

SUNDHEDSFORHOLD

I

VIETNAM

Martin Smedebøl

1999

FORORD	3
VIETNAM	4
TAL OG STATISTIK	4
HISTORIE	4
BEFOLKNING	7
RELIGIONER.....	8
SYGDOMSPANORAMAET I VIETNAM	12
AIDS-SITUATIONEN I VIETNAM.....	12
CANCER I VIETNAM	12
BRANDSKADER	13
GENEREL KIRURGI, NEURO- OG HJERTEKIRURGI I VIETNAM	13
TANDLÆGEVIRKSOMHED I VIETNAM	14
MEDICINSKE SYGDOMME, GASTROENTEROLOGI OG INFEKTIONSSYGDOMME I VIETNAM.....	14
PSYKISKE LIDELSER I VIETNAM	16
SUNDHEDSFORHOLD FOR MOR-BARN I VIETNAM	16
SUNDHEDSVÆSENET I VIETNAM: ORGANISATION & ØKONOMI.....	18
DEN TRADITIONELLE MEDICINS ROLLE I VIETNAMS SUNDHEDSVÆSEN	21
ERFARINGER FRA MILITÆRMEDICINEN UNDER VIETNAMKRIGEN.....	23
PASTEUR OG YERSIN.....	25
YERSIN	25
PASTEUR.....	25
REJSEMEDICIN	27
RÅDGIVNING OG VACCINATION FØR UDREJSE	27
REJSEAPOTEKET	27
UNDERSØGELSE AF PATIENTER HJEMVENDT FRA TROPERNE	28
STØTTEPROJEKTER FRA DANMARK TIL VIETNAM	32
REFERENCER	35

Forord

Dette skrift om sundhedsforhold i Vietnam er primært udarbejdet som baggrundsmateriale til en studierejse med personer interesseret i sundhedsforhold. Studierejsen foregår i efteråret 1999.

Udvalget af oplysninger er naturligvis et resultat af forfatterens subjektive valg, men der er også en lang referenceliste, som kan give interesserede læsere mulighed for at søge uddybende oplysninger.

Arbejdet er skrevet i sommeren 1999 og alle tal er så op to date som muligt. Men forholdene i sundhedssektoren og i dens økonomiske forhold udvikler sig konstant, og derfor er informationer i dette skrift ikke statiske, men vil ændre sig løbende i de kommende år.

Dette skrift kan anvendes som referensramme og udbygges med egne oplevelser fra kontakt med Vietnam og det vietnamesiske sundhedsvæsen.

Det er også overladt til læserne at illustrere teksten med egne illustrationer og fotografier.

Vietnam

Tal og statistik

332.000 kvadratkilometer i areal
 77,9 millioner indbyggere
 årlig befolkningstilvækst 1,8%
 BNI pr. indbygger 320 US \$
 Vækst i BNI pr. indbygger 6,9%

Børnedødelighed under 5 år 65 pr. 1000 (61 for drenge og 67 for piger)
 Forventet levealder 61 år (mænd), 70 år (kvinder)
 40% af befolkningen er under 15 år
 Analfabeter i % af voksne befolkning 3% (mænd), 9% (kvinder)
 Procent af befolkningen, som lever på landet ca. 80%

Personer pr læge i 1993 ca. 2300
 Personer pr sygeplejerske i 1993 ca. 400
 Antal læger pr. 10.000 indbygger ca. 3,5
 Antal hospitalssenge pr 10.000 indbygger ca 33

Offentlige udgift til sundhedsvæsenet ca. 1,1% af GNP
 Offentlig udgift til sundhedssektoren ca. 3 US \$ pr person pr år
 Dækningsprocent for vaccination med difteri-tetanus-kighoste ca 83%
 Spædbarnsdødelighed 36 pr. 1000
 Mødredødelighed 120 pr 100.000

Vietnam hører til gruppen af lavindkomstlande defineret som lande med BMI under 765 US \$ i 1995. Landbruget bidrager med 35% af BNI og udgør eksistensgrundlaget for 80% af befolkningen. Industrisektoren tegner sig for 23% af BNI.

Generelt anses Vietnam for at have opnået bedre resultater vedrørende de fleste sociale indikatorer end andre lande med tilsvarende lave indkomster. Arbejdsstyrken er rimelig veluddannet og graden af analfabetisme lav. Tidligere har Vietnam gjort betydelige fremskridt mht. at skaffe befolkningen adgang på lige vilkår til indkomstskabende muligheder og til jord, samt til uddannelses- og sundhedsfaciliteter. Vietnam er en et-partistat, hvor kommunistpartiet kontrollerer statsmagten. Nationalforsamlingen med 395 medlemmer har den lovgivende magt.

Historie

En liste over dynastier i Vietnam går tilbage til et par tusind år før Kristus, hvor folkeslag slog sig ned i området omkring Den Røde Flods delta, hvor Hanoi og Haiphong ligger i dag. I følge sagnberetninger grundlagde man her et hierakisk agerbrugssamfund. Omkring år 100 f. Kr. blev området erobret af kineserne, som det først lykkedes at fordrive i år 939. Kinesernes liv og tankegang har haft stor indflydelse på det vietnamesiske samfund, der dog alligevel opretholdt sin egenart, idet der i den kinesiske periode var et udbredt selvstyre på landsbyniveau. Den vietnamesiske historie har givet folket mange frihedshelte som søstrene Trung, der anførte en opstand mod kineserne i år 40, og begik selvmord, da de led nederlag. Tran Hung Dao anførte modstandskampen mod en mongolsk invasionsstyrke på 300.000 mand i midten af 1300-tallet og besejrede dem ved at lokke flåden hen over et område, hvor det var rejst stålforstærkede bambuspinde, som dukkede op ved lavvande og destruerede hele fjendens flåde. LeLoi startede et oprør mod en kinesisk besættelsesstyrke i 1418, og opnåede bl. a. befolkningens støtte, fordi hans tropper aldrig plyndrede.

En økonomisk og kulturel fremgang oplevedes også efter, at kineserne var drevet ud. Under Le-dynastiet (1428 – 1788) gennemførtes økonomiske og politiske reformer bl. a. en jordreform med tildeling af jord til de jordløse bønder.

Vietnameserne ekspanderede også sydover, og erobrede i 1400-tallet Champa-riket i det midterste Vietnam og i 1600-tallet erobrede Chochinkina, der var en del af Khmerernes kongerige Cambodia. Nguyen Anh tog magten med hjælp af franske lejesoldater i 1802, og de 3 provinser Tonkin (nordligst), Annam (midterst) og Chochinkina (sydligst) blev sammenlagt til et rige med Hué som hovedstad.

Franskmændene fik efterhånden mere indflydelse som reel kolonimagt, og overtog området etapevis: Cambodia i 1863, Chochinkina i 1867, Tonkin og Amman i 1883 og Laos i 1893. Tilsammen udgjorde disse Den Fransk-Indokinesiske Union styret af en fransk generalguvernør i Hanoi. Forholdene blev lagt tilrette for hovedsagelig at gavne Frankrig og de 16.000 fransmænd, der boede i Indokina, specielt de store godsbesiddere. Forholdene for vietnameserne var ofte slaveagtige: I perioden 1917 - 1944 døde på Dau Tieng-plantagen, der ejedes af Michelin, 12.000 arbejdere ud af en samlet arbejderstyrke på 45.000 mand. Man havde store plantager sydpå og industri og minedrift nordpå.

For at skaffe midler til koloniernes drift fik Frankrig monopol på salg af salt, opium og alkohol, og der blev pålagt landsbyerne at tvangskøbe disse varer. I perioder udgjorde dette salg 2/3 af koloniernes indtægter. Især forbudet mod hjemmefremstilling af risbrændevin var upopulært. Nationalismen dukkede op i revolutionære kredse i 1920'erne inspireret af den kommunistiske revolution i Rusland og af Dr. Sun Yatsens demokratibevægelse i Kina.

Ho Chi Minh ledede gennem mange år kampen for Vietnams løsrivelse fra Frankrig. Han var født i 1890, og forlod Vietnam umiddelbart før 1. Verdenskrig. I Europa stiftede han bekendtskab med Lenins antikoloniale ideer og den amerikanske præsident Wilsons frihedstanker. På Versailleskonferencen efter 1. Verdenskrig blev Europas fremtid fastlagt efter Woodrow Wilsons 14 punkter, der bl. a. omfattede staternes fri selvbestemmelsesret. I et brev til Wilson forsøgte Ho Chi Minh forgæves at kræve Vietnams selvstændighed.

Ho Chi Minh blev en af de drivende kræfter i etableringen af det indokinesiske kommunistiske parti i 1930. I 1936 kom en socialistisk regering til magten i Frankrig under ledelse af Leon Blum. Dette medførte en legalisering af det kommunistiske parti i Indokina, men nogen selvstændighed ville man ikke gå med til.

Japanerne besatte hele Indokina i 1940 i fuld forståelse med den franske administration, der vedblev at fungere. Der var 30.000 japanske soldater i Vietnam, og det satte fart i den vietnamesiske selvstændighedsbevægelse. Vietminh blev dannet som en bred national front, og efter den japanske kapitulation i 1945 iværksatte man august-revolutionen med nedsættelse af befrielseskomiteer overalt i landet. Republikken Vietnam blev udråbt 2. september 1945.

På Potsdam-konference havde stormagterne (USA, Sovjetunionen og Storbritannien) bestemt, at Vietnam skulle deles ved den 16. Breddegrad, hvor Kina skulle administrere den nordlige del, mens britiske tropper rykkede ind i den sydlige del. Formålet var at modtage den japanske kapitulation og afvæbne de japanske tropper. Englænderne så ikke positivt på vietnameserne løsrivelse fra Frankrig, idet man var bange for, at det kunne spredes til de engelske kolonier. Derfor hjalp englænderne de franske kolonitropper med at komme tilbage til Indokina i efteråret 1945, og de generobrede store dele af Sydvietnam. Situationen var faretruende for Vietminh, og i foråret 1946 indgik Ho Chi Minh en foreløbig aftale med Frankrig. Den gik ud på, at Frankrig over 5 år skulle trække sine tropper ud af området, at Vietnam skulle være en del af Det Indokinesiske Forbund, og at kineserne skulle trække deres 200.000 tropper ud af Nordvietnam.

Da aftalen skulle færdigforhandles i Paris i sommeren 1946, kunne parterne ikke nå til enighed. Frankrig stod hårdt på, at det sydlige Chochinkina skulle være adskilt fra resten af landet, hvilket vietnameserne på ingen måde ville gå med til. I sommerens løb opstod der hyppige konflikter mellem franske tropper og Vietminh, og 23. November bombarderede franske krigsskibe Haiphong. Dette blev optakten til 8 års ødelæggende krig. Et stort antal veludrustede fremmedlegionærer blev indsat mod 50.000 uerfarne Vietminh-soldater, der var nødt til at føre guerillakrig. Det blev hurtigt klart for Frankrig, at de ikke kunne vinde med militære midler alene, og de forsøgte et samarbejde med Vietnams sidste kejser Bao Dai, der blev indsat som leder for den sydlige del af landet, der blev udråbt som Republikken Vietnam i juni 1949. Den nordlige del af landet var under Vietminh-kontrol som Den Demokratiske Republik Vietnam.

Som følge af borgerkrigen i Kina og den begyndende kolde krig opstillede USA under Eisenhower i 1953 dominoteorien, hvor kommunismen blev anset som en smitsom sygdom, der ville sprede sig, hvis ikke den blev inddæmnet. USA gik ind og støttede Frankrig, og i 1954 bar de 75% af franskmændenes udgifter til krigen i Indokina, men Vietminh havde befolkningens opbakning, og franskmændene opgav i 1954 efter slaget ved Dien Bien Phu. Krigen havde kostet 75.000 døde på fransk side heraf ca. 25.000 vietnamesiske tropper i fransk tjeneste. Det er usikkert, hvor mange vietnamesere, der omkom, men vestlige skøn siger mellem 1/2 og 1 million, hvoraf de fleste var civile.

På Geneve-konferencen i 1954 gjorde Vietminhs repræsentant krav på hele Vietnam og kontrol over Laos og Cambodia. Det gik stormagterne ikke med på. Resultatet blev en deling ved 17. breddegrad og løfte om en folkeafstemning efter 2 år. Franske tropper skulle bort fra Nordvietnam, og Vietminh-styrker på 140.000 mand skulle bort fra Sydvietnam. Samtidig flyttede 900.000 nordvietnamesere - hovedsagelig katolikker – til Sydvietnam, mens 100.000 sydvietnamesere med kommunistiske sympatier flyttede nordpå.

I de efterfølgende år indførte man jordreformer i Nordvietnam, hvor 800.000 hektar blev fordelt til 2 millioner bondefamilier. Man fik også gang i industrien på trods af, at franskmændene havde fjernet meget af det produktionsapparat, der ikke var beskadiget efter krigen. Mange med uddannelse var ligeledes forsvundet. Specielt kulproduktionen var vigtig. I Sydvietnam blev Ngo Dinh Diem indsat som premierminister med amerikansk støtte. Han var af godsejerfamilie, ugift (som Ho Chi Minh) og katolik. Hans regime udviklede sig efterhånden til et autoritært styre, der ikke tolererede opposition. Magten baseredes på hans familie og på den katolske tro og bl. a. de 900.000 katolikker, der var kommet nordfra. Diems bror var biskop i Hué. Diem opløste landsbyrådenes selvstyre og indsatte sine egne embedsmænd og nægtede at gennemføre det valg, der var bestemt i Geneve-overenskomsten. Modstanden mod Diem voksede, og i 1960 sluttede forskellige modstandsgrupper sig sammen i FNL – Front National de Liberation med en kerne bestående af tidligere Vietminhsoldater. I løbet af 1961 kontrollerede FLN's VietCong-enheder halvdelen af Sydvietnam. Modstanden mod Diem-styret tiltog, og i 1963 foretog 7 buddhistmunke i protest selvmordsbrændinger. Diems støtte fra hæren faldt bort, og han blev fjernet og dræbt ved et militærkup 1. November 1963; det var med USA's støtte.

Herefter fulgte en række skiftende militære og civile regeringer, der afspejlede det politiske og økonomiske kaos, der rådede i Sydvietnam. I 1961 havde præsident Kennedy sendt 400 specialtropper og 100 militærrådgivere til Vietnam uden offentlighedens kendskab. Dette udviklede sig til, at der i 1964 var 12.000 amerikanske rådgivere, mens VietCong efterhånden havde kontrol med 40% af landet og havde støtte blandt 4-5 millioner sydvietnamesere. For at ikke FNL skulle vinde, anså præsident Johnson, at USA måtte optrappe sit engagement i Vietnam, men det blev hemmeligholdt til efter præsidentvalget. Operationsplan 34A pointerede, at USA skulle sætte dagsordenen på den storpolitiske arena, og i det vietnamesiske spørgsmål vise, hvem der bestemte. Hemmelige flybombardementer mod FNL-styrker i Laos begyndte i 1964, og en episode med beskydning af amerikanske krigsskibe i Tonkinbugten i 1964 blev brugt til at presse lovforslag om optræning af amerikansk tilstedeværelse i Vietnam gennem Kongressen.

I 1965 steg antallet af amerikanske soldater i Vietnam til 185.000, og i slutningen af 1968 var der 550.000 amerikanske tropper i landet. Man havde i 1965 bombet massivt i Nordvietnam. Lande fra Seato-pagten sendte også tropper til Vietnam: Australien (8500 mand), New Zealand (550 mand), Filippinerne (2.000 mand), Sydkorea (45.000 mand) og Thailand (12.000 mand). Krigen blev ført som guerillakrig og et vendepunkt kom med Tet-offensiven i 1968, som demonstrerede, at amerikanerne og den sydvietnamesiske hær ikke havde kontrol over landet. VietCong soldater angreb midt i byerne og var bl. a. inde på Den Amerikanske Ambassades grund. VietCong holdt Hué i 3 uger, men Tet-offensiven gav VietCong store tab i menneskeliv.

I USA kom der tiltagende modstand mod Vietnamkrigen resulterende i store demonstrationer. Episoder som My Lai Massakren, den filmede henrettelse på åben gade i Saigon af en vietcongsoldat og børn forbrændte af napalm havde fremtrædende pladser i nyhedsmediernes. Mange sårede amerikanere kom hjem, og i alt 58.000 amerikanere mistede livet i Vietnam. Nixon havde i sin valgkamp lovet at skaffe ”fred med ære”, hvilket betød, at Nordvietnam ikke måtte vinde krigen, før alle amerikanske tropper var ude af Vietnam. USA forsøgte så at iværksætte et ”vietnamiseringsprogram”, der skulle gøre den vietnamesiske hær under præsident Thieu i stand til etapevis at overtage krigsførelsen. Kissinger og Nixon udnyttede også spændingerne mellem Kina og Sovjetunionen, der kunne unødvendiggøre amerikansk tilstedeværelse i Sydøstasien. Nixon besøgte Kina i 1972. Ho Cho Minh var død i 1969.

Under de senere faser af vietnamkrigen flyttede store befolkningsgrupper til byerne eller blev omflyttet til sikre landsbyer. I 1975 satte FNL den endelige offensiv ind, hvilket førte til Saigons fald på 45 dage med dramatisk flugt fra den amerikanske ambassade den 30. April. Udover amerikansk personale blev over 6000 vietnamesere evakueret med fly. De 18 metaltrin op til taget er bevaret og udstille på Ford Museum i USA. Thieu flygtede til England med store værdier.

I 1976 blev Nord-og Sydvietnam officielt genforenet til en stat, hvor nordvietnameserne satte sig på den politiske magt. Landet var præget af overfyldte byer, massearbejdsløshed, en enorm servicesektor opbygget i Sydvietnam, 1 million demilitariserede soldater fra den sydvietnamesiske hær, et retsopgør og handelsembargo fra USA. Man forsøgte at bedre

landbrugssektoren gennem kollektiviseringer mod bøndernes vilje, hvilket førte til faldende produktion i Mekongdeltaet, og hungersnødsperioder i landet.

Som eksempel på retsopgøret kan nævnes den tidligere overkirurg ved Børnehospital no. 1 Tran Thanh Trai. Han blev uddannet i 1965 på Saigons lægefakultet og tjenstgjorde i den sydvietnamesiske hær som ”kirurg-major”. Han blev sendt 3 år i genopdragelseslejr, hvor tiden gik med træfældning. Han havde ingen kontakt med hustruen det første år, derefter samtaler med hustruen hver 6. måned. Man havde dog brug for hans lægefaglige kvalifikationer, og han blev chef på børnehospitalet og arbejdede med plastickirurgi. Han stod også for en vanskelig operation med deling af siamesiske tvillinger. Han blev i 1997 valgt ind i Nationalforsamlingen.

Officielle opgørelser siger, at i alt 3,14 millioner amerikanere tjenstgjorde i Vietnam (heraf 7200 kvinder). 58.183 amerikanere (8 kvinder) blev dræbt eller forsvandt under kamp. Tabene var dobbelt så store som i Koreakrigen. Der gik 3689 fly og 4857 helikoptere tabt. 15 millioner tons ammunition blev brugt. De direkte omkostninger til krigen blev officielt sat til 165 milliarder \$, men de sande omkostninger var nok det dobbelte. Man mener, at omkring 4 millioner vietnamesere svarende til 10% af befolkningen blev enten dræbt eller såret under Vietnamkrigen.

I 1978 invaderede Vietnam Cambodia. Formålet var defensivt, fordi man var bange for, at Pol Pot styret skulle forgribe sig på vietnameserne. Der er gammelt had mellem dem. Vietnam trak sig ud af Cambodia i 1989. Bådflygtninge var et kæmpeproblem i 1980-erne. 90% flygtede i håb om bedre materielle forhold. Man mener, at af 1 million, der begav sig ud på havet i overfyldte både, omkom 250.000 som følge af forlis eller piratangreb. Mange levede i årevis i kummerlige fængselslignende flygtningelejre. I 1980-erne begyndte også de første reformer med indslag af markedsøkonomi. Bønderne fik adgang til at eje jorden med fri adgang til at afsætte produktionen, og det medførte eksplosionsagtig vækst i produktionen af landbrugsprodukter.

Vietnam har været en af de asiatiske tigerøkonomier med årlig vækst på 6-8%. Specielt i den sydlige del af landet har man været hurtig i omstillingsprocessen. Dette afspejler sig også i tilslutningen til kommunistpartiet, der har 2 millioner medlemmer. I syd er ca. 1% af befolkningen organiseret, mens det er ca. 9% i nord. Markedsøkonomi indbærer, at man skal betale for ydelser bl. a. indenfor sundhed og uddannelse, og det kan medføre et bredere skel mellem rig og fattig. Man er også nødt til at afbureaukaratisere og lade ineffektive statslige virksomheder konkurrere på markedsvilkår, hvilket vil føre til mange afskedigelser og arbejdsløshed. USA stoppede handelsembargoen mod Vietnam i 1994. I 1998 fik ca. 10.000 danskere visum til Vietnam.

