kolonialeran var en brytningstid på många sätt och den påverkade även missionssjukhusen. I vissa länder skapades möjligheter till ett ännu bättre samarbete mellan missionen och regeringens hälsoprogram, då de självständiga länderna satsade mera resurser på att tillgodose hälsobehoven hos folket. I vissa länder kunde man ge finansiellt stöd till missionssjukhus för arbetet att bredda omfattningen av hälsoinsatserna. Men i andra länder var de nationalistiska känslorna sådana att alla missionssjukhusen övertogs och kom direkt under hälsoministeriet. I bland blev resultatet att regeringen så småningom förstod att de inte hade resurser att bedriva sjukvård och det blev ett "On-off" förhållande till missionen. Dialogen med hälsoplanerare var inte alltid lätt då missionens engagemang för de allra fattigaste och mest utsatta kom i konflikt med en hälsoplan som även skulle omfatta de som hade det bättre ställt och en starkare politisk röst.

Gunnar Holmgren
Överläkare

Kallelse till extra ordinarie årsmöte

I Svensk Förening för Tropikmedicin, Resemedicin och Internationell Hälsa

Tid: Tisdagen 9 juni 2009 kl 16.00

Plats: Svenska Läkaresällskapet, Trafvenfelt salen,
Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm

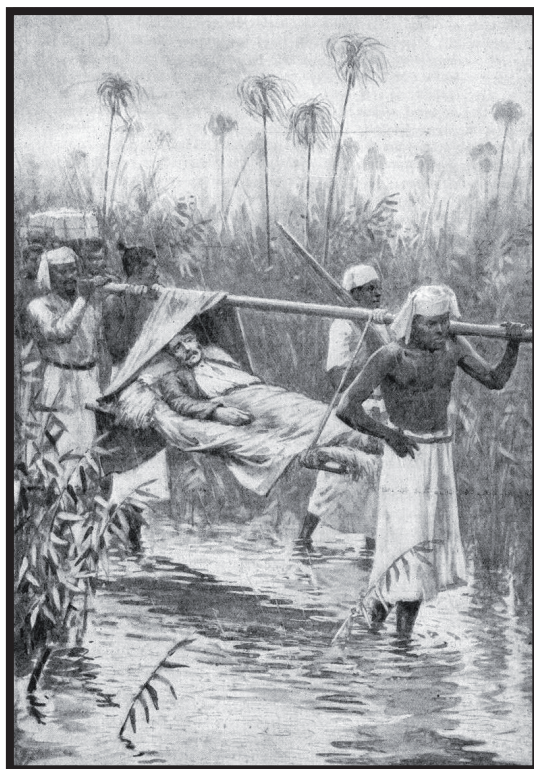
Dagordning:

1. Mötets öppnande.
2. Val av mötesordförande.
3. Val av två justeringsmän för protokollet.
4. Godkännande av kallelseförfarandet.
5. Godkännande av dagordning och eventuella övriga frågor.
6. Styrelsens verksamhetsberättelse för 2008.
7. Redogörelse för föreningens finanser samt revisionsberättelse.
8. Beslut om ansvarsfrihet för styrelsen för år 2008.
9. Beslut om Föreningens upplösning och information om Resemedicinska delens fortsättning
11. Övriga frågor.
12. Mötets avslutande.

VARMT VÄLKOMNA!

Gunnar Holmgren
Ordförande
Bankeryd

Åsa Ljungh
Sekreterare
Lund



Slutet av David Livingstone får illustrera slutet av TropikNytt