Befolkning

Hovedparten er etniske vietnamesere, der kendes som en etnisk gruppe siden 2000 år tilbage. Selv under 1000 års kinesisk okkupation blev vietnameserne ikke opslugt af kineserne. Vietnameserne har gennem tiderne bevæget sig sydpå gennem Vietnam og besejret Champa-kulturen i det 15. Århundrede og Khmer-folket i Mekongdeltaet i det 18. Århundrede. Traditionelt er vietnameserne risdykere, og holder sig til lavlandet.

Største minoritet er kinesere, af hvilke der er 1 million. De fleste lever i Sydvietnam specielt i Cholon. Selvom kineserne har boet i generationer i Vietnam opretholder de deres kinesiske tilknytning og har modstået forsøg på at vietnamisere dem. Kineserne har haft stor indflydelse på det økonomiske liv, og periodevis har der været fjendskab mellem de vietnamesiske og kinesiske befolkningsgrupper.

Næststørste minoritet er Montagnards, Mon-Khmer'erne, og talrige andre etniske minoriteter, som bor i bjergene. Der er i alt 60 minoritetsfolkeslag i Vietnam. Disse folkestammer lever relativt primitivt på samfundets nederste økonomiske, sociale og uddannelsesmæssige trin.

Der er omkring 600.000 Khmer'er i Mekongdeltaet og 60.000 Chams, der er efterkommere af Champariget, der blomstrede i området fra Danang til Nha Trang fra det 2. til det 15 århundrede. En minoritet opstod i kølvandet af Vietnamkrigen: amerasiens, der var resultat af blandingsforhold mellem vietnamesiske kvinder og amerikanske soldater. De blev ofte dårlig behandlet af vietnameserne og også undertiden forladt af den vietnamesiske slægt. Da det i starten af 80'erne blev kendt, at USA ville give dem tilladelse til emigration til USA, blev mange adopteret af familier, som ønskede at emigrere. Efter ankomsten til USA blev mange igen forladt af adoptivforældrene (ref. 134).

Religioner

I Vietnam findes forskellige former for buddhisme (mahayana, theravada og hoa hao buddhisme), konfutzianisme, cao dao-isme, taoisme, protestantisme, katolisisme, hinduisme, forfædre dyrkelse, cham islamisme, malaisk og indisk islamisme og animisme. I løbet af århundreder er konfutzianisme, taoisme og buddhisme smeltet sammen med kinesiske moralnormer og gammel vietnamesisk animisme til, hvad der sammenlagt kaldes ”3 folds religionen” eller Tam Giao. Konfutzianismen var oprindeligt mere et system omhandlende social og politisk moral, men efterhånden blev religiøse elementer tilknyttet. Taoisme, der opstod som en eksotisk filosofi for de lærde, blev blandet med buddhisme blandt bondebefolkningen, og mange taoistelementer blev en del af den folkelige religion. Hvis man spørger en vietnameser om hans religion, vil han sandsynligvis sige, at han er buddhist, men når det handler om borgerlige eller familimæssige forhold følger han formodentlig kongfutziansk tankegang, og han vender sig mod taoistiske ideer, når det handler om at forstå verden og kosmos.

Mahayana buddhisme (Dai Thua eller Bac Tong dvs. ”Fra nord” også kendt som ”det store fartøj” eller ”det store hjul”) er den dominerende religion i Vietnam. Den største sekt er Zen (Dhyana eller Thien eller meditationsretningen). Den næststørste sekt er Dao Trang (”det rene lands skole”), som hovedsagelig har sin tilhængere i den sydlige del af landet.

Mahayanisternes ideal er bodhisattvaén, en der stræber efter at perfektionere sig selv i de nødvendige dyder. Tilværelsen er lidelse, og for at forvinde lidelsen, må mennesket følge den 8-strengede sti: gode synspunkter, gode intentioner, god tale, gode handlinger, ret livsførelse, ret anstrengelse, ret tankegang og de rette kontemplationer. Gode gerninger fører til Nirvana, onde gerninger fører til helvede. Efter opnået perfektion vælger en troende efter mahayana-retningen. at forblive på jorden som bodhisattva for at redde andre. En typisk bodhisattva kan være Nådens Gudinde eller den smilende buddha med den store mave (= fremtidens buddha). Man har også en medicinens gud. Gautama Buddha opfattes som bare en i rækken af utallige manifestationen af den eneste ene buddha. Disse utallige buddhaer og bodhisattva’er er ophav til den umådelige mængde guder og gudehjælpere i den vietnamesiske religion. Man kan påkalde sig deres hjælp ved bøn og ofringer.

Et buddhistisk tempel indeholder typisk bl. a. følgende elementer: foran pagoden kan være en statue af en stående Quan The Am Bo Tat (Nådens Gudinde). En variation viser hende med multiple arme og undertiden multiple øjne og ører, hvilket symboliserer, at hun kan røre, se og høre alt. Indenfor i hovedbygningen er figurer af de 3 buddhaer: A Di Da (Fortidens Buddha), Thich Ca Mau Ni (Den Historiske Buddha) og Di Lac (Fremtidens Buddha). I nærheden er ofte statuer af diverse gudemanifestationer, Arhat’er og bodhisattva’er. På området kan være en eller flere stupa’er, som er en klokkeformet bygning indeholdende et relikvie. Undertiden findes et alter reserveret for taoistguder som Ngoc Hoang (jadekejseren) og Thien Hau Thanh Mau (Himlens gudinde, der også kendes som Tuc Goi La Ba eller Havets gudinde, sømændenes og fiskernes beskytter). Alle templer har et alter afsat til begravelsesritualer med tavler ihukommende afdøde munke og lægfolk. Der er også bygninger til bolig for munkene, til studier og bibliotek

Buddhistmunkenes funktioner er at fylde befolkningens behov for tro og overtro, og det er op til den enkelte munk, i hvilken grad han bruger elementer fra taoismen eller buddhismen. En munk kan leve tilbagetrukket på en bakketop eller bestyre en travl pagode i en storby. Han kan også vælge andre funktioner: fungere som spåmand, sælge amuletter, rådgive om konstruktion af huse (geomantik), recitere ved begravelser og endog udføre akupunktur.

Buddhismen kom til Vietnam fra henholdsvis Indien (theravada) og Kina (mahayana) i det 2. Århundrede, men blev først rigtig populær i befolkningen flere århundreder senere. I det 13. og 14. Århundrede afløste konfutzianske lærde de buddhistiske munke som rådgivere ved Tran-dynastiet, og der var en vis rivalisering mellem de to trosretninger. I 1960’erne spillede buddhistiske munke en rolle i modstanden mod Ngo Dinh Diems regime og demonstrerede bl.a. med offentlige selvafrændinger. Efter den kommunistiske magtovertagelse i 1975 blev mange templer lukket, munke sendt i genopdragelseslejr og uddannelse af nye munke suspenderet, men i de seneste år er disse restriktioner ophævet, og en vis genopblussen af religiøs aktivitet ses.

Theravada buddhisme (Tieu Thua eller Nam Tong dvs. ”fra syden”. ”det lille fartøj” eller ”det lille hjul”) kom direkte fra Indien og praktiseres hovedsageligt i Mekongdeltaet af etniske khmer’er. I følge dens tilhængere er den en mere

oprindelig og ikke så forvansket form for buddhisme. Tilhængerens mål er, at opnå at blive en perfekt helgen (Arhat) parat til at indgå i Nirvana.

Kongfutzianisme er mere en religiøs filosofi end en egentlig religion, men har haft stor betydning for udformningen af det sociale system. Kongfutzius blev født i Kina omkring år 550 f. Kr. Han opfattede mennesker som sociale væsener og fremsatte regler for social interaktion. Øverst regerede kejseren på mandat af himlen. Kun den ultimative klogskab opnået på basis af lærdom gav retten til at udøve politisk magt. Mangel på kløgt og evner medførte, at kejseren mistede sit mandat fra himlen til at regere. Dette kunne vise sig ved jordiske tegn som misvækst eller nederlag på slagmarken. Kongfutzianismen var på en måde demokratisk, idet man gennem lærdom og eksaminer kunne opnå høje embeder. I det vietnamesiske samfund opbyggedes der en repekt for de lærde. Efter kongfutziansk tankegang skal enhver kende sin plads i familien og samfundet, og man skal adlyde opad og på fornuftig vis lede dem, der rangerer under en. I familien er manden den øverste.

Taoisme opstod i Kina baseret på filosofien Laotse's tankegang. Han har måske levet i det 6. Århundrede f. Kr. Som religion blev taoismen formaliseret af Chang Ling år 143 f. Kr., og senere deltes den i 2 grene: de udødeliges kult og den himmelske læres vej. Det er svært at forstå taoismen. Kontemplation og et enkelt liv betones. Idealet er at vende tilbage til Tao (vejen, essensen af hvad alt er opstået af). Ligevægt mellem modsatte kræfter som Yin og Yang indgår i tankegangen. Der er få rene taoisttempel, men i buddhistiske templer indgår taoistelementer som drager og dæmoner, der dekorerer tagene. I følge taoistisk verdensopfattelse regerer Ngoc Hoang (jadekejseren) fra sin himmel over en verden af gudefigurer, ånder og dæmoner i hvilke naturens kræfter er inkarneret som overnaturlige væsener og store historiske personer er blevet guddommelige. Taoismen indgår i det vietnamesiske liv som en samling af overnaturlig mystisk og animistisk overtro.

Forfædre dyrkelse har også lang tradition i Vietnam. Dette baseres på troen på, at sjælen lever videre efter døden og bliver en beskytter for de efterlevende. Derfor er det ikke alene skamfuldt men også farligt ikke at stå sig godt med forfædrene. En sjæl, som ikke har nogen efterlevende, er fordømt, da den ikke vil modtage respekt. Man dyrker forfædrene regelmæssigt bl. a. på årsdagen for deres død, hvor der både ofres til husets gud og til forfædrenes ånder. Man kan også bede til forfædrene ved behov f. eks. for hjælp til et sygt barn. Forfædrene informeres om vigtige forhold i familien som eksaminer, bryllup, andre dødsfald, etc. Man har i hjemmet et forfædrealter, et stykke land er afsat til at give afkast til forfædrene og en mandlig efterlevende får pålagt hvervet at vedligeholde traditionerne med forfædre dyrkelsen.

Hoa Hao Buddhisme er en sekt grundlagt i Mekongdeltaet af Huynh Phu So i 1939. Han var en ung man, der havde studeret hos regionens mest berømte okkultister. Efter at han mirakuløst blev kureret for en sygdom, begyndte han at prædike for almenheden. Han gik mere ind for personlig tro end ydre ritualer, for enkelhed og for unødvendigheden af at have mellemmand mellem individet og guddommen. I 1940 forsøgte franskmændene at gøre sektens grundlægger, som de kaldte "den gale munk", tavs, men det mislykkedes at fængsle ham, og i stedet blev han indespærret på et mentalsygehus, hvor han hurtigt fik omvendt den vietnamesiske psykiater til sin tro. Under 2. Verdenskrig voksede sekten, og opbyggede en militans med våben, som de fik fra japanerne. I 1947 blev Huynh Phu So myrdet efter sammenstød med Viet Minh, som derved fik en betydelig modstander i Mekongdeltaet specielt omkring Chau Doc. Sektens militærmagt blev opløst i 1956, da en af dens gurillakommandanter blev fanget af Diemregeringen og offentlig guillotineret. Resterne af Hoa Hao styrkerne indgik i Viet Cong. Der er for nærværende omkring 1½ million tilhængere af Hoa Hao sekten.

Katolisisme blev indført i Vietnam i det 16. Århundrede af missionærer fra Portugal, Spanien og Frankrig. Specielt aktive var de franske jesuitter og de portugisiske dominikanere. Den første biskop i Vietnam blev udnævnt i 1659. Katolisismen blev forbudt, og missionærer forfulgt i perioder i de efterfølgende århundreder. En af franskmændenes grunde til intervention i Indokina var behandlingen af katolikkerne, som omvendt blev forfordelt i den franske periode. I den kommunistiske periode var der alvorlige restriktioner omkring den katolske tro, idet kirken blev betragtet som en kapitalistisk institution og en rival til magten. Efter 1990 har den vietnamesiske regering anlagt en mere liberal linie i forhold til den katolske kirke, og den er i fremgang. I dag er omkring 8-10% af befolkningen katolikker.

Protestantisme har 200.000 tilhænger i Vietnam hovedsagelig blandt montagnards i bjergområderne. De var dobbelt uheldige, idet de både blev forfulgt af det katolske Diemstyre og de efterfølgende kommunister.

Islam har 0,5% af Vietnams befolkning som tilhængere. Det er hovedsagelig Khmer'er og Chams. Til rådighed for Saigons 5000 muslimer er der et dusin moskeer. Tidligste tegn på arabisk indflydelse i Vietnam er en søjle med arabisk tekst dateret til det 10. Århundrede. Chams anser sig selv som muslimer på trods af, at deres religionsudøvelse kun er en

skygge af oprindelig islamisk teologi. Præsteskabet kan knap læse arabisk, og man har kun ganske få eksemplarer af koranen. Selv om muslimer beder 5 gange daglig, beder Chams kun om fredagen, og deres version af fastemånedens Ramadan er på kun 3 dage. Et element i deres ritualer er bevægelser, som om de trækker vand op fra en brønd. En rituel omskæring foretages kun med symbolske bevægelser med en trækniv ved 15 års alderen. De drager ikke på pilgrimsrejse til Mekka, og de spiser ikke grisekød, men de drikker alkohol. De har udbygget deres version af islam med animisme, tilbedelse af hinduguder og endog taget visse almindelig arabiske udtryk fra koranen og brugt dem til navngivning af guder. Cham religiøse ledere er iført hvid dragt og flotte turbaner med gyldne eller røde udsmykninger.

Hinduisme var et vigtigt element i Champakulturen og mange af de Cham-tårne, der blev bygget som led i hinduhelligdomme, indeholder phalliske symboler på Shiva. Disse tilbedes stadig af etniske vietnamesere og kinesere. Efter Champa-rikets fald i det 15. Århundrede blev folket, som blev tilbage i Vietnam, muslimer, men bibeholdt dog visse hinduistiske ritualer.

Animisme er den ældste form for religion i Vietnam; den indebærer tro på ånder og skjulte kræfter, som findes overalt i naturen. Den øverste magt er Hr. Himmel, som afdødes sjæle kommer op til. For at dette skal lykkes, er det vigtigt, at graven vender den rigtige vej. Under Hr. Himmel står Vandguden, Jordguden og Bjergguden, som tilsammen styrer ånderne i naturen. Nogle ånder er farlige, og derfor anbringer man et spejl over indgangsdøren, så de onde ånder skræmmes væk. Vigtigste højtid i Vietnam er Tet – den traditionelle nytårsfest. Den varer 3 dage og samler familierne. Man får nyt tøj og god mad. Der ofres til Køkkenguden og hans hustru, som får munden smurt i honning, så de kan tale godt om familien for Hr. Himmel. Mens Køkkenguden er væk, sikres huset med blomstrende ferskengrene, og fyrværkeri affyres for at holde onde ånder væk. Der ofres til forfædrene. Alle fejrer fødselsdag under Tet-festen. Næste morgen er det vigtigt at tage varsler for det kommende år: en galene hane varsler hårdt arbejde og dårlig høst, en gående hund varsler et godt år, mens en tudende ugle betyder truende katastrofe for landsbyen. Man arbejder ikke i hjemmet under Tet, men pynter op med smukke nytårsbilleder.

Cao Dai religionen er et resultat af et forsøg på at skabe den ideelle religion ved at sammensmelte elementer fra både vestens og østens religioner. Cao Dai betyder ”højt tårn” eller ”palads” og refererer til Guddommen. Kirkens hierarki er opbygget som strukturen i den katolske kirke med et ikke-professionelt præsteskab. Caodaismen blev grundlagt af mystikeren Ngo Minh Chieu (født 1878). Han var embedsmand på Phu Quoc øen og han var meget belæst i diverse religioner og aktiv i spiritistiske seancer og god til at kommunikere med ånderne. Omkring 1919 begyndte han at få de åbenbaringer fra Cao Dai, som troen bygger på.

Religionen blev officielt grundlagt i 1926, og i løbet af et år var der 26.000 tilhængere. Midt i 50-erne var 1 ud ad 8 sydvietnamesere Cao Dai tilhænger, og man havde praktisk taget etableret en uafhængig stat i Tay Ninh provinsen, hvor man udøvede stor politisk magt og også havde en egen militærmagt på 25.000 mand. Den kæmpede på den sydvietnamesiske side i Vietnamkrigen, og blev derfor hårdt behandlet efter genforeningen i 1975. Sektens land blev konfiskeret og 4 medlemmer af sekten henrettet i 1979. Men i 1985 fik sekten deres 400 templer tilbage. Der er skønsmæssigt 3 millioner troende i dag.

Cao Dai troen bygger på, at mennesker skal blive gode individer og stræbe mod at undslippe den evindelige kæde af incarnationer. Man må ikke slå ihjel, ikke lyve., ikke leve i luksus, ikke leve lastefuldt eller stjæle. Man tror på en gud, på eksistensen af sjælen og på brugen af medier til at kommunikere med ånde verdenen. Præsteskabet praktiserer vegetarisme, cølibat, kommunikation med afdøde og ånder ved seancer, ritualer omkring forfædre dyrkelse og meditation. I følge Yin og Yang princippet er der en mandlig og kvindelig gud.

Efter Cao Dai's historieopfattelse er der 3 større perioder. I den første periode blev Guds sandheder åbenbaret for menneskene gennem personer som Laotse og personer med tilknytning til kongfutzianisme, buddhisme og taoisme. I den anden periode blev sandhederne åbenbaret af personer som Buddha, Jesus, Kongfutzius, Moses og Muhammed. Men deres budskaber var begrænset i tid og til den befolkningsgruppe, hvor de levede. Cao Dai ser sig selv som den 3. Alliance mellem gud og menneskehed, hvor de guddommelige sandheder er kommunikeret gennem ånderne.

Mange ånder har været i kontakt med Cao Dai, og blandt de vestlige kan nævnes Jean d'Arc, René Descartes, William Shakespeare (som man ikke har hørt fra siden 1935), Victor Hugo, Louis Pasteur, Sun Yatsen, Napoleon, Winston Churchill og Lenin. På grund af sin hyppige fremtræden for Cao Dai medierne er Victor Hugo posthumt blevet udnævnt til chefsånd for de udenlandske missionerende ånder. Kommunikationen med ånderne foregår på vietnamesisk, kinesisk, engelsk eller fransk og kan foregå ved at ånden skriver med en pen, som holdes af mediet. Man kan også anvende en teknik, som kaldes pneumatografi, hvor en konvolut med et blankt stykke papir hænges over alteret, og når det tages ned, er der et skrevet budskab i.

Det meste af sektens kommunikation med ånder stammer fra perioden 1925 til 1929 og nu accepteres kun seancer, som holdes i Tay Ninh. Der er både kvinder og mænd i præsteskabet, men der er ikke ligestilling. Vegetarisme er vigtig i Cao Dai troen. Der er 4 daglige ceremonier, hvor man bl.a. ofrer røgelse, te, alkohol, frugt og blomster. Det guddommelige øje findes over altret. Det er troens symbol efter, at Ngo Minh Chieu så det i et syn på Phu Quoc øen. Caodai Holy Sea er sektens hovedkirke grundlagt i 1926. Den er bygget på 9 niveauer, der symboliserer trin mod himlen. Den største stol foran ”øjet” er reserveret paven, hvis stilling har været ubesat siden 1933. De næste 3 stole er til de 3 mand, der er ansvarlige for sektens lovebøger. De resterende 3 stole er til lederne af de 3 grene af caodaismen. Nær alteret er der portrætter af 6 figurer, som er vigtige for troen: Sakyamuni (buddhismens grundlægger), Ly Thai Bach (en fe fra kinesiske mytologi), Khuong Tu Nha (en kinesisk helgen), Laotse (taoismens grundlægger), Quan Cong (kinesisk krigsgud) og Quan Am (nådens gudinde). Der er et traditionelt hospital på kirkens område. Der er for nærværende omkring 2 millioner tilhængere af Caodaisme i Vietnam.

Sygdomspanoramaet i Vietnam

I de følgende er udvalgt nogle områder, hvor problemstillingerne beskrives i oversigtsform. På Medline findes ca. 4500 (juli 1999) henvisninger på søgeordet Vietnam. Udover dette findes yderligere litteratur. Af litteraturlisten fremgår at der foreligger et rimeligt udbud af oplysning om sundhed og sygdom i Vietnam. Man har også mulighed for at skaffe sig sine egne informationer, hvilket eksemplificeres af ref. 178, der beskriver en fransk hjælpeorganisations arbejde med at kortlægge sygdomspanoramaet i visse bjergstammer. Man sendte en pædiater, en ørelæge og 2 almenmedicinere på en 14 dages mission i 1995, og de undersøgte 618 personer og beskrev et sygdomsspektrum typisk for et U-land: øre- og luftvejsinfektioner, dårlig hud- og tandhygiejne, parasitsygdomme, malaria og tuberculose. Det er indlysende, at de socio-økonomiske forhold i et lavindkomstland som Vietnam har betydning for sundhedstilstanden. Også kulturelle forhold har betydning: eksempelvis anvendes traditionelt i Sydøstasien mindre morfika ved akutte smerte end i den vestlige verden. En sammenligning mellem hoftefrakturpatienter i Vietnam og USA viste, at de amerikanske patienter fik 30 gange så meget morfika pr kg som de vietnamesiske til postoperativ smertebehandling, og alligevel angav 80% af de amerikanske patienter insufficient analgesi mod 8% af de vietnamesiske patienter (ref. 5)

AIDS-situationen i Vietnam

Det første tilfælde af HIV blev påvist i Ho Chi Minh City i 1990. Ved udgangen af 1996 var der påvist 2776 HIV inficerede i Ho Chi Minh City svarende til ca. halvdelen af alle tilfælde i landet. 86% var mænd, 86% var narkotikamisbrugere, 2,5% var hos patienter med seksuelt overførte sygdomme og 2,5% var hos prostituerede. I 1998 blev der konstateret 3500 nye tilfælde af HIV/AIDS, hvorved totalantallet kom op på 11.681. Man skønner at det reelle tal muligvis er 10 gange højere. Første HIV tilfælde hos gravid blev påvist i 1994. Nu regner man med, at der fødes 500 HIV-positive børn årligt. Prevalensen af HIV blandt injektionsmisbrugere steg dramatisk fra 1% i 1992 til 39% i 1996 sammenlignet med 1,2% blandt prostituerede, 0,3% blandt bloddonorer og 1,3% blandt tuberculosepatienter. Ved udgangen af 1996 var der påvist HIV i 42 af 53 provinser og speciel grænseegne til Kina og Cambodia viser nu mange seropositive. Ho Chi Minh City er også højrisikoområde. Der skønnes at være 30.000 iv-misbrugere og 80.000 prostituerede i Ho Chi Minh City. I 1997 regnede myndighederne med at omkring 1% af hele befolkningen var HIV-inficeret. Man frygter samme udvikling som i nabolandene, hvor HIV først findes hos iv-misbrugere og senere spredes til prostitutionsmiljøet. I Vietnam har myndighederne sat ind med advarselskampagner i medierne, men en af grundene til hurtig spredning af HIV er kvindens lave status: de har svært ved at få accept for sikker sex, sex uden for ægteskabet er hyppigt forekommende og der er tradition for sex på arbejdspladsen for at opnå forfremmelse. I Vietnam betales for bloddonation, og 80% af donorerne er ”professionelle”, der almindeligvis giver blod en eller flere gange månedligt. Da HIV-undersøgelse først kan konstateres nogle måneder efter smitte, er der risiko trods testning af donorblod. I 1997 havde man kendskab til mindst 200 tilfælde, hvor HIV-positive havde givet blod (ref. 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 133, 192, 193)

Cancer i Vietnam

Incidensen af cancer i Vietnam estimeres til 100 pr. 100.000, hvilket er mindre end i udviklede lande. De fleste diagnoser stilles i et sent stadie. Der tilkommer omkring 65.000 nye cancertilfælde og omkring 150.000 patienter pr. år behøver kurativ og/eller palliativ terapi. De hyppigste cancerformer for mænd er lunger (21%), mave (17%), lever (15%), nasopharynx (6%) og colon/rectum (5%). For kvinder er de hyppigste cancerformer cervix (22%), bryst (15%), mave (13%), colon/rectum (9%), lever (7%) og lunger (6%). Incidensen af cervixcancer er meget højere i Sydvietnam end i Nordvietnam.

Mulighederne for at kontrollere cancer er begrænsede i Vietnam. Der er kun 3 cancercentre: Hanoi, Ho Chi Minh City og Danang. De kan ikke behandle alle patienter. De fleste patienter behandles i perifere sygehuse og da kun med kirurgi udført af almen kirurger. Der er 8 koboltkanoner i Vietnam (4 i Hanoi, 1 i Danang og 3 i Ho Chi Minh City). Man har igangsat visse kampagner: antirygning (1991), hepatitis B vaccination (1990) og arbejder på oplysningskampagner som selvundersøgelse for bryst- og hudcancer og screening for cervixcancer.

Et behandlingsprogram for cancersmerter efter WHO's retningslinier er indført i 1988. Sundhedsministeriet har opstillet målsætninger vedrørende etablering af cancer pain control units i hospitaler, uddannelse af sundhedspersonale, forsyningssikkerhed af morfika til cancersmertebehandling, monitorering af behandlingen, information af

offentligheden, etc. Vietnam Traditional Medical Institute og NCI i Hanoi evaluerede i 1991 LASER akupunkturbehandling af 120 cancerpatienter og fandt en del effekt. 73% af vietnamesiske mænd og 4% af kvinderne ryger cigaretter, hvilket for mændenes vedkommende er verdensrekord (ref. 3, 4, 43, 148)

Brandskader

I U-lande som Vietnam er brandskadeulykker hyppige som følge af udbredt brug af åben ild til madlavning og oplysning. Børn er ofte ofre. I ref. 5 beskrives en større brandulykke pga. udstrømmende benzin på en rismark på grund af en utæt rørledning. Alle strømmede til trods advarsler, for de ville sikre sig nogle dunke. En 10-årig dreng tændte en tændstik for bedre at kunne se. Det svenskestøttede Uong Bi sygehus fik 2. November 1993 indbragt 70 patienter. 33 døde på brandstedet. 70% overlevede. 15 døde under de første 4 døgn med 90 – 100% brandsår, 6 døde senere sfa. Sepsis. Ingen med brandskade over 60% overlevede. På ulykkesstedet var der ikke tilgang til førstehjælp, pårørende og tilfældige tilstedeværende måtte hjælpe patienterne til sygehuset. Store væskemængder var nødvendige (236 liter saltvand i det første døgn). Man fik fløjet albumin fra Sverige og fik hjælp med blod og plasma fra brandskadeinstituttet og flere andre sygehuse i Hanoi. Den totale behandlingsudgift blev opgjort til 65.000 US \$. Det ansvarlige olieselskab bidrog med 30.000 \$ og gav pårørende til de døde 165 \$ i erstatning. Uong Bi sygehuset blev valgt til Vietnams bedste hospital i 1993 (ref. 5). Den traditionelle medicin er også engageret i brændskadebehandlingen i Vietnam bl. a. på Le Huu Trac Institute of Burns (The National Institute of Burns) i Hanoi. På denne institution, der er en del af The Institute of Military Medicine, anvender man urtepræparater i hensigt at fremme heling og mindske ardannelse (ref. 71).

Generel kirurgi, neuro- og hjertekirurgi i Vietnam

En rapport fra provinshospitalet i Can Tho kan tjene som et eksempel på vilkårene i almen kirurgi i Vietnam. Sygehuset i Can Tho har 500 senge og et befolkningsunderlag på 1,7 millioner mennesker. Hospitalet har i alt 160 læger og fungerer som uddannelsessted for læger. Hospitalets årlige budget opgives til 300.000 US \$. Der gøres årligt over 5000 operationer indenfor gynækologi-obstetrik, ortopædkirurgi og almenkirurgi.

Den kirurgisk afdeling råder over 5 operationsstuer, 80 senge og 21 kirurger. Belægningsprocenten er over 100 (undertiden flere personer pr. seng). I knap 4 måneder i 1993 blev 692 patienter opereret, heraf 68,3% akut.. Patienternes middelalder var 41 år. Hovedparten af sygdommene stammede fra mave-tarmsystemet (73%) og urogenitalsystemet (15%). Hyppigste diagnoser var appendicit, galdesten pga. ascaridiose. 3.de hyppigste indgreb var på ventrikel/duodenum pga cancer eller ulcus. I perioden blev gjort 23 neurokirurgiske operationer pga. traumatiske læsioner. Samlet postoperativ mortalitet var 0,86% og korttidsmorbiditet var 6,9% og hovedsagelig af infektiøs årsag. Generelt bedømmes udstyret som gammelt og hygiejneregler respekteres dårligt. Antibiotika bruges udbredt - hyppigst gentamycin med penicillin eller ampicillin. Et andet sydvietnamesisk hospital rapporterer om en postoperativ infektionsrate på 14,2% (ref. 150). Prisen for en appendectomi er 10 \$ og for en galdeoperation 30 \$. Patienten skal også betale materialer, væsker, medikamenter og evt. blod. I realiteten kan kun 1/3 af patienterne betale, og hospitalet må betale for de øvrige. Den lave mortalitet forklares bl.a. med en vis selektion før ankomst til sygehuset, lav alder og fravær af I-lands symptomer som fedme, diabetes, åreforkalkning, etc. Økonomien begrænser indførsel af moderne metoder og teknikker (ref. 12, 44).

En gruppe amerikanske øreslæger besøgte Vietnam i 1996 og 1997. De forelæste for vietnamesiske kolleger i Hanoi og Ho Chi Minh City, og hvert sted kom melder 120 og 150, hvilket skulle svarer til omkring halvdelen af landets otologer. Man observerede, at landet er årtier bagud i den medicinske udvikling, men at lægerne var interesserede, veluddannede og opfyldt af iver efter at tilbyde deres patienter bedst mulig behandling. Fra amerikansk side aftalte man med de vietnamesiske kolleger et støtteprogram, som planlægges at omfatte følgende punkter: 1. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery's hjemmestudie kursus gøres tilgængelig for de medicinske skoler i Vietnam 2. Fra vietnamisk side udvælges 20 lovende otologer, som tilbydes fellowship i USA. 3. Man vil organisere teams af specialister som hvert år vil rejse til Vietnam og undervise og demonstrere kirurgiske teknikker. 4. Man vil organisere 3 måneders studieophold i USA for yngre vietnamesiske læger. 5. Man vil indsamle faglitteratur til Vietnam. 6. Man vil udvikle elektroniske undervisningsmidler for at effektivisere spredning af kundskaber. 7. Man inviterer alle også fra andre lande til at deltage i dette arbejde. Adresser kan findes i ref. 157.

Neurokirurgien udvikledes i Hanoi i 1956 med hjælp fra ungarske kolleger og i Saigon i 1958 med hjælp fra japanske og australske kolleger. Man opererede på intrakranielle blødninger, abscesser og tumorer i hjerne og rygmarv. Til rådighed var angiografi, myelografi, elektrokoagulation og EEG. Vietnamkrigen gav stor erfaring i behandling af intrakranielle skudsår. I nyere tid er vietnamesiske neurokirurger trænet i Rusland, Ungarn, Tyskland, Rumænien og på Cuba. Også studieophold i Frankrig har fundet sted. Der er nu ca. 60 neurokirurger i Vietnam. Der er 7 neurokirurgiske afdelinger: 3 i Hanoi, 3 i Ho Chi Minh City og 1 i Danang. Der er 8 CT-scannere i Vietnam: 4 i Hanoi, 2 i Ho Chi Minh City og 2 i provinsen. Der er ingen MR-scannere. Neurokirurgien befinder sig i præmikrokirurgiæraen og meget at det tekniske udstyr er ældre og nedslidt. Patienterne kan få gratis behandling ved behov, men det forventes at de betaler om end lidt for behandling, medikamentomkostninger og undersøgelser. Pårørende passer patienterne. Lægerne har privat praksis i eftermiddags- og aften timerne. Der er ikke nogen formel officiel uddannelse eller eksamination i den neurokirurgiske uddannelse i Vietnam. Den pædiatriske neurokirurgi er dårligt udviklet (ref. 7).

Hjertekirurgien i Vietnam blev indledt i 1958 med lukket mitral commissurotomi. Første åbne hjerteoperation med hjerte-lungemaskine fandt sted i 1965. Hjerteoperationer foregår på Viet Duc Hospital i Hanoi og Vien Tim Heart Institute i Ho Chi Minh City. Sidstnævnte blev åbnet af den franske hjertekirurg Allain Carpentier i 1992, og der er indtil nu lavet over 1000 hjerteoperationer. I Vietnam begrænser udgifterne mængden af hjertekirurgiske indgreb. Det skønnes, at omkring 3500 amerikanske thoraxkirurger fordelt på 900 centre udfører mere end 400.000 open-heart operationer om året i USA, mens der i resten af verden udføres mindre end 300.000 tilsvarende indgreb på mindre end 400 hjertecentre (ref. 1, 151).

Trafikulykker udgør et betydeligt problem i Vietnam. Over de sidste 5 år er omkring 33.000 mennesker dræbt i trafikulykker og over 120.000 er blevet alvorligt kvæstet. Blandt årsager er for høj hastighed, alkoholpåvirket chauffør, dårligt vejnet, dårlige køretøjer og for mange mennesker i trafikken. Trafikdøden har vokset med 5-7% årligt de sidste 5 år. En betydelig del af nationens sundhedsbudget bbeslægslægges af følgerne af trafikulykker – Røde Kors har skønnet 80%. Regeringen igangsætter kampagner for at bedre trafiksikkerheden.

Tandlægevirksomhed i Vietnam

En britisk tandlæge besøgte som gæsteforelæser Saigon i 1997. Han beskriver, at der er 2 tandlægeskoler i landet i Ho Chi Minh City og Hanoi. Disse udeksaminerer årligt henholdsvis 80 og 20 tandlæger. Alle kandidaterne forventes at arbejde 5 år i en eller anden form for offentlig tjeneste. Lønnen anses for lav selv efter vietnamesisk standard og man arbejder ekstra i privat praksis. Efter den obligatoriske tjeneste kan man få certifikat, der berettiger til at arbejde i privat praksis. Man har enkeltmands- og gruppepraksis, der ejes af interessenterne. Der er ingen tilskud fra det offentlige, men patienterne skal selv betale, hvilket begrænser søgningen fra de fattige. Der er ingen officiel metode til kvalitetssikring andet end vurdering af behandleren selv og af patienten. Spektrekt af behandlingsmuligheder udvikler sig og inkluderer nu paradentosebehandling for dem, der kan betale. Men de sidste nye teknikker i restaureringsarbejder kender man kun til i teorien, men ikke i praksis (ref. 153). Sortfarvning af tænderne hos kvinder er en tradition fra gamle dage i Vietnam.

Medicinske sygdomme, gastroenterologi og infektionssygdomme i Vietnam

Som i mange U-lande er de almindeligste dødsårsager infektionssygdomme. Hos voksne er det malaria, tuberculose, forskellige tarminfektioner og luftvejsinfektioner. Hepatitis B er også almindelig. Derpå kommer kardiovaskulære sygdomme hovedsagelig apoplexi og cancer på 3. pladsen. Apoplexi er et betydeligt problem i Vietnam med en skønnet prevalens på 6 pr. 1000 indbyggere og en incidens på 2,5 per 1000 indbygger og en mortalitet på 1,3 pr 1000 indbygger (ref. 140). For børn er diarrésygdomme, malaria og dengue feber de vigtigste. Malnutrition er også almindeligt hos børn - mere på grund af forkert sammensætning af kosten end pga. utilstrækkelig kost som mangel på essentielle fedtsyrer og fedtopløselige vitaminer. I samfundet ses også sundhedsmæssige problemer som følge af forurening (trafik, pollution), dårlig vand- og kloakforsyning, rygning, alkoholisme og narkotikamisbrug. Vietnamskrigens omfattende brug af afløvningsmidler indeholdende dioxin mistænkes at være årsag til forøget frekvens af levercancer og chorioncarinom (ref. 70).

Diarrésygdomme er et stort problem. På Børnehospital no 1 er oprettet en diarrebehandlingsenhed som fungerer som referencecenter for Sydvietnam og samarbejdscenter med WHO. Essentielle elementer er oral rehydrering, forbedret ernæring, forældreuddannelse og non-prescription antibiotics (?) (ref. 8, 9, 10, 11, 12, 13). Cholera forekommer stadig i Vietnam og er en af de 24 sygdomme, der registreres. Registreringen foregår i distrikternes epidemiologi- og hygiejnebrigader og indrapporteres månedsvist til en af de 61 provincentre. Herfra går informationerne til National

Institute of Hygiene and Epidemiology, der siden 1979 har publiceret statistik. I 1850 var der en koleraepidemi i Vietnam med mere end 2 millioner syge og i 1885 var der en epidemi blandt franske soldater, hvor mortaliteten var 50%. Mellem 1910 og 1930 var der mellem 5000 og 30000 tilfælde årligt. De seneste år er registreret 1000 – 6000 årlige tilfælde af kolera med en mortalitet på under 1%. Behandlingen er væske og evt. antibiotika. Der opgives, at kun 30% af befolkningen har adgang til sikkert drikkevand (ref. 13).

Malaria hænger i bjerg- og skovområder med falciparum som dominerende type, mens vivax er lige så hyppig som falciparum i kystområder. Resistens mod chloroquine og Fansidar er stigende, og man forsøger nye midler som artemisin og artesunate, men der er frygt for resistensudvikling også mod disse. I 1992 var der 1.060.000 tilfælde af malaria og 3340 dødsfald. Blackwater fever er en variant med hæmoglobinuri. Medicin mod malaria sælges frit over disken i vietnamesiske apoteker og ofte er apotekerens rådgivning om indikation og dosering utilstrækkelig, hvilket bidrager til insufficient terapi og risiko for resistensudvikling (ref. 14, 15, 16, 17, 137, 146, 147, 179).

Det sydøstasiatiske område hører til blandt de regioner, der har størst tuberculoseincidens (over 100 pr. år. pr. 100.000 indbyggere). Tuberculose anses af mange i Vietnam som en "beskidt" sygdom, hvorfor symptomer bortforklares som stress og overarbejdsstræthed. Man søger sent hjælp og selvbehandler, idet antituberculose medicin kan købes uden recept. Der bedømmes at tuberculosedagnosen stilles med gennemsnitlig 3 måneders forsinkelse, og kvinder får tuberculosedagnosen stillet senere end mænd. WHO har opstillet retningslinier for kampen mod tuberculose. Elementerne er, at hver nation har et effektivt nationalt tuberculose kontrol program, der baseres på hurtig diagnostik med mikroskopi af ophostet luftvejssekret, administration af standardiseret kemoterapi, etablering af fornødne lager af alle relevane antituberculose farmaka, effektiv journalføring og kontrol med patienterne, (ref. 20, 138, 139).

Prevalensen af lepra i Mekongdeltaget estimeres til 3 promille, hvilket er højere end i Nordvietnam. For hele Vietnam er prevalensen af lepra faldende fra 2,1 promille i 50-erne til 1,5 promille nu. I nogle bjergegne kan prevalensen være så høj som 17 promille. I alt regner man med, at der er 120.000 – 140.000 spedalske i Vietnam. Som i andre U-lande er de væsentligste hindringer i kampen mod spedalskhed mangel på økonomiske midler og befolkningens opfattelse af sygdommen som ikke-helbredelig. I Vietnam har man dog prioriteret leprabehandling og inkorporeret den fuldt i det almindelige sundhedsvæsen på primært niveau i landsbyerne samt oprettet 13 behandlingscentre for lepra. Fra 1981 har man haft en kampagne kaldet "Leopardplet lepraudryddelses kampagne", hvor målet for hele nationen var at udrydde lepra i mindst en provins, målet for provinserne var at udrydde lepra i det mindste i et af deres distrikter, og målet for distrikterne var at udrydde lepra i det mindste i en landsby. Denne kampagne var beregnet at omfatte 1/3 af befolkningen i 1990, 2/3 i 1995 og hele befolkningen år 2000 (ref. 19, 20). Hos hjemvendte amerikanske vietnamveteraner kendes 2 tilfælde af lepra (ref. 177).

Med hjælp af WHO arbejdes der på at udrydde polio i Vietnam med oral vaccine. I 1993 blev der diagnosticeret knap 500 tilfælde af polio i Vietnam. Sidste år blev der ikke diagnosticeret polio blandt vietnamesiske børn. I Vietnam har man siden 1985 haft regelmæssige vaccinationskampagner mod 6 vigtige børnesygdomme: tetanus, mæslinger, tuberculose, difteri, polio og kighoste. 1995 blev der i løbet af 2 måneder indlagt 46 børn med akut encefalit i Hanoi. 67% havde akut japansk encefalit, og der anbefales en vaccinationsindsats (ref. 21, 22, 23, 24).

Hemofilus influenza type b er den hyppigste årsag til småbørnsmeningitis i Sydvietnam. Man har på børnehospital no 1 indført nasal CPAP med den danske Benevente ventil for at mindske behovet for respiratorbehandling ved pneumoni. Man mener at kunne undgå respiratorbehandling i 60% af cyanotiske børn med pneumoni (ref 25, 26).

Dengue feber forekommer hyppigt i Vietnam og rammer specielt børn. Navnet dengue eller break-bone feber menes at hidrøre fra Swahili, hvor udtrykket "Ka dinga pepo", der står for pludselige krampelignende trækninger fra en ond ånd, menes at have krydset Atlanten til Caribien i 1827. Sygdommen er en virussygdom med 4 serologiske undertyper. Den overføres af Aedes-myggen, og symptomerne er feber, eksantem og kraftige smerter specielt i leddene. På den vestlige halvkugle har de fra Østasien frygtede hæmorrhagiske manifestationer været sjældne, men er nu beskrevet mange steder i Caribien.

På verdensplan regner man med, at der i 25-års perioden fra 1955 til 1980 var omkring 1 million tilfælde af dengue hæmorrhagisk feber (indrapporteret til WHO). I den følgende 5 års periode blev der rapporteret lige så mange og i 5-års perioden 1985 til 1990 var der igen en 20% stigning i tallet, hvilket altså viser, at dengue er et voksende problem. I 1987 blev der i Vietnam rapporteret mere end 350.000 tilfælde af dengue hæmorrhagisk feber. I 1998 blev der registreret 234.866 tilfælde af dengue feber og heraf døde 383 mennesker. Man har beregnet, at behandlingen af en patient med dengue hæmorrhagisk feber koster omkring 50 US \$ til direkte medicinske udgifter. For et U-land som

Vietnam er det store beløb, idet en simpel multiplikation giver en udgift på 17 millioner \$ til dengue behandling. Dette svarer til næsten 10% af Vietnams bruttonationalprodukt (ref 135, 198)

Typisk findes formeringsområderne for dengue vektoren i vandreservoarer nær beboelsesområder: vandopsamlingstønder, pottedplanter, omkringliggende dæk og andre containere, hvor vand står stille. Det er vigtigt at sørge for sikker vandforsyning og anvende insecticider for at hindre dengue. Man forsøger også ved udsætning af mesocyclops crustacean i vandreservoarer at udrydde myggelarberne (ref. 152). Behandlingen af denguefeber er symptomatisk med intravenøs væske og blodprodukter.

Hepatitis B antistoffer findes i 15 – 40% af befolkningen og højest i udsatte befolkningsgrupper som hæmofili-patienter, dialysepatienter og narkotikamisbrugere. Man bruger betalte bloddonorer, hvorfor screening af donorblod er meget vigtig (ref. 29, 30, 31)

Selvom der ikke er lavet landsomfattende prevalensundersøgelser bedømmes rheumatiske sygdomme at forekomme hos 47% af personer over 60 år. Hyppige diagnoser indenfor reumatologien er ankyloserende spondylitis, reumatoid arthritis, osteoarthritis og bindevævslidelser. Rheumatisk feber er fortsat en hyppigt forekommende sygdom i Vietnam, selvom et nationalt program har mindsket forekomsten. Osteoporose er et problem hos postmenopausale kvinder, hvor det i Vietnam ses hos ca. 19%. Rheumatologi som speciale har kun eksisteret en snes år i Vietnam. De større sygehuse har reumatologiske afdelinger og der er forskningscentre i Hanoi og Saigon. I 1992 organiserede man det første symposium i reumatologi i Vietnam og dannede Vietnam Rheumatology Association, der nu har 150 medlemmer. Der råder brist på up to date ømkostningskrævende apparatur som laboratoriuudstyr, CT-scannere, knogledensitetsmålere. Man mener, at traditionel vietnamesisk medicin har sin plads ved siden af moderne vestlig medicin (ref. 165).

Psykiske lidelser i Vietnam

Indtil 1930 var der ikke nogen institutioner for behandling af sindssygdomme i Vietnam. Efter 1930 opførte franskmændene 2 sindssygehospitalet, men forholdene var primitive, hygiejnen elendig, behandlingen pauver og kun få indtagne slap ud af disse asyls. I 1957 efter franskmændenes retræte fra Vietnam oprettedes en psykiatrisk klinik ved Bach Mai hospitalet med behandlingstilbud som i Vesten: psykofarmaka, elektroshock, insulinshock, ergoterapi, etc. I 1960 indgik psykiatri i det medicinske fakultets curriculum, og der oprettedes et netværk af psykiatriske poliklinikker. I 1969 blev psykiatri udskilt fra neurologien som et selvstændigt speciale (ref. 72). Det er ikke lykkedes at finde oplysninger om den aktuelle dimensionering af den psykiatriske sektor i Vietnam. Eftersom befolkningen i U-lande er unge – oftest er 40-50% af befolkningen under 15 år – er der et stort arbejdsfelt indenfor børnepsykiatrien, men der råder brist på uddannet personale, økonomi til terapi og forskning etc. WHO har udgivet retningslinier for tilrettelæggelsen af børnepsykiatrisk service i U-lande (ref. 182, 194).

1 million vietnamesere flygtede som bådflygtninge fra deres land. Fra modtagerlandene foreligger en del litteratur om de problemer, der kunne opstå i mødet mellem vietnameserne og sundhedssystemet. I USA søgte en vietnamesisk far om hjælp til sin syge 3-årige søn, der havde influenzasymptomer. Drengen havde adskillige ecchymoser på brystet og på ryggen og faderen blev mistænkt for børnemishandling. Det hjalp ikke at han forklarede, at det drejede sig om cao gio (egenterapi med gnidning med mønt). Han blev fængslet og suiciderede efterfølgende. På grund af vietnamesernes religiøse og kulturelle baggrund og deres modstand mod at vise nogen form for åndelig svaghed er det en meget lille procentdel af vietnamesere, der søger hjælp for mentale problemer. Psykiatri er ukendt land for vietnamesere, og de søger hjælp i et sent stadie. Vietnamesere har en traditionel asiatisk attitude overfor psykisk sygdom; den omfatter frygt, fornægtelse, afvisning, latterliggørelse og psykisk sygdom i familien påvirker familiens økonomiske og sociale status i alvorlig grad. Traditionelt har man i det vietnamesiske samfund ikke nogen psykoterapeutlignende profession – i denne kultur er personens emotionelle aspekter et privat område, som hovedsagelig kun deles med familien (ref. 73, 74, 136).

Sundhedsforhold for mor-barn i Vietnam

Målene for familieplanlægningspolitikken i Vietnam er, at mindske antallet af børn til 2 pr. familie, at øge intervallet mellem fødslerne til 5 år, at mindske spædbarnsdødeligheden fra 45 til 25 pr. 1000, at sænke frekvensen af malnutrition hos børn fra 50% til 25%, at reducere mødre dødeligheden fra 120 til 50 pr. 100.000, at øge brugen af kontraception med 20% fra de nuværende 33% og at reducere fertilitetsratio fra 4 til under 3. Vietnams budget til familieplanlægningspolitik er beskedent - omkring 0,15 \$ pr. indbygger pr. år i 1993. Det virker ikke som om

befolkningspolitikken gennemføres så strikt som i Kina – i et arbejde findes at 25% af kvinderne kun har et interval på 1 år mellem deres børn (ref. 60). Alle gængse kontraceptionsmetoder er tilladt. Aborttallet er meget højt – omkring 1 million i 1990 og stigende. Traditionel anses et foster efter buddhistisk tankegang for levende fra conceptionen og dette sammen med den stærke katolske indflydelse skulle egentlig tale mod abort (ref 156). Fra 1991 blev det tilladt, at abort blev udført udenfor det offentlige sundhedsvæsen, og der skønnes, at 15% af aborter nu udføres i privat regi. Prisen for en abort angives at være omkring 6 US \$. Aborttal på 2,5 aborter pr. kvindes reproduktive periode er højt, og den totale fertilitetsratio er også højt med 3,7 børn pr. kvinde. Det høje aborttal kan skyldes traditioner overtaget fra russisk og østeuropæisk påvirkning. Fra officielt hold ønsker man at nedbringe aborttallet.

Man har eksperimenteret med ikke-kirurgisk kvindelig sterilisation ved oplægning af quinacrine-kugler i livmoderen. Man har beregnet, at 1300 klinikere, som lægger 100 quinacrine-kugler op pr måned, kan dække Vietnams behov for kvindelig sterilisation. Metoden er relativ billig. Quinacrine danner inflammation og fibrose i æglederne. Et stort studie med knap 32.000 kvinder i 24 provinser i perioden 1989 – 1992 bedømtes som vellykket med beskedne komplikationer, og man beregnede, at man havde undgået 242 materielle dødsfald.

Det er vigtigt for vietnamesiske familier at få i det mindste en søn. Officielt anbefales 3 antenale graviditetskontroller, men i visse bjergregioner kan dette mål kun opfyldes af 20% af de gravide. Amning er udbredt i barnets første leveår - måske i størrelsesordenen 80 - 90%, men nogle frygter at et fald i amningsfrekvensen kan være en risiko sfa. ændrede sociale og økonomiske forhold i landet. Et arbejde demonstrerer effekt ved betydelig mindskning af luftvejsinfektioner og diarrésygdomme, hvis man sætter ressourcer ind på at bedre børnenes ernæring gennem undervisning og egen grønsagsdyrkning i familien (ref. 59). Blindhed hos børn pga. A-vitaminmangel forekommer stadig i Vietnam, og struma pga. jodmangel findes blandt minoriteterne i bjergområderne. En fransk hjælpeorganisation Le Pelican fandt i 1993 ved en undersøgelse blandt folk, der lever deres liv i sampan'er i Vi Da distriktet (Hué), at 40% af indbyggerne var under 15 år, at 56% af børn fra 5 til 59 måneder led af underernæring, og at 71% af børn under 15 aldrig var blevet vaccineret Andre undersøgelse har også vist at vietnamesiske børn er væksthæmmede. I 1995 har man udarbejdet officielle retningslinier for optimal ernæring af den vietnamesiske befolkning. Disse skal indgå i planlægningen af produktionen for at sikre tilstrækkelig fødevareproduktion. Man har høj frekvens af amning af nyfødte (ref 45 – 69, 149, 154, 155, 159).

Sundhedsvæsenet i Vietnam: organisation & økonomi

Emergency medicine er ikke et selvstændigt speciale i Vietnam. Organiseret prehospital care eksisterer ikke. Der er intet centralt alarmeringssystem som 112, men ambulance kan evt. fremskaffes. Sundhedskundskaber kan ikke forventes hos ambulancechaufførerne. Sædvanligvis transporteres tilskadekomne til sygehuset med forhåndenværende transportmidler. I Ho Chi Minh City er hovedtraumacentrene lokaliseret til Cho Ray hospitalet, Hospital 115 og Saigon Center for Emergency Medicine. Cho Ray hospitalet er Vietnams største sygehus med 1050 senge og bygget i 1968. Sygehusets skadestue behandler 200 patienter daglig og 70.000 årligt. 20% er børn og 10% behøver akut kirurgi. Til rådighed for skadestuen har man 22 sengepladser med mulighed for hurtig kapacitetsøgning. CT-scanner findes men reserveres til Glasgow Coma Scale under 13 points. Generelt er undersøgelsesprogrammet sparsomt medmindre man selv betaler. Et besøg koster 10 \$ og et standard thoraxrøntgen 2 \$. I aften timerne (højeste belastning) har man 8 læger i vagt i emergency department. Udstyret er sparsomt: et EKG apparat til monitorering, en ældre respirator og et laryngoskop (ref. 90).

Sundhedsvæsenets opbygning har nederst flere end 10.000 Commune Health Stations (CHS) med typisk 3 – 5 sundhedspersoner: læge eller lægeassistent, sygeplejerske, jordemoder, traditional medicine doktor, apoteker og hjælper. De ansvarer ambulans for 5000-12000 indbyggere med terapi, vaccineringer, graviditetsundersøgelser, iodforebyggelse, og koordinering af indsatser mod diarré sygdomme, luftvejsinfektioner, etc. CHS er mere sparsomt beliggende i de nordlige bjergregioner, hvor de så til gengæld kan have enkelte sengepladser for akut syge, abort- og fødeklinik. Det kan være svært at rekruttere læger til fjerneliggende regioner, mens der ifølge Saigon Times 21.10.97 er op imod 3000 arbejdsløse læger i storbyerne. I 1970-erne blev Intercommunal Polyclinics (ICP) introduceret som et niveau mellem CHS og distrikt- eller provinshospitalet. De skulle være henvisnings- og støtteenheder til CHS. Antallet af ICP er steget hurtigt fra 600 i 1988 til 1120 i 1998. ICP har typisk 10 – 20 senge og personalet kan opgå til 20 bestående af forskellige specialister og enklere kirurgi som appendectomi og sectio kan gøres. På niveauet højere findes distriktshospitaler med 4-500 senge. Der er ca 460 distrikter med gennemsnitlig 150.000 indbyggere. Personalet fra distriktshospitalerne skal en gang månedligt visitere områdets ICP. Og på niveauet højere findes adskillige nationale hospitaler. Udover dette system i Sundhedsministeriets regi findes sundhedssystemer indenfor 6 andre ministerier f. eks. landbrugs- og forsvarsministeriet. Og udenfor sundhedsvæsenet arbejder privatpraktiserende sundhedspersoner, akupunktører, traditionelle behandlere. Undertiden er udstyret og kundskabsniveauet på perifere CHS og ICP sparsomt og stagnerende og patienterne søger uden om dette niveau direkte til overbefolkede distriktshospitaler (ref. 89).

Lægeuddannelsen i Vietnam foregår på 7 medicinske fakulteter, hvor der årligt optages ca. 800 studerende ud af 4000 ansøgere. Studiet varer 5 år og er opbygget svarende til vestlige uddannelser (ref. 180).

I et arbejde fra 1994 vedrørende sundhedsplanlægning og ressourcefordeling påpeges følgende forhold: der har været en overkapacitet af senge (14 hospitalssenge pr. 10.000 indbygger) og lægestab (4 læger og 8 assistentlæger per 10.000 indbygger). Man bedømte heller ikke, at der var mangel på administrativt personale – snarere tvært imod. Fra 1985 til 1990 halveredes konsultationerne på de statslige sundhedsinstitutioner fra 140 millioner pr. år til 62 millioner pr. år. Det skyldes hovedsagelig indførelse af betalingssystem og fremkomst af private udbydere på sundhedsmarkedet. Sygehusvæsenet er også nedslidt og økonomisk udsultet. Sygehusvæsenet præges af vertikal styring, idet en række programmer af forebyggende karakter styres fra nationale institutter. Men det lokale sundhedsvæsen styres økonomisk set i høj grad af lokale finanskontorer under distriktets Folkekomité. Man planlagde i 1994 at overgå til, at lade Provinsernes Sundheds Afdeling administrere sundhedssektorens budget, og man ville overgå til at basere sundhedsbudgetterne på populationsbaserede normer i stedet for på sengeantal (ref. 92).

Strategien for prioriteringen af indsatser indenfor primary health care-området blev vedtaget af sundhedsmyndighederne på basis af Alma-Ata-deklarationen. 10 arbejdsområder og mål blev udvalgt: sundhedsundervisning, etablering af sundhedsservice i lokalområderne, etablering af rent drikkevand og velfungerende kloaksystem, gennemførelse af god tilslutning til vaccination mod difteri, tetanus, kighoste, poliomyelitis, mæslinger og tuberculose, forebyggelse og kontrol med lokale epidemier, adækvat nutrition, etablering af velfungerende familieplanlægningsklinikker, forsyningssikkerhed med medikamenter inklusive traditionel medicin, forbedringer i sundhedssystemets kurative sektorer (ref. 94).

Sundhedsvæsenets organisation i Ho Chi Minh City i 1991 beskrives i ref. 18. Området bebos af i alt 25 millioner mennesker heraf 4 millioner i selve byområdet. Byens sundhedsmyndigheder råder over 25 hospitaler og dertil kommer

10 hospitaler, som administreres fra det statslige sundhedsministerium. Der er ialt ca. 10.000 sengepladser og 1287 læger heraf 170 kirurger. I byområder er der udspremt 180 helsecentre og i landdistrikterne 100 helsecentre. Nogle tal: 80.000 fødsler årligt, 5355 appendectomier, 2155 opererede mavesår, 1399 leverabscesser, 1834 cervixcancere, 40 prostatacancer, 660 brystcancer og 900 mundhule-pharynxcancere, 4272 extremitetsfracturer, 185 operationer pga. tuberculose og 69 dødsfald af tuberculøs meningitis (ref. 94).

Før 1990 var sundhedsydelser gratis. Under ”doi moi” (dvs. økonomisk omstrukturering) opkræves der nu små afgifter for sundhedsydelser. Gratis sundhedsydelser gives stadig til visse lidelser (AIDS, malaria, tuberculose, spedalskhed) og til fattige familier med certifikat fra kommunen. Officielt klassificeres man i Vietnam som fattig, hvis man har en indkomst på under 15, 20 eller 25 kg ris pr måned i henholdsvis bjerg-, lav- og by-områder. I Ho Chi Minh City er der ifølge Vietnam Courier 20/10-96 87.000 fattige husstande med omkring 400.000 medlemmer, men kun 50% af dem får udstedt gratis sygesikringskort hvert år. ! parentes bemærket er der i Vietnam Ajour 199. Nr 1 side 16-17 en artikel oversat fra Vietnam Courier, som giver et indtryk af fattigdommen i Vietnam. Der beskrives eksempler på livet for gadesælgere i Hanoi. Tusindvis af gadesælgere overnatter i den nordlige del af byen omkring Cau Dat gaden. De lejer sig ind i spartanske værelse, hvor eneste facilitet er en nøgen elektrisk pære i loftet. Ofte deles op til et dusin mennesker om et værelse. Man sover på måtter på gulvet. Lejen kan være 1000-15000 VND pr. nat. Gadesælgerens arbejdsdag er lang – man er på farten fra kl. 4 til kl 19 og går daglig 20-40 km. De fleste arbejder alle ugens dage. En dags arbejde kan indbringe 10.000-15.000 VND, og der kan spares 2-300.000 op om måneden. Disse penge sendes hjem til familien på landet, idet mange af gadesælgerne er bønder, der ikke kan ernære familien af jordbrugsarbejdet. Gadesælgerne lever spartansk – hovedernæring er ris med kål og fiskesauce.

Omkring 10% af befolkningen har en regeringssponsorret sygeforsikring og fra officielt hold tilskyndes til forsikringsordninger. I Vietnam er der for nærværende omkring 34 millioner mennesker, der ikke har råd til at betale for sundhedsforsikring eller for behandling i sundhedsvæsenet. Af disse har 6 millioner adgang til gratis ydelser fra sundhedsvæsenet. Niveauet er betydeligt ringere i perifere land- og bjergdistrikter end i byerne.

Hospitaler supplerer deres økonomiske statstilskud med indtægtsgivende virksomheder: opgraderede dyrere sengestuer, farmaka, massage, kantine, supplerende behandling, dyre undersøgelser, etc. 3% af statsbudgettet går til sundhedssektoren. Månedsløn for læger opgives til 30 – 50 \$, så funktion i privatpraksis i aftentimerne er populært (ref. 89). Lægerne vil gerne 3-doble deres indtægt gennem privat praksis i fritiden. Der er en del privatdrevne klinikker og 2 private hospitaler i Vietnam, og i Hanoi har der været en svensk lægeklinik, men om den stadig eksisterer er uvist (ref. 83).

Økonomiske forhold er belyst fra mange hold (ref. 82, 84, 85, 86, 87, 88). Man peger på risiko for overbehandling med terapi og diagnostik for patienter der kan betale privat eller via forsikring, uhensigtsmæssig fordeling af ressourcer, øget ulighed mellem rig og fattig, prioritering af byområder i forhold til landbefolkningen og utilstrækkelig sundhedstilbud til de fattige. F. eks. angives 15% af alle kommuner i det centrale højland at være uden fungerende sundhedsklinik og i 1966 havde kun 18% af Vietnams 10.000 kommuner deres egen læge. Nogle beskriver et sundhedssystem i risiko for forfald, hvor sygeplejersker søger ud privat som injektionister for at tjene til overlevelsen (ref. 79, 81).

Men der rapporteres også om succesrige fremgangsmåder trods begrænsede ressourcer: Børnehospital No. 1 har gennem målrettede indsatser mod sygdomme der er lette at identificere og behandle (diarré, luftvejsinfektioner, dengue feber, malnutrition og almindelige pædiatriske akutsygdomme incl. malaria), gennem uddannelse af personale og offentlighed, gennem satsning på standard WHO terapiprogrammer og et standardiseret medikament- og teknologisortiment og inkorporering af primær health conceptet lykkedes at sænke dødeligheden. Børnehospital no. 1 støttet fra dansk side og blev besøgt af prins Henrik i 1999. Man kalkulerer med et sortiment af ca. 60 standard medikamenter på kommunalt plan (ref. 80). Fra Børnehospital no. 1 udgår et projekt med etablering af standardiserede medicinkasser lokaliseret til 4 distriktsundhedscentre og 10 perifere sundhedstationer. Personalet blev uddannet i medikamenternes rette brug, og projektet forløb tilfredsstillende med en gennemsnitsforrentning på 18%, hvilket blev brugt til nyanskaffelser, til at yde medicin til fattige uden betalingsmulighed og til personalegoder (ref. 188).

I Vietnam Ajour nr 2 1997 beskriver overlæge Jørgen Prag yderligere nogle af forholdene omkring Børnehospital nr. 1: for visse sygdomme har det en stor del af Sydvietnam som optageområde (ca. 40 mill. Mennesker). Det er et offentligt hospital med 650 senge. Der var i 1997 godt 33.000 indlæggelser, over 188.000 ambulante konsultationer og over 5000 operationer. Der er ansat omkring 350 sygeplejersker, 100 læger og omkring 150 arbejdere med en ugentlig arbejdstid på 48 timer. Før 1988 var hospitalets belægningsprocent på 129% dvs. flere patienter i samme seng, men nu er belægningsprocenten omkring 100. Før 1988 var den gennemsnitlige indlæggelsestid 5,5 dage, men den er steget til 6,9 dage, dvs. færre patienter får en bedre behandling. I 1988 iværksatte man et program, der skulle prioritere 5 store

sygdomsenheder: malaria, diarré, akutte respirationsvejsinfektioner, dengue feber, malnutrition og akutte pædiatriske emergencies. Man iværksatte træningsprogrammer for personalet og patienternes familie. Man stimulerede til ambulans behandling og delegerede ansvar til de enkelte afdelinger. Over en 5 års periode har man sænket mortaliteten 40%. Siden 1980 har Dansk Vietnamesisk Forening årligt indsamlet ca. 100.000 kr til udstyr til børnehospitalet. Som eksempel på effektiviteten på hospitalet beskrives 145 operationer for læbe-ganespalte i løbet af 1 uge (ref. 142, 143, 183).

Betaling for sundhedsydelser blev legaliseret i 1988, og det medfører, at nogle så vidt muligt afstår fra at søge lægehjælp. Trods nyligt indført forbud mod at reklamere for receptbelagte farmaka kan næsten alle farmaka købes frit. En nylig undersøgelse viste, at 95% af medicin købt i Hanoi's apoteker var uden lægerecept, og at antibiotika var den største enkeltgruppe. En undersøgelse fra 2 private apoteker i Hanoi gav følgende resultater ved analyse af 1833 ekspeditioner: mindre end 1% af kunderne kom med recept, 94,9% bestemte selv, hvilken medicin de ville købe dvs. de var "Tu Lam Bac Sy" – deres egen doktor. 17% af medicinsalget var antibiotika heraf 90% bredspektret. Ampicillin dominerede både for voksne og børn. 50% af antibiotika blev brugt i mindre end 2½ dag. Antibiotika og vitaminer var de mest almindelige farmaka og kendte varemærker dominerede. Antibiotika var også det mest profitable medikament at sælge for apotekeren. Over 20% af medikamenterne var kombinationspræparater f. eks antibiotika plus corticosteroider og aspirin plus phenacitin plus caffeine (ref. 189). Private apoteker åbner overalt i Vietnam. Markedsøkonomiens indførelse kan resultere i, at nogle hospitaler foretrækker at behandle selvbetalende patienter fremfor forsikrede, og der er også rapporteret, at hospitaler opmuntrer forsikrede patienter til at betale ekstra for at få hurtig service (ref. 96).

Den traditionelle medicins rolle i Vietnams sundhedsvæsen

Tidligere tiders traditionelle vietnamesiske opfattelse af sygdom var et sammensurium af flere systemer: tro på ånder (gode og onde), elementlæren (jord, luft, vand kunne trænge ind i kroppen og udvirke sygdom). Mennesket blev også opfattet som havende 3 sjæle, 9 vitale ånder for kvinder og 7 for mænd og 32 organer ("kwan"), der hver blev styret af en ånd, og som skulle være i harmoni med hinanden. Musik kunne bruges til uddrivning af ånder, og urter var populær som medicin. I 1700-tallet havde man lister på 700 planter, der kunne bruges medicinsk. I Vietnam fandtes også en astrologisk opfattelse om sundhed: et system af ca. 1000 punkter i kroppen ("Nham Than") samstemmer med tidspunkter i månekalenderen, hvorfor behandling skulle synkroniseres med kalenderen (ref. 97 og 99).

Et vietnamesisk ordsprog siger, at traditionel medicin koster en kylling, vestlig medicin koster en ko og hospitalsindlæggelse koster hele kvægflokken. Der skønnes, at være 25.000 – 35.000 private udøvere af traditionel medicin i Vietnam. (ref. 100).

Nutidens vietnamesiske medicinske opfattelse er en harmonisk sammensmeltning af kinesiske, vietnamesiske og vestlige medicinske systemer. Den kinesiske opfattelse blev introduceret i løbet af 1000 års kinesisk overhøjhed. Man kan derfor godt se lighedspunkter mellem sundhedsvæsenet i Kina og i Vietnam (ref. 184). Opfattelsen om sundhed og sygdom baseres på konceptet om 2 modsatrettede kræfter yin og yang ("am" og "duong" på vietnamesisk), hvis balance er forudsætningen for harmoni og sundhed. Traditionel medicin baseret på den kinesiske farmakopé kaldes i Vietnam "thuoc bac" (nordlig medicin), mens "thouc nam" (sydlig medicin) baseres på et rent empirisk princip og ikke et teoretisk-religiøst princip. I det 14. Århundrede modificerede en vietnamesisk læge ved navn Tue Tinh den kinesiske opfattelse til vietnamesiske forhold, idet doser og valg af planter blev justeret til vietnamesiske forhold. Dette førte til det, som kaldes vietnamesisk medicin (ref. 97).

Traditionel vietnamesisk medicin fremstilles fra blade, grene, blomster, rødder, frugter og dyreprodukter. Mere eksotiske ingredienser som bjørnegaldeblære, tigerknogler eller gedetestikler anses for specielt virksomme. Oftest får patienten en blanding af ingredienser, som skal tilberedes efter en kompliceret opskrift: koges 3 gange 4 timer, skummes af, blandes, koges igen og gentages i 3 dages intervaller, indtil man bliver frisk. Traditionel medicin anses at virke relativt langsomt sammenlignet med vestlig medicin.

Fra officielt hold opmuntrer man til at bevare den kulturarv, som traditionel vietnamesisk medicin er, men også til kontinuerligt at modernisere den og integrere den med vestlig medicin. Centralt har man institutioner, der står for forskning og undervisning: National Institute for Traditional Medicine, The Institute of Materia Medica, The Hanoi Institute of Traditional Medicine og The Ho Chi Minh City Institute of Traditional Medicine. Alle distrikt- og provinssygehuse har en afdeling for traditionel medicin, medicinstuderende har obligatorisk kursus i traditionel medicin og på landsbyniveau skønnes 40% af anvendt medicin at være af traditionel type. Det påhviler sundhedspersonale på landsbyniveau at dyrke egne urter til almindelige sygdomme: feber, diarré, dysenteri, allergier, hoste og ondt i halsen, ledbesvær, og uregelmæssig menstruation. Der er 17 hospitaler i Vietnam, der udelukkende bruger traditionel medicin (ref. 97, 181).

Parallelt med det formelle sundhedssystem, som inkluderer traditionel vietnamesisk medicin, eksisterer et folkeligt behandlingssystem baseret på nedarvede traditionelle opfattelser. Herudfra kan sygdomme forklares ud fra 3 modeller: a: naturlige årsager, hvor man konsulterer en etableret behandler. b: overnaturlige årsager med påvirkning af dæmoner eller ånder, hvor en healer eller åndemaner konsulteres og c: metafysiske årsager baseret på at harmonien mellem "am" og "duong" i kroppen/universet er forskubbet.

"Am" er associeret med det mandlige princip, der frembringer lys, varme, tørhed, fylde. "Duong" er associeret med det kvindelige princip, der frembringer mørke, kulde, fugtighed og tomhed. F. eks. kan diarré skyldes "kold" mave pga. for meget kvindeligt princip og bumser kan skyldes for meget mandligt princip. Man må så kompensere med mere af det modsatte. Under graviditetens første trimester anses kvinden for domineret af "det kolde" og bør derfor indtage "varme" madvarer. I det midterste trimester er hun neutral, mens "det varme" dominerer i sidste trimester. Eksempler på vietnamesisk klassifikation i "hot" og "cold":

"Hot": vestlig medicin, slik, is, fedtholdig mad, alkohol, mango, kartofler, mælk, kaffe, krydderier, rødt kød. "Neutral": ris, fisk, ginseng, æg, kyllingesuppe. "Cold": traditionel medicin, vand, bananer, salat, te, melon, grøn papaya, spinat. Under graviditeten frarådes at spise for meget, idet man forestiller sig at barnet kan blive for stort og vanskeliggøre fødslen. Af samme grund tilrådes aktivitet, og en gravid bør ikke ligge eller sidde for længe. I landdistrikter findes

endnu traditionen med at kvinder der har født skal varmes, hvilket foregår ved at der placeres et stort bækken med glødende kul under sengen. Formålet kan tænkes at være antiinfektiøst (ref. 156). Forhold ved forskellige kulturers indstilling til døden er behandlet i ref. 160.

Der findes også en folkelig opfattelse af vinden ("phong" eller "gio") som sygdomsforvoldende faktor. Nogle fødevarer kan fremkalde "phong"-effekten bl.a. buffalokød, seafood, rå madvarer, visse frugter og badforsynede grøntsager. Også sult, alkoholisme, besættelse af ånder og brud på skikkene i forbindelse med fødsel kan fremkalde "phong"-sygdomme som forkølelse, træthed, mavepine, spedalskhed, rheumatisme, arthritis, feber, etc.

Udover urtemedicin anvendes i Vietnam visse dermale teknikker i sygdomsbehandling: "cao gio" dvs. der gnides hårdt med en mønt eller lignende, akupunktur, "bat gio" dvs. niv i halsregion eller over næseryg (bruges mod hovedpine) og kopsætning. Alle disse metoder giver synlige ecchymoser i huden.

Generelt trives traditionel og vestlig medicin side om side. Ved sygdomssymptomer forsøger en typisk vietnameser primært selvbehandling med "cao gio", indtagelse af "hot" eller "cold" fødevarer. Evt. går man videre til urtemedicin. I visse situationer vender man sig hurtigt til vestlig medicin, f. eks. ved akutte og alvorlige sygdomme. Man er primært interesseret i symptombehandling, mens forebyggende terapi og sygdomsætiologi er knap så betydningsfuld. Ofte anses det, at injektionsmedicin virker bedst, og der eksisterer en erhvervsgruppe kaldet "injektionister", der uden for det formelle sundhedssystem tilbyder injektion af lægemidler, der let kan skaffes på det sorte marked eller over disken. Mange opfatter vestlig medicin som beregnet for vestlige mennesker og derfor for stærkt for vietnamesere. Derfor tager de mindre end foreskrevet. Nogle mener modsat, at hvis der er ordineret en dosis, så vil en mangedobling af dosis hjælpe mere effektivt (ref. 97). Undertiden er vestlig medicin ineffektiv, hvilket kan motivere brug af traditionel medicin, og oftest er vestlig medicin kostbar sammenlignet med traditionel medicin. Traditionel indenlandsk fremstillet medicin kan også garantere en vis forsyningssikkerhed (ref. 98).

Omkring 1/3 af alle sundhedsydelse i Vietnam ydes af den traditionelle medicinske sektor. Og den traditionelle vietnamesiske medicin har myndighedernes bevågenhed, idet man forsøger at skabe en balance mellem den moderne vestlige medicin og den traditionelle vietnamesiske. Det traditionelle sektor er opbygget analogt med det vestligt orienterede sundhedsvæsen. Øverst findes et selvstændigt departement for traditionel medicin i Sundhedsministeriet. De ansvarer for overordnet politik, planlægning, finansiering og tilsyn med de forskellige niveauer. Der er flere institutter, der behandler patienter og driver forskning og uddannelse af læger indenfor traditionel vietnamesisk medicin. The Institute of Materia Medica beskæftiger sig kun med udforskning af den vietnamesiske floras medicinske planter. Der er i Vietnam 7 universitetsafdelinger, hvor man kan uddannes til traditionel læge. Der er 4 større fabrikker for fremstilling af traditionel vietnamesisk medicin. På provinsniveau er der omkring 40 hospitaler for traditionel medicin. Der er også adskillige uddannelsesinstitutioner, der tilbyder en 3-årig uddannelse i traditionel vietnamesisk medicin. Sådanne kandidater bliver typisk ansat perifert i distrikterne som assisterende læge. På distriktsniveau har almindelige sygehuse en afdeling for traditionel vietnamesisk medicin og på endnu mere perifert niveau er der sundhedsarbejdere i kommunale sundhedscentre. De skal bl.a. sørge for lokal dyrkning af lægeplanter (ref. 101).

Erfaringer fra militærmedicinen under Vietnamkrigen

Generelt er der flere ikke-kirurgiske end kirurgiske indlæggelser på militærhospitaller i krigssituationer. I den amerikanske hær har man opgørelser over indlæggelser på militærhospitaller og såvel i 2. Verdenskrig, i Koreakrigen som i Vietnamkrigen udgjorde sygdomme 70 – 90% af indlæggelserne. Det laveste tal (64%) er registreret i Vietnam i 1968, hvilket modsvarer at 36% af indlæggelserne skyldtes krigsskader. Men tab af arbejdsdage blev domineret af krigsskader; eksempelvis blev antallet af sygedage i den amerikanske hær i Vietnam 1 1968 fordelt på 3 årsagskategorier opgjort således: krigsskader 2.522.820 – andre skader og ulykker 415.140 – sygdomme 943.809. De største diagnoseenheder inderfor sygdomsgruppen var malaria (215.4000 fraværdsdage), akutte lufvejsinfektioner (83.181 fraværdsdage), hudsygdomme (64.832 fraværdsdage), neuropsykiatriske tilstande (106.743 fraværdsdage), virushepatitis (116.981 fraværdsdage), diarré sygdomme (60.132 fraværdsdage), kønssygdomme (6.840 fraværdsdage) og feber af ukendt genese (289.700 fraværdsdage) (ref. 195).

Malaria var et betydeligt problem. Gennemsnitlig var indlæggelsesfrekvensen 26,7 pr 1000 mand pr år. Men frekvensen var ulige fordelt geografisk og indlæggelsesraten for visse enheder i Ia Drang dalen var så høj som 600 pr 1000 mand pr år. Man konstaterede en faldende malariarate fra 1965 til 1969, hvilket forklares med preventive foranstaltninger (ref. 195). Man bedømmer, at op imod 250.000 amerikanske Vietnamveteraner har haft cerebral malaria (ref. 185). Narkotikamisbrug var også et udbredt i de amerikanske tropper i Vietnam.

U.S.Army opbyggede en sygehusorganisation med omkring 25 hospitaller i Vietnam. I Jan 1969 var der følgende U.S.Army Hospitals i Vietnam: 18th Surgical ved Camp Evans nær DMZ, 22d Surgical og 85th Evacuation i Phu Bai, 95th Evacuation i Da Nang, 312th Evacuation og 27th Surgical i Chu Lai, 71th Evacuation i Pleiku, 17th Field i An Khe, 31th Field og 67th Evacuation i Qui Nhon, 91th Evacuation i Tuy Hou, 8th Field i Nha Trang, 6th Convalescent Center i Cam Ranh Bay, 2d Surgical i Lai Khe, 7th Surgical i Xuan Loc, 45th Surgical i Tay Ninh, 12th Evacuation i Cu Chi, 3d Field i Saigon, 24th Evacuation, 93d Evacuation og 74th Field i Long Binh, 36th Evacuation i Vung Tau, 3th Surgical i Dang Tam og 29th Evacuation i Can Tho. Man havde et helikopterberedskab, der gjorde, at gennemsnitstiden fra at soldaten blev skadet til han lå på operationsbordet var 40 minutter. I 1969 var der 116 ambulancehelikoptre på hærniveau spredt over Vietnam. Man praktiserede at flyve hurtigt ind i kampzonen, at samle sårede op på mellem 30 og 60 sekunder og så forlade kampzonen hurtigt muligt og yde førstehjælp i helikopteren. For at kunne hejse sårede op i junglen blev helikopterne forsynet med en "forest penetrator", der kunne trænge gennem tykt løv og derefter åbnes til et sæde, hvortil en såret kunne fastgøres (ref. 195). Der var også en effektiv organisation for evakuering til flådens hospitalsskibe, Clarkbasen på Philipinerne, Japan, Guam, Hawaii og det kontinentale USA (ref. 171, 172). Belægningprocenten for amerikanske militærhospitaller i Vietnam var omkring 60% og 50% for off shore faciliteterne (ref. 195).

Den amerikanske har havde flere enheder for preventiv medicin i Vietnam. De tog sig af problemer vedr. malariaprøfylakse, udfærdigede retningslinier for andre infektiøse sygdomme som hepatitis, diarré, hudsygdomme, rabiesovervågning, melioidose, dengue feber, etc. De overvågede også sanitet, vandforsyning, kloakforhold, skadedyrsbekæmpelse, karantæne og kontrolforanstaltninger og lignende (ref. 195).

Krigslæsioner frembyder et karakteristisk skadespektrum og kræver behandlingsprincipper, der kan afvige fra civile kirurgiske principper (ref. 190, 191). Mellem januar 1965 og december 1970 blev 133.447 indlagt med krigslæsioner i Vietnam. Hospitalsmortalitetsraten for disse var 2,6% sammenlignet med 4,5% i 2. Verdenskrig og 2,5% i Koreakrigen. Det lavere tal under Koreakrigen forklares ved den hurtigere evakuering i Vietnam, der resulterede i at flere dødeligt sårede nåede til et hospital. I krigssituationer udgør abdominallæsioner 20% af alle skader. Omkring halvdelen af disse dør umiddelbart af blødning. Hospitalsdødeligheden blandt de primært overlevende opgår til 12% (ref. 108) Blødning er en vigtig årsag til mortalitet af krigsskader, og kontrol med blødning og hurtig volumenerstatning er essentielt. I Vietnam kunne man undertiden give blod før ankomst til sygehus, idet man opbevarede blod perifert i forventning om skader. Man har i krigssituationer et logistisk problem pga. begrænset opbevaringstid for blod. I Vietnam var behovet for tilgængeligt blod oppe på 30.000 enheder pr måned i hele 1968 og 1969. Man opbyggede en forsyningsorganisation, der indsamlede blod i USA og via Alaska kom det til Japan, hvorfra det distribueredes til Vietnam, hvor hovedfordelingscentret var på den centrale blodbank i Cam Ranh Bay. I Vietnamkrigen måtte 60% af 1,3 millioner enheder blod kasseres og i Golkrigen 95% af 120.000 enheder. I ref. 195 opgives at 29% af blodet gennemsnitligt måtte kasseres pga. udløbet opbevaringstid. En vigtigt nyskabelse i Vietnamkrigen var den hvide styrofoam box til opbevaring

af blod. Den blev introduceret i 1965 efter forslag af Major William S. Collins. Han blev belønnet med 935 \$ for sin opfindelse, der sparede blodorganisationen 56.000 \$ det første år og resulterede i øget fleksibilitet (ref. 195).

I Vietnam arbejdede en forskningsenhed med afprøvning af O Rh neg blod nedfrosset til minus 80 grader. Hæren havde også forskningsteams, der studerede infektionssygdomme som kolera, pest, malaria og andre tropesygdomme. Man studerede også intensiv shockterapi, dissimineret intravaskulær koagulation, væskebehandling med Ringer og Dextran, hæmostasefunktion af cyanoacrylatspray, det pulmonære respons på trauma (ARDS) og sepsis. Enheden havde udstyr til måling af invasive tryk, cardiac output, erytrocytvolumen, etc svarende til en forskningsenhed på et moderne sygehus i USA. Man havde i Vietnam udstyr til dialyse og hjerte-lungemaskine til bypass. Man etablerede også et dokumentationsteam bestående af 5 medicinske fotografer, der fotograferede og filmede intentivt for at dokumenterede militærmedicinske aktiviteter under Vietnamkrigen. Blandt resultaterne blev mindst 3 film: en om helikopterevakuering, en om MUST (Medical Unit, Self-contained, Transportable) og en med titlen "Army Medicine in Vietnam" (ref. 103, 104, 105, 106, 107, 169, 176, 195, 196).

Allerede under borgerkrigen i USA startedes en vis form for forskning, idet generallægen beordrede at amputerede ekstremiteter og andet materiale skulle sendes til det nyligt grundlagte Army Medical Museum i Washington. I 2. Verdenskrig havde man en vis forskning på den europæiske front og i Korea fortsatte man med et kirurgisk forskningsteam. I ref. 170 beskrives virksomheden på en MASH-enhed i Korea, hvor kirurgen bl. a. måtte trodse de militære regler, da han indførte reparativ karkirurgi i stedet for at amputere. Også i Vietnam beskrives, at man undertiden måtte slås med reglerne. F. eks. måtte man på 24th Evacuation Hospital i Long Binh ikke oprette en Intensiv Afdeling, men man måtte gerne indføre "graduere sygepleje", som bl. a. indebar at 9 respiratorer skulle forsynes med 50 trykflasker med oxygen daglig (ref. 173). Anæstesiologer, der gjorde tjeneste i Vietnam havde udstyr, der kunne sendes ned med faldskærm. Det bestod af et anæstesiapparat, der vejede 75 pounds og en udstyrskasse med en vægt på 110 pounds, hvis indhold var beregnet til at vare 3 døgn (ref. 174).

Blandt vietnamveteraner i USA virker det som om posttraumatisk stress stadig bruges som forklaring på mange tilstande og man kan finde mange artikler med beskrivelser af tilstandens symptomer og følgetilstande: alkoholisme, kriminalitet, dårlig social tilpasning, narkomani, etc. Der eksperimenteres også med forskellige nye behandlingsforsøg bl. a. virtual reality terapi (ref. 120, 121, 122, 123, 187). Man har et tvillingeregister bestående af 4774 mandlige tvillinger, der begge har tjenstgjort i Vietnam. Dette bruges til studier af sundhedseffekter efter krigen (ref. 119, 111).

Der har også været sundhedsmæssige følger af den udbredt brug af pesticider – specielt Agent Orange dvs. dioxin - under Vietnamkrigen. Operation Ranch Hand var kodenavnet for nedkastning af herbicider fra luften (ref. 186). Der blev i alt anvendt 72 millioner liter herbicider heraf 40 millioner liter Agent Orange (navngivet efter det orange bånd omkring beholderne) indeholdende 170 kg dioxin over 16% af Sydvietnams areal. Dioxin er yderst carcinogent og mutagent. Endnu i dag er det tilstede i fødekæden bl. a. i brystmælk. Man har set mange misdannede fostre, og på museer på Tu Du og Cho Ray hospitalerne skulle sådanne være udstillet. Man har også mange tilfælde af chorioncarcinom. Amerikansk militærpersonale, der blev udsat for Agent Orange, har anlagt retssag mod den amerikanske regering. (ref. 112, 113, 114, 115, 116, 117, 126, 134, 158).

Der blev af amerikanerne kastet i alt 13 millioner tons bomber over Indokina i løbet af Vietnamkrigen. Det svarer til 450 gange Hiroshimabombens energi eller 256 kg for hver indbygger i området. Hvis amerikanerne i stedet havde nedkastet de penge krigen kostede, havde de sikkert vundet, idet bombernes værdi svarer til 2000 US \$ pr indbygger i Vietnam (ref. 134).

Sluttelig kan nævnes, at der stadig mere end 20 år efter Vietnam krigen findes mange ueksploderede bomber og miner i det sydøstasiatiske område, og stadig skades et menneske hver anden dag i Laos pga. de mange ueksploderede bomber og miner i landet (ref 124).

Pasteur og Yersin

Yersin

Alexander Yersin blev født i Vaud, Schweiz den 22. September 1863 og studerede medicin i Paris. Han startede som assistent hos Emile Roux og Louis Pasteur. Som student skrev han en afhandling om en dyremodel af tuberculose, som stadig kendes som "la tuberculosis expérimental, type Yersin". Han arbejdede klinisk på Hôpital des Enfants-Malades, hvor Yersin fik Roux overbevist om behovet for at studere difteri-sygdommen. *Corynebacterium diphtheriae* kunne kun isoleres fra de pseudomembranøse belægnings i halsen, og ikke fra patienter, der døde af difteri myocarditis. Man arbejdede derfor ud fra teorien om, at bakterierne dannede et "poison très active", og lykkedes med at isolere det fra difteripatienters urin. Det var første gang, der påvist exotoxin fra bakterier. Man påviste at surgørelse svækkede toxinet, og man foreslog udvikling af en vaccine.

Trods udsigt til en lovende karriere besluttede Yersin som 24-årig at forlade Frankrig på et handelsskib med destination mod Fransk Indokina, og han ankom til Saigon i 1890. Han brugte 2 år på at fungere som skibslæge i området, lære vietnamesisk og gøre udflugter i junglen omkring Nha Trang i sin fritid. Han afviste Dr. Albert Calmette's tilbud om sammen med ham at opstarte Pasteurinstituttet i Saigon, men han ville hellere udforske ukendte områder. Mellem 1892 og 1894 gjorde Yersin 3 ekspeditioner bl. a. til junglen ved Dalat, som senere udvikledes til fransk bjergkurby. Han fik selv almindelige tropiske sygdomme som malaria og dysenteri, og han støtte også på patienter med kopper, rabies og bubonisk pest. Man vidste ikke på dette tidspunkt, hvorledes pest smittede.

I 1890-erne bevægede en pestepidemi sig sydover fra Kina, og i 1894 slog den for alvor ud i den britiske kronkoloni Hong Kong. Omkring 150.000 mennesker var angrebet med en mortalitet på 95%. Yersin blev sendt dertil af de franske koloniale medicinske autoriteter for at studere sygdommen. Han ankom til en by, hvor forholdene var forfærdelige. Den eneste aktivitet i havneområdet var nødtørftsbegravelse af lig i massegrave. Få dage tidligere var en berømt japansk læge ankommet med samme formål som Yersin. Det var Shibasaburo Kitasato, der var kendt for sit samarbejde med Robert Koch. Han havde fuld opbakning fra de britiske myndigheder, og havde fået lokaler på Kennedy Town Hospital, det eneste sted med laboratoriefaciliteter og muligheder for at udføre autopsier.

Yersin havde kun et mikroskop, og blev nægtet adgang til autopsimateriale. Yersin undrede sig over at det japanske hold ikke tog prøver fra bubons (de forstørrede lymfeknuder). Efter 5 dages afventen foreslog Yersin's tolk en uortodoks måde at skaffe materiale: de bestak de engelske søfolk, der skulle skaffe ligene af vejen og fik adgang til kælderen, hvor ligene opbevaredes og udskar en bubon. Samme aften havde Yersin ingen besvær med at påvise en mængde stavformede bakterier, som han dyrkede på agar, bestemte som Gramnegative og inokulerede på marsvin, der døde. Han arbejdede i en bambushytte.

Nogle dage senere påstod også det japanske team, at de havde påvist bakterier, men de var usikre på Gramfarvningen og troede, det var diplococcer. En kontrovers opstod om, hvem æren skulle tilfalde. Yersin påviste også pestbakterier i døde rotter og i jord, og troede smitten kom via hudlæsioner. Først 3 år senere påviste Paul-Louis Simond loppens funktion som smittespreder.

Det følgende år vente Yersin kortvarigt tilbage til Paris, for med Calmette at udvikle anti-pestserum ud fra de bakterier, han havde isoleret i Hong Kong. Den første patient var en kinesisk seminariestudent, der med succes blev behandlet under et nyt udbrud i Hong Kong i 1896. Senere opstartede Yersin en serumproduktion i Nha Trang, hvor han opbyggede et hospital med vaccinationscenter, laboratorium og observatorium. Her levede han resten af sit liv og studerede tropiske dyresygdomme, kartografi, meteorologi, og astronomi. Han observerede kinins virkning ved blackwaterfeber og introducerede gummitræet og kinintræet i Indokina. Hans unikke samling af 1000 tredimensionale fotografier kan stadig ses i Nha Trang, og hans minde lever stadig i Vietnam. Pestbakterien kan stadig være en trussel i Vietnam (ref. 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132).

Pasteur

Louis Pasteur blev født i Dôle 27. december 1822. Han arbejdede på videnskabelig måde med gæringsprocessen og opfandt pasteurisering. I 60-års alderen arbejdede han med rabies sygdommen i sit lille laboratorium i Rue d'Ulm. Han sugede spyt op fra angrebne hunde og sprøjtede det ind på kaniner. Når kaninerne døde fjernede han rygmarven, hvor

koncentrationen af rabies-virus var størst. Han hængte dem til tørre for at svække virus. En opløsning lavet af rygmarvsudtræk viste sig at virke på dyr. 6 juli 1885 dukkede en 9-årig dreng Joseph Meister op. Han var blevet bidt 14 gange af en gal hund. Pasteur gav ham først indsprøjtning med 2 uger gammel rygmarvsekstrakt og fortsatte derefter daglig med en ny indsprøjtning med friskere marv. Drengen overlevede og var resten af livet portner i det senere Pasteur Institut, der åbnede 14. november 1888. Rygtet om Pasteurs behandling spredtes og han blev opsøgt af mange bl. a. 19 russiske bønder, der rejste et par uger for at komme til Pasteur. 16 overlevede. Pasteur Instuttet blev oprettet for private indsamlede midler, bl. a. gav den russiske zar et stort beløb. Forskerne på Pasteur Instuttet havde megen succes. I 1894 fandt Roux et antitoxin mod difteri. Han delte børn på et børnehospital i 2 grupper: af 520 børn som blev behandlet på gængs måde døde 60%. Af 488 som fik antitoxin døde 25%. I 1896-97 gennemfører Fibiger på Blegdamshospitalet et kvasirandomiseret klinisk forsøg, hvor 239 med dyrkningsveriferet difteri får serum, mens 245 tilsvarende ikke får serum. Der var en dødelighed på 3,3% i den behandlede gruppe, mens dødeligheden i den anden gruppe var 12,2%. Fibiger fik i 1927 Nobelprisen for opdagelsen af at en nematode – *Spi0ptera carcinoma* – kunne forårsage ventrikelcancer, hvilket i øvrigt senere viste sig at være forkert (ref. 161, 162, 163). Senere fandt man på Pasteurinstittet BCG-vaccinen, man isolerede sulfonilamid. Der blev oprettet Pasteur Instuttet flere steder i verden. Pasteur døde i 1895.

Rejsemedicin

Oplysningerne i det følgende baseres på Sundhedsstyrelsens ugentlige publikation "Epi-Nyt", afsnittet om eksotiske infektionssygdomme i Medicinsk Kompendium, "Rejsemedicinsk Håndbog" af Mads R. Buhl og "Vietnam- Lonely Planet travel survival kit" af Robert Storey og Daniel Robinson. Der henvises til disse kilder og ref. 185 for yderligere oplysninger. På Internettet kan informationer hentes på:

www.cdc.gov/travel/travel.html

www.fco.gov.uk

www.healthnet.org/programs/promed.html

www.outbreak.org/cgi-unreg/dynaserve.exe/index.html

www.vaccination.dk

www.who.int/emc

Rådgivning og vaccination før udrejse

Vurdering af egnethed til at rejse: patienten fysiske og psykiske tilstand (incl. misbrugssituation) vurderes i forhold til det påtænkte rejseprojekt. Rådgivning kan indebære advarsler mod alkoholforvoldte ulykker, kønssygdomme, HIV/AIDS, beskyttelse mod klimapåvirkninger, mad-og drikkeråd, undgå kontakt med dyr og hunde pga. rabies, tandlægebesøg før afrejse, planlægning af evt. fødested, vaccinationer og malariaproylakse.

Vedrørende rejseforsikring gælder, at patienter med kronisk lidelse kun er dækket, når det ikke med rimelighed kan forventes, at lidelsen under udlandsopholdet vil medføre behandlingskrav, dvs. den kroniske lidelse må ikke have medført medicinændring eller hospitalsindlæggelse inden for de sidste 2 måneder før afrejsen. I tvivlstilfælde bør forsikringsselskabet rådspørges før afrejsen.

Følgende vaccinationer kan være aktuelle:

Hepatitis A og Hepatitis B

Difteri, Tetanus, og Polio

Gul Feber, Japansk encefalitis og Meningokok A+C

Rabies, Tuberkulose, Tyfus, Østeuropæisk encefalitis (tick-borne encefalitis), Kolera I.

Vaccinationsprogram afhænger af rejsested, tidligere vaccinationsstatus, evt. allergi, graviditet, barnealder eller immundefekttilstand.

Rejseapoteket

Den rejsendes normale daglige medicin

Termometer, pincet, plaster, elastikbind, steril forbindelse

Revolyt til rehydrering. Kan erstattes af rent kogt vand tilsat ½ teske salt, 1 teske bagepulver, lidt frugtjuice og 2-3 spiseskeer sukker.

Xylocainsalve til insektstik; Fucidin og Klorhexidin til hudinfektioner

Retardin eller Imodion til kortvarig diarrebehandling (2 tabl x 2-3)

Ciproxin 500 mg til diarre (enkeltdosisbehandling)

Metronidazol til blodig diarre (750 mg x 3 i 5-10 dage)

Præventionsmidler (p-piller, kondomer) og evt. reservebriller, proteser, etc.

Paracetamol/Ibuprofen som analgetika; Antihistaminika til allergiske tilstande

Evt. nogle injektionssprøjter og kanyler hvis man forventer at behøve injektioner

Myggebalsam indeholdende enten DEET eller dimethyl phtalat

Myggespray og myggenet imprægneret med permethrin

Malariamidler til profylakse og/eller selvbehandling: til rådighed er Meflochin (Lariam), Klorokin, Proguanil (Paludrine), Doxycyclin. Kinin, Malarone, Fansidar (sulfadoxin + pyrimethamin) og Artemisin (ikke registreret i Danmark). Valg af midler beror på rejsested, forhold som graviditet, allergi, barnealder og kontraindikationer. Til selvbehandling bør anvendes et middel, der ikke er indgået i profylaksen.

Undersøgelse af patienter hjemvendt fra troperne

Kan motiveres af symptomer (typisk feber eller diarre) eller være rutineundersøgelse, måske som element i relationen mellem patienten og dennes arbejdsgiver.

Få nøjagtige oplysninger om rejseanamnese, vaccinationsforhold, profylaktisk medicinindtagelse, behandlinger i udlandet. Jævnfør symptomerne med inkubationstiderne for vigtige sygdomme. Vurder feberkurve,. Undersøg for hududslæt og fokalsymptomer.

Udeluk almindelige sygdomme som meningitis, pneumoni, appendicitis, sepsis

Send blod til mikroskopi for malaria (evt. flere gange)

Blod og urin til dyrkning.

Evt. antistofundersøgelse mhp mycoplasma pneumonia, chlamydia, toxoplasma gondii, Epstein-Barr- og cytomegalovirus. Sjældnere test for denguefeber, sandmygfeber, Q-feber og rickettsioser.

Tag rutinevæske- og elektrolyttaltal (Carbamid, Hgb, creatinin, Na, Ka, bicarbonat, blodsukker, trombocytal, Hgb) Leukocytal og differentialtælling (spec. Eosinofiltælling ved mistanke om ormesygdom)

Afføring til undersøgelse for cyster og ormeæg i 3 på hinanden følgende dage

Afføring til undersøgelse for patogene tarmbakterier

Afføring fra tilflyttede børn sendes til undersøgelse for poliovirus

Urin undersøges for blod, protein og glucose

Sænkingsreaktion og CRP

HBs-Ag, anti-HBc total, Anti-HCV

Standartest for syfilis (STS) indeholdende WR eller ART

Schistosoma-antistoffer

Mantoux-test og røntgen af thorax

HIV-1/-2 test bør tilbydes

ALAT

Tropiske sygdomme kan manifestere sig måneder til år efter hjemkomsten (ref. 197)

Sundhedspersonale hjemvendt fra udlandet kan kræves podet fra næse, svælg og hud for at udelukke infektion med methicillin resistente staphylococcus aureus (MRSA)

Sundhedsstyrelsen har udsendt retningslinier om lægelig undersøgelse af adoptivbørn fra udlandet og der findes findes også gode råd i bladet ”Adoption og Samfund” og på Internettet (ref. 166, 167, 168)

Litteratur og film om Vietnam

- Markedsprofil i Vietnam; de danske repræsentationer i Vietnam, 1998
 U-landsbogen. Ulrik T. Skafte, 1998
 Jeg har set verden begynde. Carsten Jensen, 1997
 Vietnam; en politisk og økonomisk oversigt. Mette Holm, 1997
 Turen går til Vietnam. Niels Fink Jeppesen, 1997
 Kys og knogler. Charlotte Blay, 1997
- Vietnam. Gert Holmertz, 1998
 Kulørt historie. Carsten Tage Nielsen, 1998
 Kender du Vietnam? Palle Petersen, 1998
 ”How come you are so fat?”. Klaus Rydahl Pedersen, 1998
 Nguoi Xua Ta Va. Tung Long, 1988
 En familie i Vietnam. Simon Scoones, 1997
 Tam og Cam. Bui Tuan Thanh, 1995
- Det sidste højdedrag. Régine Desforges, 1997
 Vietnam. Robert Storey, 1995
 Vietnam war diary Ed by Chris Bishop, 1990
 Vietnam-krigene. Flemming B. Madsen, 1996
 Vietnam. Ole Steen Hansen, 1996
 Vietnam – fra drage til tiger. Peter Frederiksen, 1996
- Vietnam – a visual investigation, CD-rom, 1995
 Barn i – Vietnam. Peter Garde, 1995
 Vietnams nye start – ud af skyggen fra krigen..... Alex Frank Larsen, 1994
 Saigon – Hanoi. Cosey (tegneserie), 1993
 I dødens skygge. Walter Dean Myers, 1991
 Vietnam – vejen til fred. Olaf Ries, 1991
 The Vietnam Experience, video fra Lonely Planet, 1996
- Min barndom i Vietnam. Dan Ty Dang, 1988
 Den stiltfærdige amerikaner. Graham Greene, 1986 (filmatiseret)
 Befrielse men ikke fred. Kirsten Vagn Jensen, 1985
 Udvikling nr. 8. DANIDA, 1993
 Vietnam Ajour. Tidsskrift fra Dansk-Vietnamesisk Forening
 Vietnam – fra koloni til selvstændig stat. Mette Mørch, 1981
- The endless War: Vietnam’s Struggle for Independence. James P Harrison, 1989
 America’s longest war – The United States and Vietnam. George C Herring, 1979
 Vietnam – a history. Stanley Karnow, 1963
 The birth of Vietnam. Keith Weller Teller, 1983
 Why Vietnam? Archimedes L Patty, 1980
 Barske budskaber. Michael Herr, 1991
- Vietnam. Flemming Ytzen, 1990
 Sydøstasiens historie. Brian Harrison, 1969
 Dien Bien Phu. Vo Nguyen Giap, 197
 Ho Chi Minh. Jean Lacouture, 1967
 A dragon apparent – travels in Indochina. Norman Lewis, 1951
 Gul stjerne over Vietnam. Jens Nauntofte, 1975
 Den gale krig – en rejse i Vietnam. Karl Eskelund, 1966
- Vietnam. Vibeke Hemmel og Pia Sindbjerg, 1996
 Rundt i Vietnam – Insight guides

Elskeren. Marguerite Duras, 1991 (filmatiseret)
 Barbarlandet. Jean Hougron, 1959
 Born on the 4th of July. Ron Kovic, 1976 (filmatiseret)
 Health and health care in transition: the example of Vietnam (Amazon.com)

Til Danmark fra Vietnam. Birgit Knudsen, 1988
 På æresord. Nelson DeMille, 1989
 Pentagon-rapporten. Fra New York Times. Ved Neil Sheehan, 1971
 Skæbne forpligter, Prins Henrik
 Caduceus in Saigon: a medical mission to South Vietnam. Barbara Evans
 365 days. Ronald J. Glassner 1986
 Petticoat medic in Vietnam: adventures of a woman doctor. Diane L. Trembly
 Cyclo (Ricsshaw), film, 1995
 Culture Shoch! Vietnam: a guide to customs and etiquette. Claire Ellis, 1995

På hospital i Vietnam. Ole Steen Hansen, 1994
 Vietnam. Lonely Planet Travel Survival Kir, 1995
 Vietnam og hjælpen fra Danmark i Udvikling nr. 3, 1998
 Bøfler og bambusskud. Charlotte Blay, 1995

Krigens sorg. Bao Ninh, 1994
 Ambassadøren. Morris L. West, 1986
 Krigslarm. Philip Caputo, 1978
 Barbarlandet. Jean Hougron, 1959
 Fangerne i Quai Dong. Victor Kolpacoff, 1968
 After Sorrow: an American among the Vietnamese. Lady Borton, 1995

Vietnam – Krigens set indefra. Wilfred G Burchett, 1966
 Indokina, film
 Duften af den grønne papaya, film
 Der findes adskillige bøger om vietnamesisk madlavning
 Dansk-Vietnamesisk Ordbog. Dang Van Nham, 1997
 Passage to Vietnam, flot fotobog med CD-Rom, 1996
 Miss Saigon, musical
 The Copenhagen Journal of Asian Studies, no 11 1996
 Authority Relations and Economic Decision-Making in Vietnam – An historical Perspective by Dang Phong and
 Melanie Beresford, NIAS Report 1998
 Vietnam – Anatomy of a Peace. Gabriel Kolko, 1997

Film som kan lejes hos Statens Filmcentral eller amtscentralerne:
 Rejsen med Mai, røde kors arbejde i Vietnam
 Rejsen til det gyldne hav, Børnenes U-landskalender
 Vietnam efter krigen, J Edward Milner

An Phu – en by i Mekongdeltaet, Danmarks Radio
 Vietnams historie, 6 afsnit og TV-diskussion
 En rejse i Vietnam – Vietnam før og nu, Danmarks Radio
 Vietnam og Kampuchea november 1979, Ib Makwardt
 Nordvietnam – en personlig rapport, Felix Greene

Via bibliotekerne kan fås:
 Yen og Lan, 1987, video
 Bådflugtninge, 1898, video
 En rejse i vietnam – Vietnam før og nu, 1986, video
 Vietnams historie, 1986, video
 Mit land og dit, 1985, video
 Vietnam under kommunismen, 1985, video

Full circle, 1997, video
Rickshaw boy, 1998, video
Jeg rejser for at overleve, 1994, video
Rejsen med Mai, 1997, video
Thoi Noi, 1996, video
Vu Quang, 1996, video
Strømmen i den sorte flod, 1996, video
Vietnam efter krigen, 1992, video

Fra Amerika er kommet meget litteratur og film relateret til Vietnam krigen:

Born on the 4th of July
Good Morning Vietnam
Apocalypse now
Platoon
The deer hunter

Støtteprojekter fra Danmark til Vietnam

Danmark yder 44% af støtte til udviklingslande i form af multilateral bistand via internationale organisationer: Verdensbanken, EU, UNDP, UNHCR, WFP, UNICEF, UNFPA, Regionale udviklingsbanker- og fonde, og lignende organisationer

Bilateral bistand fra Danmark til Vietnam udgjorde 264,2 millioner kr. i 1998 fordelt på følgende projekter:

National strategi for vandforsyning og sanitet i landområderne: 14,1 mill. Kr. 1996-1998, DANIDA

Vandforsyning i Halong City, Dalat og Buon Ma Thout: 267,0 mill. Kr. 1996-2001. DANIDA

Vandforsyning i Ha Tinh-provinsen og forberedelse for sektorprogram: 12,6 mill. Kr. 1998-1999, DANIDA.

Administrativ reform i Dak Lak: 15,8 mill. Kr. 1996-2000. DANIDA

Rehabilitering og nybygning af færger ved My Thuan og Can Tho: 82,7 mill. Kr. 1996-1998. DANIDA

Forarbejdning og markedsføring af fisk: 32,0 mill. Kr. 1995-1999. DANIDA

Distribution af såsæd i Thai Binh og Quang Binh-provinserne: 51,6 mill. Kr. 1997-2001. DANIDA

Vurdering af fiskebestande i vietnamesiske farvande – fase 2: 36,8 mill. Kr. 1998-2003. DANIDA

Håndtering og forarbejdning af ris i provinserne Thai Binh, Can Tho og Soc Trang: 119,4 mill. Kr. 1997-2001. DANIDA

Masterplan og transportstudie for cementsektoren: 6,3 mill. Kr. 1994-1996. DANIDA

Ferskvandsressourcer i Dak Lak: 49,2 mill. Kr. 1997-2000. DANIDA

Børnenes U-landskalenders projekt til skoleforbedring i Kien Giang-provinsen: 8,4 mill. Kr. 1996-1999. Dansk Flygtningehjælp. Formålet er at forbedre det uddannelsesmæssige miljø for børn under 15 år i 5 kommuner ved at bygge 75 klasselokaler med tilhørende skolemøbler og undervisningsudstyr, at rekruttere og uddanne 200 lærere, at efteruddanne et større antal lærere og at gennemføre socialt arbejde og indkomstskabende aktiviteter med henblik på at støtte de dårligst stillede familier. Foreløbigt har man fået de første 24 klasselokaler klar til brug ved skolestart i 1997. Efter evaluering blev næste fase lagt ud i licitation for at højne kvaliteten. Områderne til de næste 18 skoler er udvalgt

og godkendt. Indkomstskabende aktiviteter for 1000 familier er gennemført i 1998. I 1997 gennemgik 191 lærere et grundkursus. I 1997 blev de tilbudt et opfølgingskursus, som 161 gennemførte. Andre 168 lærere deltog i andre former for opgradering af deres læreruddannelse. Kapacitetsopbygningen af stab og samarbejdspartnere er fortsat i 1998 med bl. a. studieture til andre udviklingsprojekter

Primær sundhed – fase 2: 35,8 mill. Kr. 1994-2000. Dansk Røde Kors. Formålet er at støtte Vietnamesisk Røde Kors i udvikling af bæredygtig distriktsundhedstjeneste, der supplerer regeringens sundhedstiltag. Der er gennemført aktiviteter i 7 distrikter bl. a. Thai Binh og Dak Lak provinserne og i Lao Cai med effektiv kapacitetsopbygning på alle niveauer samt udført aktionsforskning vedrørende kvinders reproduktive sundhed.

Bekæmpelse af alvorlige børnesygdomme i Sydvietnam – fase 3: 13,7 mill. Kr. 1990-2001. Dansk-Vietnamesisk Forening. Formålet er at forbedre sundheden og nedbringe sygeligheden og dødeligheden hos børn under 5 år. Ved afslutning af fase 2 er der etableret 4 uddannelsesenheder i 4 provinser samt en forskningsenhed ved Børnehospital No. 1. vedr. akutte luftvejsinfektioner hos børn. Der er gennemført undervisning af hele sundhedspersonalet i projektområdet i behandling af luftvejsinfektioner, og der er etableret fungerende og øjensynligt bæredygtige landsbyapoteker i 10 kommuner og ved 4 distrikthospitaler. Analyser har vist, at sundhedsundervisning af mødre øger deres viden om luftvejsinfektioner og disses behandling med ca. 35% To undersøgelser er gennemført: en vedr. virale og bakterielle årsager til luftvejsinfektioner hos børn, samt de pågældende mikroorganismers følsomhed for antibiotika, og en vedr. effekten af utilstrækkelig vejtrækning hos børn med svær lungebetændelse. Projektaktiviteterne med hovedvægten på uddannelsesaktiviteterne er videreført i en brofase, april – november 1998. Projektets fase 3, omfattende integreret behandling af de 5 alvorligste børnesygdomme i Sydvietnam i 4 provinser, er igangsat i december 1998

Støtte til vandforsyning i landområderne: 3,0 mill. Kr. 1997-1998. UNICEF

Støtte til fattigdomsbekæmpelse i de nordlige bjergprovinser: 3.0 mill. Kr. 1998-2000. Verdensbanken

Retssektoren: 36,0 mill. Kr. 1996-1999. UNDP

Miljø- og katastroforebyggelse: 8,0 mill. Kr. 1994-2000. Dansk Røde Kors

Landsbyudvikling: 4,3 mill. Kr. 1995-1998. Folkekirkens Nødhjælp

Egnsudvikling i Hue: 3,6 mill. Kr. 1997-1999. Folkekirkens Nødhjælp.

Egnsudvikling i Phu Yen – fase 2: 21,0 mill. Kr. 1997-2001. CARE Danmark

Humanitær bistand til Vietnam: 1,5 mill. Kr. i 1998

Styring og udvikling af fiskeriet i Mekong-bækkenets opdæmmede søer - fase 1, Fiskeriprogram for Mekong-kommissionen og Forvaltnings af vådområder: 83,7 mill. Kr. 3 projekter, 1995-2000. Mekong River Commission

”Fagligt udviklingsprojekt, forundersøgelse”: 0,333 mill. Kr. Specialarbejderforbundet i Danmark

Grøntsagsdyrkning baseret på integreret pla teproduktion: 6,6 mill Kr. Agricultural Development Denmark (ADDA)

Minerydningsprojekt i Quang Tri provinsen: 7,1 mill. Kr. Mines Advisory Group

Endvidere støttes Vietnam via Dansk Røde Kors, Folkekirkens Nødhjælp og Care Danmark

Ovenstående bygger på informationer fra DANIDA’s årsrapport, hvor der også oplyses, at udviklingssamarbejdet med Vietnam er koncentreret om 3 sektorer: fiskeri, landbrug og vand. Der bemærkes visse problemer i samarbejdet: stagnation i privatiseringen af statsejede virksomheder, lukkethed i den vietnamesiske administration med manglende offentlighed af budgetter og deraf følgende problemer med prioritering og planlægning, stigende korrupsion i det vietnamesiske bureaukrati, ingen forbedring i menneskerettighedssituationen i 1998, begrænsninger for den folkelige deltagelse i udviklingsaktiviteterne, magtkamp mellem konservative og reformvenlige kræfter i landets politiske ledelse (ref. 76).

Som en lille tilføjelse kan nævnes, at Sverige yder megen hjælp til Vietnams sundhedssektor. Allerede i 1965 startede Svensk Røde Kors projekter. I 70’erne koncentreredes Sveriges bistand om børnehospitalet Uong Bi General Hospital og papirfabrikken Baio Bang. Nu er The Olof Palme Institute for the Protection of Children’s Health et førende børnehospital med 15 terapeutiske specialer og 8 diagnostiske specialer. Efter 1990 er der åbnet afdelinger for cancerbehandling og genetik. Svensk bidrag til den vietnamesiske sundhedssektor udgør 250 mill. Sv. Kr. for perioden 1994-1999. Sverige har også et landbrugsprojekt til støtte for fattige bønder i landets nordvestlige region. Hertil er afsat 145 mill. Sv. Kr for 1996-2000. Desuden er der flere andre svensk projekter.

Referencer

1. Introduction to the Reports from Vietnam. Pezzella A.T. Texas Heart Institute Journal 1995; 22(4): 317-319
2. Management and surveillance of the hemophiliacs at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion of Vietnam. Bach Q.T. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health. 1993; 24 Suppl 1: 113-115
3. Vietnam: Status of Cancer Pain and Palliative Care. Nguyen Ba Duc. Journal of Pain and Symptom Management 1993 Aug; 8(6): 440-442
4. Cancer incidence in Ho Chi Minh City, Vietnam, 1995-1996. Nguyen MQ et al. Int J Cancer 1998 May; 76(4): 472-9
5. Behandling av brandskadade utan avancerad teknik – praktiske erfarenheter outhärliga vid olyckor. Järnbert A. Läkartidningen 1995; 32(1-2): 56-58
6. Pain control and culturel norms and expectations after closed femoral shaft fractures. Carregue E.J. et al. Am J Orthop 1999 Feb; 28(2): 97-102
7. Neurosurgery in Vietnam. Rosenfeld J.V & Nguyen Thuong Xuan. Surg Neurol 1997; 48: 307-11
8. How to apply modern scientific and technological advances to the practice of clinical gastroenterology in Vietnam. Mao Van Ha. Journal of Gastroenterology and Hepatology 1997; 12 Suppl: 45-47
9. Global approach to diarrhea in children in Vietnam: the experience of Ho Chi Minh City no. 1 pediatric hospital. Ngoc PT & Deschamps JP. Sante Publique 1998 Mar; 10(1): 87-98
10. Clinical aspects of acute vs persistent diarrhoea in Ho Chi Minh City, Vietnam. Than PN, Ly DT Dung PT & Le PD. Acta Paediatr Suppl 1992 Sep; 381: 121-123
11. Preliminary study on rotavirus diarrhoea in hospitalized children at Hanoi. Doan TH & Nguyen VC. J Diarrhoeal Dis Rec 1986 Jun; 4(2): 81-2
12. Typhus perforation in the tropics. Apropos of 83 cases. Nguyen VS. J Chir (Paris) 1994 Feb; 131(4): 90-5
13. Cholera in Vietnam. Dalsgaard A et al. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1997 Mar; 28(1): 69-72
14. Malaria in Vietnam. Environment, prevention and treatment. Nguyen TA. Bull Soc Pathol Exot 1993; 86(5 Pt 2): 494-9
15. Malaria in én veranderende gezondheidszorg in Vietnam. Bont L. et al. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139(38): 1928-1931
16. Cerebral malaria: clinical features, pathophysiology and treatment. Warrell DA. Annals of Tropical Medicine and Parasitology 1997; 91(7): 875-884
17. Management of multiple drug-resistant malaria in Vietnam. Hien TT et al. Ann Acad Med Singapore 1997 Sep; 26(5): 659-63
18. Une expérience originale à travers la création d'un nouveau centre de réhabilitation fonctionnelle pour les lépreux vietnamiens. Vu Dinh Lap et al. Acta Leprologica 1994; 9(1): 35-43
19. Experience in leprocy control in a developing country: Vietnam. Le Kinh Due. Acta Leprol 1989; 7(1): 69-72

20. Staff and patient attitudes to tuberculosis and compliance with treatment: an exploratory study in a district in Vietnam. Johansson E et al. *Tuber Lung Dis* 1996 Apr; 77(2): 178-83
21. The expanded program on immunization in Vietnam. Le Dien Hong. *Asia Pac J Public Health* 1990; 4(2-3): 125-7
22. Update: progress toward poliomyelitis eradication – Socialist Republic of Vietnam, 1993-1994. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995 Jun 2; 44(21): 412-5
23. Poliomyelitis eradication in the Western Pasific Region. Tangermann RH et al. *J Infect Dis* 1997 Feb; 175 Suppl 1:97-104
24. Japanese encephalitis among hospitalized pediatric and adult patients with acute encephalitis syndrome in Hanoi, Vietnam 1995. Lowry PW et al. *Am J Trop Med Hyg* 1998 Mar; 58(3): 324-9
25. The etiology of bacterial pneumonia and meningitis in Vietnam. Tran Tan Tram et al. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17(9): 192-4
26. Nasal continuous positive airway-pressure treatment for pneumonia in Vietnam. Van Cam B et al. *The Lancet* 1995 Mar 11; 345(8950): 656
27. Dengue/dengue hemorrhagic fever situation in Vietnam. Nguyen HT et al. *Kao Hsiung I Hsueh Ko Hsueh Tsa Chih* 1994 Dec; 10 Suppl:S124-30
28. Eradication of *Aedes Aegypti* from a village in Vietnam using copepods and community participation. Vu SN et al. *Am J Trop Med Hyg* 1998 Oct; 59(4): 657-60
29. Hepatitis C and B virus infections in populations at low or high risk in Ho Chi Minh and Hanoi, Vietnam. Nakata S et al. *J Gastroenterol Hepatol* 1994 Jul-Aug; 9(4): 416-9
30. A waterborne outbreak of hepatitis E virus transmission in southwestern Vietnam. Corwin AL et al. *Am J Trop Med Hyg* 1996 Jun; 54(6): 559-62
31. Acute viral hepatitis in Hanoi, Vietnam. Corwin AL. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1996 Nov-Dec;90(6): 647-8
32. Blackwater fever in southern Vietnam: a prospective descriptive study of 50 cases. Tran TH et al. *Clin Infect Dis* 1996 Dec; 23(6): 1274-81
33. Plaque foci in Vietnam: zoological and parasitological aspects. Suntsov VV et al. *Bull World Health Organ* 1997; 75(2): 117-23
34. Detection of HTLV-II seropositive blood donors in South Vietnam but not in North Vietnam. Yamamoto S et al. *Jpn J Cancer Res* 1994 Sep; 85(9): 875-8
35. Extraordinary high rate of HTLV type II seropositivity in intravenous drug abusers in south Vietnam. Fukushima Y et al. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1995 May; 11(5): 637-45
36. Rapid assessment of the drug-injecting situation at Hanoi and Ho Chi Minh City, Vietnam. Power R. *Bull Narc* 1996; 48(1-2): 35-52
37. Clinical and epidemiological aspects of HIV infection among drug addicts in Ho Chi Minh City. Nguyen HC. *Sante* 1996 Mar-Apr; 6(2): 73
38. The feasibility of a syringe-needle-exchange program in Vietnam. Quan VM et al. *Subst Use Misuse* 1998 Apr; 33(5): 1055-67
39. HIV epidemiologic situation in Vietnam: a review of available data. Chung A et al. *AIDS* 1998; Suppl B: 43-9

40. HIV infection and risk factors among female sex workers in southern Vietnam. Thuy NT et al. *AIDS* 1998 Mar 5; 12(4): 425-32
41. Risk factors for HIV seropositivity in a sample of drug users in drug treatment in Ho Chi Minh City, Vietnam. Tran SD. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998 Mar 1; 17(3): 283-7
42. Rising HIV infection rates in Ho Chi Minh City herald emerging AIDS epidemic in Vietnam. Lindan CP et al. *AIDS* 1997; 11 Suppl 1: 5-12
43. Tobacco use in Vietnam. Prevalence, predictors, and the role of the transnational tobacco corporations. Jenkins CN et al. *JAMA* 1997 Jun 4; 277(21): 1726-31
44. Activité Chirurgicale à l'Hôpital de Can Tho (Vietnam). Greco B et al. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1995; 115: 171-176
45. Factors related to the utilization of prenatal care in Vietnam. Swenson IE et al. *J Trop Med Hyg* 1993 Apr; 96(2): 76-85
46. Individual and community characteristics influencing breastfeeding duration in Vietnam. Swenson IE et al. *Ann Hum Biol* 1993 Jul-Aug; 20(4): 325-34
47. Selected determinants of fertility in Vietnam: age at marriage, marriage at first birth interval and age at first birth. Nguyen L et al. *J Biosoc Sci* 1993 Jul; 25(3): 303-310
48. Family planning in Vietnam. Feuerstein MT. *The Lancet* 1993; 342: 188-9
49. 31,781 cases of non-surgical female sterilization with quinacrine pellets in Vietnam. Hieu DT et al. *The Lancet* 1993 Jul 24; 342(8865): 213-7
50. Vietnamese infant and childhood mortality in relation to the Vietnam War. Savitz DA et al. *Am J Public Health* 1993 Aug; 83(8): 1134-8
51. Acute poisoning in Vietnamese children. Dang Phuong Kiet. *J Trop Pediatr* 1986 Dec; 32(6): 319
52. Factors influencing infant mortality in Vietnam. Swenson IE et al. *J Biosoc Sci* 1993 Jul; 25(3): 285-302
53. Height, weight and body mass index (BMI) of Vietnamese (Hanoi) schoolchildren aged 7 – 11 years related to parents occupation and education. Aurelius G et al. *J Trop Pediatr* 1996 Feb; 42(1): 21-6
54. Abortions in Vietnam: Measurements, Puzzles, and Concerns. Goodkind D. *Studies in Family Planning* 1994 Nov-Dec; 25(6): 343-352
55. Early childhood survivorship in Vietnam. Swenson IE et al. *J Trop Med Hyg* 1995 Jun; 98(3): 204-8
56. Husbands involvement in abortion in Vietnam. Johansson A. *Stud Fam Plan* 1998 Dec; 29(4): 400-13
57. Family planning in Vietnam – women's experiences and dilemma: a community study from the Red River Delta. Johansson A et al. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996 Mar; 17(1): 59-67
58. Development of Vietnamese recommended dietary allowances and their use for the National Plan of Action for Nutrition. Lien DT et al. *Nutr Rev* 1998 Apr; 56(4 Pt 2): 26-28
59. Effect of nutrition improvement project on morbidity from infectious diseases in preschool children in Vietnam: comparison with control commune. English RM et al. *BMJ* 1997 Nov; 315(7116): 1122-5
60. Population policies and reproductive patterns in Vietnam. Johansson A et al. *The Lancet* 1996 Jun; 347(9014): 1529-32

61. Contraception and abortion in two Vietnames communes. Gorbach PM et al. *Am J Public Health* 1998 Apr; 88(4): 660-3
62. Utilization of reproductive health services in a mountainous area in Vietnam. Toan NV et al. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1996 Jun; 27(2): 325-32
63. Using a mixture model to detect son preference in Vietnam. Haughton D. *J BiosocSci* 1996 Jul; 28(3): 355-65
64. Child spacing and two child policy in practice in rural Vietnam: cross sectional survey. Hoa HT et al. *BMJ* 1996 Nov 2; 313(7065): 1113-6
65. Is there a role for child psychiatry in Vietnam? McKelvey RS et al. *Aust N Z J Psychiatry* 1997 Feb; 31(1): 114-9
66. Longitudinal observation of growth of Vietnamese children in Hanoi, Vietnam from birth to 10 years of age. Hop LT et al. *Eur J Clin Nutr* 1997 Mar; 51(3): 164-71
67. Are the social inequities in child morbidity and mortality in rural Vietnam. Hoa DP et al. *J Trop Pediatr* 1997 Aug; 43(4): 226-31
68. Impact of prenatal care on perinatal mortality. Nguyen TH et al. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1997 Mar; 28(1): 55-61
69. Unmet need for contraceptives in Vietnam: who needs what and when. Ross JA et al. *Soc Biol* 1997 Spring-Summer; 44(1-2): 111-23
70. Establishment of primary health care in Vietnam. Birt CA. *British Journal of General Practice* 1990 Aug; 40: 341-344
71. Traditional medicine and the infrastructure for burn care in Vietnam. Le The Trung & Bodeker G. *Tropical Doctor* 1997, Suppl 1: 39-42
72. Aperçu des progrès réalisés dans le domaine de la psychiatrie au Vietnam. Pham Van Doan. *Sante Publique (Bucur)* 1977; 20(1): 89-95
73. Culture Shock – A Review of Vietnamese Culture and Its Concepts of Health and Disease. Maj Duong Nguyen. *The Western Journal of Medicine* 1985 Mar; 142: 409-412
74. Culture, Social Structure, and Quandaries of Psychiatric Diagnosis: A Vietnamese Case Study. Fabrege H & Han Nguyen. *Psychiatry* 1992 Aug; 55(3): 230-4
75. Landestrategi for Vietnam. <http://www.um.dk/udenrigspolitik/udviklingspolitik/landestrategier/vietnam/>
76. DANIDA's årsberetning 1998. Udenrigsministeriet
77. Introducing health insurance in Vietnam. Ensor T. *Health Policy Plan* 1995 Jun; 10(2): 154-63
78. Activité Chirurgicale à l'Hôpital de Can Tho (Vietnam). Greco B et al. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1995; 115: 171-176
79. Free-market cure. Rickford F. *Nurs Times* 1995 Apr-May; 91(17): 18
80. Integration of primary health care concepts in a children's hospital with limited resources. Nguen thi Ngoc Anh & Tran Tan Tram. *The Lancet* 1995 Aug 12, vol 346: 421-424
81. The pursuit of equity: a health sector case study from Vietnam. Hein N.T. et al. *Health Policy* 1995 Sep; 33(3): 191-204

82. The Influence of Market Economics on Primary Health Care on Vietnam. Gellert G.A. JAMA 1995 May 17; 273(19): 1498-1502
83. Svenska kliniken i Hanoi – trygghet för västerlänningar. Beck-Friis J. Läkartidningen 1995; 92(5):362-364
84. Vietnam: profit and loss in health care. Chalker John. Save the Children Fund, 218 Doi Can Street, Hanoi, Vietna
85. The political proces and the private health sector's role in Vietnam. Pham Huy Dung. International Journal of Health Planning and Management 1996; 11: 217-230
86. Access and payment for health care: the poor of Northern Vietnam. Ensor T. & Pham Bich San. International Journal of Health Planning and Management 1996; 11: 69-83
87. "Doi Moi" and health: the effect of economic reforms on the health system in Vietnam. Witter S. 1996; 11: 159-172
88. L'État Actuel du Système de Santé Vietnamien, aspects subjectifs d'un Problème Majeur. Greco B. Revue Médicale de la Suisse Romande 1994; 114: 451-455
89. Emergency Health Services in Rural Vietnam. Alto W.A. American Journal of Emergency Medicine 1998 Jul; 16(4): 422-424
90. Emergency Medicine in Vietnam. Richards J.R. Annals of Emergency Medicine 1997 Apr; 543-545
91. The medical libraries of Vietnam – a service in transition. Brennen PW. Bull Med Lib Assoc 1992 Jul; 80(3): 294-9
92. Health planning and ressource allocation in a changing Vietnam. Walley J. J Manag Med 1994; 8(4): 18-27
93. Establishment of primary health care in Vietnam. Birt CA. British Journal of General Practice 1990 Aug; 40: 341-344
94. Organisation du service de santé dans la région de Ho Chi Minh Ville. Duong Quang Trung. Chirurgie 1991; 117: 587-590
95. Health Services in Vietnam. Shellard EJ. Medicine and War 1992; 8: 169-174
96. What role for state health care in Asian transition economies? Ensor T. Health Economics 1997; 6: 445-454
97. The influence of traditional medicine in shaping medical care practices in Vietnam today. Ladinsky J.L., Volk N.D. og Robinson M. Soc. Sci. Med. Vol 25. No 10, 1105-1110, 1987.
98. Native drugs of Vietnam: which traditional and scientific approaches? Dô T.L. og Nguyễn X.D. Journal of Ethnopharmacology, vol 32, 51-56, 1991
99. South Vietnamese Healing Ceremony. Burns J.L. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, vol 2, no 2, 259-260, 1996
100. Traditional Medical Practitioner in Vietnam. Bodeker G.C. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, vol 2, no 3, 333-334, 1996
101. Traditional medicine and the infrastructure for burn care in Vietnam. Le The Trung & Bodeker G. Tropical Doctor, 1997; Suppl 1: 39-42
102. United States Navy Surgical Research Republic of Vietnam 1966-1970: A retrospective Review. Hirsch EF. Mil Med 1987; 152(5): 236-240

103. Trauma and military applications of blood substitutes. Bowersox JC et al. *Artif Cells Blood Substit Immobil Biotechnol* 1994; 22(2): 145-57
104. Early evacuation of patients from the battlefield after laparotomy: experiences in Vietnam, Israel and the Falklands. Dolev E. *Mil Med* 1987 Feb; 152(2): 57-9
105. Death on the battlefield and the role of first aid. Bellamy RF. *Mil Med* 1987 Dec; 152(12): 634-5
106. After triage: lessons learned in Vietnam with military casualties. Schultz RJ. *Mil Med* 1990 May; 155(5): 221-2
107. Experience as the Chief of Surgery at the 57th Evacuation Hospital, Republic of Vietnam 1968 to 1969. Sebesta D. *Mil Med* 1990 May; 155(5): 227
108. Abdominal trauma in war. Rignault DP. *World J Surg* 1992 Sep-Oct; 16(5): 940-6
109. Penetrating injuries in the Vietnam war. Traumatic unconsciousness, epilepsy, and psychosocial outcome. Salazar AM et al. *Neurosurg Clin N Am* 1995 Oct; 6(4): 715-26
110. The Vietnam Era Twin Registry: a resource for medical research. Henderson WG et al. *Public Health Rep* 1990 Jul-Aug; 105(4): 368-73
111. A twin study of self-reported criminal behaviour. Lyons MJ. *Ciba Found Symp* 1996; 194: 61-70
112. Dioxin research in Vietnam. Portier C et al. *Science* 1995 Nov 10; 270(5238): 901
113. Agent Orange and the Vietnamese: the persistence of elevated dioxin levels in human tissues. Schechter A et al. *Am J Public Health* 1995 Apr; 85(4): 516-22
114. Postservice mortality of US Air Force veterans occupationally exposed to herbicides in Vietnam: 15-year follow-up. Michalek Je et al. *Am J Epidemiol* 1998 Oct 15; 148(8): 786-92
115. Mortality among Army Chemical Corps Vietnam veterans. Dalager NA et al. *Am J Ind Med* 1997 Jun; 31(6): 719-26
116. Agent Orange in war medicine: an aftermath myth. Hardell L et al. *Int J Health Serv* 1998; 28(4): 715-24
117. Military service in Vietnam and the risk of death from trauma and selected cancers. Watanabe KK et al. *Ann Epidemiol* 1995 Sep; 5(5): 407-12
118. Military medicine from World War II to Vietnam. Custis DL. *JAMA* 1990 Nov 7; 264(17): 2259-62
119. The Falklands: rate of British psychiatric combat casualties compared to recent American wars. Price HH. *J R Army Med Corps* 1984 Jun; 130(2): 109-13
120. Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. King DW et al. *J Abnorm Psychol* 1999 Feb; 108(1): 164-70
121. A model of war zone stressors and posttraumatic stress disorder. Fontana A et al. *J Trauma Stress* 1999 Jan; 12(1): 111-26
122. Posttraumatic stress disorder and other predictors of health care consumption by Vietnam veterans. Marshall RP et al. *Psychiatr Serv* 1998 Dec; 49(12): 1609-11
123. Oklahoma City Bombing: exacerbation of symptoms in veterans with PTSD. Moyers F. *Arch Psychiatr Nurs* 1996 Feb; 10(1): 55-9

124. Deaths and injuries due to unexploded ordnance (UXO) in northern Lao PDR (Laos). Morikawa M et al. *Injury* 1998 May; 29(4): 301-4
125. Military ophthalmology in the Vietnam War. La Piana FG et al. *Doc Ophthalmol* 1997; 93(1-2): 29-48
126. Health Services in Vietnam. Shellard EJ. *Medicine and War* 1992;8: 169-174
127. Alexander Yersin (1863 – 1943) and the Centenary of the Plaque in Nha Trang: A Threat Transformed. Holubar. K. *Dermatology*, 1999; 198: 108-109
128. Alexander Yersin and the plaque bacillus. Solomon T. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 1995; 98: 209-212
129. The History of plaque. Mills I. *Nursing Times*, 1995; 91(3): 55-60
130. 100 years after the discovery of the plaque-causing agent – importance and veneration of Alexander Yersin in Vietnam today. Bockemuhl J. *Immun Infekt* 1994; Apr. 22(2): 72-5
131. Alexander Yersin and recollections of Vietnam. Barrett O. Jr. *Hosp Pract (Off Ed)* 1989 May 30; 24(5A): 13
132. Plaque foci in Vietnam: zoological and parasitological aspects. Suntsov VV et al. *Bull World Health Organ* 1997; 75(2): 117-23
133. Hanoi gears up for growing AIDS threat. Ivker R. *Lancet* 1996 Oct 26; 348: 1162
134. Vietnam. Lonely Planet Travel Survival Kit. Storey R & Robinson D. 3th edition 1995
135. Impact of dengue virus infection and its control. Igarashi A. *FEMS Immunology and Medical Microbiology* 1997 Aug; 18(4): 291-300
136. An Indochinese Refugee Psychiatric Clinic: Culturally Accepted Treatment Approaches. Kinzie JD et al. *Am J Psychiatry* 1980 Nov; 137(11): 1429-32
137. Le Paludisme au Vietnam. Nguyen Tang Am. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* 1993; 86 (5Pt 2): 494-9
138. Tuberculosis. *WHO Weekly Epidemiological Record* 1997; 72: 117-22
139. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. Long NH et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999 May; 3(5): 388-93
140. Strokes in South Vietnam: an epidemiologic study. Le VT et al. *Rev Neurol (Paris)* 1999 Feb; 155(2): 137-40
141. Childbirth customs in Vietnamese traditions. Bodo K & Gibson N. *Can Fam Physician* 1999 Mar; 45: 690-2, 695-7
142. Masseoperationer af samme lidelse. Helle Blom. *Sygeplejersken* 1996 nr 47
143. Operationer hos lokalbefolkningen. Helle Blom. *Vietnam Ajour* 1996,1, 4-6
144. The expanded program on immunization in Vietnam. Le Dien Hong. *Asia Pac J Public Health* 1990; 4(2-3): 125-7
145. Global approach to diarrhea in children in Vietnam: the experience of the Ho Chi Minh City no. 1 pediatric hospital. Ngoc PT & Deschamps JP. *Santé Publique* 1998 Mar; 10(1): 87-98
146. Management of multiple drug-resistant malaria in Vietnam. Hien TT et al. *Ann Acad Med Singapore* 1997 Sep; 26(5): 659-63

147. Blackwater fever in southern Vietnam: a prospective descriptive study of 50 cases. Tran Th et al. *Clin Infect Dis* 1996 Dec; 23(6): 1274-81
148. Cancer incidence in Ho Chi Minh City, Vietnam, 1995-1996. Nguyen MQ et al. *Int J Cancer* 1998 May; 76(4): 472-9
149. The sampan dwellers of the Vi Da district (Hué 1993): results of a survey preliminary to humanitarian aid intervention. Levasseur G et al. *Sante* 1994 Nov-Dec; 4(6): 433-8
150. Postoperative hospital-acquired infection in Hungvuong Obstetric and Gynaecological Hospital, Vietnam. Tran TS et al. *J Hosp Infect* 1998 Oct; 40(2): 141-7
151. The Heart Institute, Ho Chi Minh City: evaluation of the first 100 patients. Nguyen TQ et al. *Cah Anesthesiol (fransk)* 1992; 40(8): 619-23
152. Scientist try new strategy to eradicate dengue fever. Kenyon G. *British Medical Journal* 1999 Feb; 318(7183): 555
153. Dentistry in Vietnam. Qualtrough AJE. *British Dental Journal* 1997 Mar; 182(6): 231-3
154. Child spacing and two child policy in rural Vietnam: cross sectional survey. Hoa HT et al. *British Medical Journal* 1996 Nov; 313(7065):1113-6
155. Longitudinal observation of growth of Vietnamese children in Hanoi, Vietnam from birth to 10 years of age. Hop LT et al. *European Journal of Clinical Nutrition* 1997 Mar; 51(3): 164-71
156. Childbirth customs in Vietnamese traditions. Bodo K & Gibson N. *Canadian Family Physician* 1999 Mar; 45: 690-7
157. A global effort to modernize otolaryngology – head and neck surgery: The Vietnam initiative. Bailey BJ. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 1997 Sep; 117(3Pt1): 141-3
158. Vietnamese infant and childhood mortality in relation to the Vietnam War. Savitz DA et al. *American Journal of Public Health* 1993 Aug; 83(8): 1134-8
159. Breastfeeding in Vietnam: poverty, tradition, and economic transition. Morrow M. *J Hum Lact* 1996 Jun; 12(2): 97-103
160. Death and dying in four Asian American cultures: a descriptive study. Braun KL & Nichols R. *Death Stud* 1997 Jul-Aug; 21(4): 327-59
161. Fibigers kontrollerede kliniske forsøg fylder 100 år. Gluud GN. *Ugeskrift for Læger* 1998; 160(51): 7407
162. Om serumbehandling af difteri. Fibiger J. *Hospitalstidende* 1898; 6: 309-25
163. Om serumbehandling af difteri II. Krupp-patienter. Fibiger J. *Hospitalstidende* 1898; 6: 337-50
164. Antibiotisk behandling af rejsediaré. Petersen JA & Munkholm P. *Ugeskrift for Læger* 1997; 159(36): 5355-8
165. Rheumatic diseases and the development of rheumatology in Vietnam. Tran Ngoc An. *Rev. Rhum. (engl. Ed.)* 1996 Oct; 63(9): 616-7
166. Vejledning om helbredsmæssige forhold hos udenlandske adoptivbørn og børn i indvandrersfamilier. Sundhedsstyrelsen 1992
167. Lægeundersøgelser ved ankomsten. Jette Lærke Holm. *Adoption og Samfund* 1991; 4: 20-21

168. <http://www.adoption.dk/hyppige/laegeundersoegelse.htm>
169. Surgical research in Vietnam. Hardaway RM. *Military Medicine* 1967 Nov; 132(11): 873-87
170. MASH – an army surgeon in Korea. Apel OF jr & Apel P. University Press of Kentucky 1998
171. Army Aeromedical Evacuation Procedures in Vietnam. COL Spurgeon Neel. *JAMA* 1968 Apr; 204(4): 309-13
172. Results of Early Aeromedical Evacuation of Vietnam Casualties. White MS et al. *Clinical Aviation and Aerospace Medicine* 1971 Jul; 42(7): 780-4
173. Evolution of an Intensive Care Unit in Vietnam. Flemming WH et al. *The American Surgeon* 1973 Jul; 39(7): 422-3
174. The New Face of Anesthesiology in Vietnam. Jenicak JA. *Military Medicine* 1967 Oct; 132(10): 799-802
175. New Concepts in the Management of Trauma (Vietnam War). Wilson TH et al. *The American Surgeon* 1969 Feb; 35(2): 104-6
176. The Military Blood Programs in Vietnam. Gerard BP & Trinh Van Chinh. *Military Medicine* 1972 Mar; 137(3): 109-12
177. Leprosy in Vietnam Veterans. Medford FE. *Arch Intern Med* 1974 Aug; 134(2): 373
178. Une mission d'évaluation médicale dans les tribus montagnardes des hauts plateaux du centre Vietnam. Gras C. et al. *Médecine Tropicale* 1995; 55(4): 381-4
179. Use and quality of antimalarial drugs in the private sector in Vietnam. Le Dinh Cong et al. *Bulletin of The World Health Organization* 1998; 76(Suppl 1): 51-58
180. Les études médicales de radiologie au Vietnam. Tu Tran Hau & Hoeffel JC. *J Radiol (fransk)* 1994 Aug-Sep; 75(8-9): 473-6
181. Tout est relatif mais....a propos de l'institut de médecine traditionnelle d'Hanoi. Boussat M et al. *Médecine Tropicale* 1996; 56(4Pt2): 457-60
182. Child Psychiatry in Developing Countries. Nikapota AD. *British Journal of Psychiatry* 1991; 158: 743-751
183. Vietnam: orientation appropriée d'un hôpital pédiatrique dans un contexte de ressources limitées. Nguyen Thi Ngoc Anh & Tran Tan Tram. *Médecine Tropicale* 1995; 55: 275-280
184. Sygdom og sundhed i Folkerepublikken Kina. Martin Smedebøl. *KinaBladet (Dansk-Kinesisk Forening)* 1999 nr. 2 og 3.
185. Neuropsychiatric sequelae of cerebral malaria in Vietnam veterans. Varney NR et al. *J Nerv Ment Dis* 1997 Nov; 185(11): 695-703
186. Serum dioxin, insulin, fasting glucose, and sex hormone-binding globulin in veterans of Operation Ranch Hand. Michalek JE et al. *J Clin Endocrinol Metab* 1999 May; 84(5): 1540-3
187. Virtual reality exposure therapy for PTSD Vietnam Veterans: a case study. Rothbaum BO et al. *J Trauma Stress* 1999 Apr; 12(2): 263-71
188. Establishment of drug chests in commune health stations in Vietnam, Bamako Initiative. Tran TT et al. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 1998 Sep; 29(3): 628-35
189. "Doi Moi" and private pharmacies: a case study on dispensing and financial issues in Hanoi, Vietnam. Chuc NT & Thomson G. *Eur J Clin Pharmacol* 1999 Jun; 55(4): 325-32

190. Surgery for victims of war. D. Dufour, S Kromann Jensen, M Owen-Smith, J Salmela, GF Stening og B. Zetterström. International Committee of the Red Cross, Geneva, 1990.
191. Erfaringer i krigskirurgi fra borgerkrigen i Afghanistan. Per-Martin A. Smedebøl & Peer Schousen. Ugeskrift for Læger 1991; 153: 99-101
192. HIV monitoring in Vietnam: system, methodology, and results of sentinel surveillance. Nguyen TH et al. J Acquir Immune Defic Syndr 1999 Aug; 21(4): 338-46
193. Predictors of visits to commercial sex workers by male attenders at sexually transmitted disease clinics in southern Vietnam,. Thuy NT et al. AIDS 1999 Apr; 13(6): 719-25
194. Problems and competencies reported by parents of Vietnamese children in Hanoi. McKelvey RS et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999 Jun; 38(6): 731-7
195. Medical Support of the U.S. Army in Vietnam 1965-1970. Major General Spurgeon Neel. Department of the Army, Washington, D.C. 1973
196. The United States Army Special Forces – Walter Reed Army Institute of Research Field Epidemiological Survey Team (Airborne), 1965-1968. Fuenfer MM. Military Medicine 1991 Feb; 156(2): 96-9
197. Importfeber. Jensenius M & Myrvang B. Nordisk Medicin 1998; 118: 402-6
198. Dengue/dengue Hemorrhagic Fever situation in Vietnam. Hoang Thuy Nguyen et al. Kaoshiung J Med Sci (Kao Hsiung I Hsueh Ko Hsueh Tsa Chih) 1994 Dec; 10 Suppl: 124-30