

Medicinske studierejser til Kina

Af

Martin Smedebøl
Anæstesiaafdelingen
Kalundborg sygehus

DASINFO's redaktør e-mailede mig en opfordring til at skrive lidt til et tema-nummer om kinesisk anæstesi. Årsagen er, at jeg gennem de seneste 5 år har lavet en række medicinske studierejser, der har bragt i alt 500 medicinsk interesserede til Kina, Vietnam, Indien, Cuba, Cambodja og Sydafrika. Jeg har bestræbt mig på at give rejsedeltagerne et indblik i landenes sundhedsvæsener: dimensionering, organisation, økonomi og særpræg. Det har ikke primært være anæstesiologisk orienteret, men vi har bl.a. besøgt det store Beijing Hospital, hvor den daværende cheflæge havde arbejdet 2 år på Århus Kommunehospital. Vi var her på rundvisning på deres operationsgang og overværede en hjerteoperation med hjerte-lungemaskine. Anæstesien fulgte her vestlige principper, og anæstesiologen fortalte, at akupunktur-anæstesi mest blev brugt på perifere forarmede sygehuse. Også intensiv afdeling og neonatalafdelingen på Beijing Pediatric Hospital har vi været inviteret indenfor på, hvilket gav et indtryk af høj faglig kompetence med mere beskedne økonomiske ressourcer end i Danmark. Epiduralanæstesi er meget udbredt i Kina: En artikel rapporterer om resultaterne af 1.304.214 epiduralanæstesier (Chinese Medical Journal 1991;104(6):510-5).

Sundhedsforhold i Kina

Kinas størrelse gør det umuligt at give en fyldestgørende kort beskrivelse af sundhedsforholdene, men i det følgende omtales nogle udvalgte problemstillinger og udviklingsforløb. Kina ernærer 22% af jordens befolkning, hvilket svarer til 1,2 milliarder mennesker, på 7% af jordens dyrkningsbare landområde. Summen af befolkningerne i USA, Rusland, Europa og Japan er stadig et par hundrede millioner mindre end antallet af kinesere.

Kinas økonomi er i tigerspring på vej fremad med vækstrater på 10% årlig, men det er endnu på mange måder et udviklingsland med 60 millioner, som lever under eksistensminimum. Dette er dog en fremgang i forhold til 1978, hvor der var 270 millioner kinesere svarende til 28% af befolkningen, som levede under eksistensminimum.

Det kan være svært at på en enkel måde at sammenligne livs- og sundhedsvilkårene i forskellige lande. I faktaboksen er opstillet tal for bruttonationalprodukt i U.S. \$ pr. person, vækstrate, forventet levealder og nogle data vedr. sundhedsforhold i Danmark, Kina og Etiopien. De store forskelle indikerer, hvilke enorme forskelle folk lever under i rige og fattige lande.:

<i>Faktaboks</i>	Danmark	Kina	Etiopien
Bruttonationalprodukt i U.S. \$ pr. person (1992)	26.626	378	52
Vækstrate (1992)	1,2 %	12,8 %	- 2,6 %
Forventet levealder (1995)	75 år	68 år	48 år
Personer pr hospitalsseng (1995)	184	382	3873
Personer pr. læge (1995)	360	648	30195
Procentdel af befolkningen som har Adgang til sundhedsvæsenet (1995)	100	92	46
Procentdel af befolkningen som har Tilgang til rent drikkevand (1995)	100	67	25

Der er store forskelle regionalt i Kina og mellem vilkårene i by- og landområder. F. eks. er gennemsnitsboligarealeet pr. person i byerne 7 m² og det dobbelte i landområderne. Disse tal er fordoblet i løbet af de sidste 20 år. Størstedelen af kineserne lever på landet og er generelt fattigere end bybeboerne. De rigeste områder i Kina er de østlige og sydlige områder, mens de mere vestlige regioner er fattigere og med lavere vækstrater. For at kunne få en opfattelse af de nuværende forhold indenfor sundhedsvæsenet i Kina er det nødvendigt at kende lidt til den historiske udvikling i landet i vort århundrede.

Udviklingen i Kina i de seneste 50 år

Indtil for 50 år siden var Kina et feudalt samfund præget af borgerkrige, fattigdom, endemiske sygdomme og jævnlig tilbagevendende hungerkatastrofer, hvor millioner mistede livet. Den daværende spædbarnsdødelighed estimeres til 250/1000, og middellevealderen var 35 år.

Efter kommunisternes magtovertagelse i 1949 fulgte i de næste 10 år en dramatisk reduktion i mortalitet og morbiditet baseret på forbedringer i socioøkonomiske betingelser, satsning på præventiv fremfor terapeutisk medicin, universel adgang til sundhedspleje, integrering af traditionel kinesisk medicin med vestlig videnskabelig medicin og samfundsmæssig stabilitet efter årtier med krigstilstand. Der blev iværksat massive vaccinationskampagner, lukning af bordeller og kampagner mod opiumanvendelse. Kina genopbyggedes på rekordtid efter ødelæggelserne under borgerkrigen, og dette skete med de eksisterende produktionsmidler.

Kinas første femårsplan løb af stablen 1953-57, hvor man gennem samarbejde og kollektivisering ville øge udbyttet i landbrugsproduktionen. I 1957 var 97% af al kinesisk landbrugsjord omdannet

til kollektiv ejendom. Omstillingsprocessen fordrede massiv politisk propaganda. Staten kollektiviserede også byernes fabriksvirksomheder. 5-års planen blev en bragende succes. Den Store Patriotiske Sundhedskampagne mobiliserede masserne med formålet at forbedre ernæring, sanitetsforhold og vandkvalitet og i kampen mod visse sygdomme. Anti-schistosomiasiskampagnen indbefattede aktivering af store befolkningsmasser for at udrydde snegle. The Four Pests Campaign omhandlede kampen mod fluer, myg, rotter og spurve. Spurve skulle udryddes, fordi de spiste korn. I dagevis støjede man med stegepander etc., indtil fuglene faldt døde om af udmattelse. Men de insekter, som fuglene skulle have spist, øgede i antal og overtog kornspisningen. Hovedresultatet var dog, at en række sygdomme (schistosomiasis, seksuelt overført sygdomme, spedalskhed og pest) blev så godt som udryddet – i hvert fald på kort sigt – idet nogle er ved at vende tilbage.

Under Det Store Spring Fremad i 1958-60 forsøgte Mao at demonstrere det kommunistiske systems styrke gennem at ekspandere landets industrielle kapacitet. Det Store Spring Fremad's mål var, at gøre Kinas 700.000 landbrugskollektiver til folkekommuner med gennemsnitlig 25.000 indbyggere. Dette skete i et forrygende tempo. Bøndernes private jordlodder blev frataget dem, og privat markedshandel ophørte. Fælles børneopdragelse og storkøkkener oprettedes, for at kvinderne kunne indgå mere effektivt i produktionen. Folkekommunerne skulle have egen industri og fremstille jern, industrien flyttes ud på landet. Det Store Spring Fremad slog katastrofalt fejl pga. naturkatastrofer med oversvømmelser og ødelagte afgrøder. Den decentraliserede jernproduktion var kvalitetsmæssig dårlig. På den tid var Kina isoleret af Den Vestlige Verden med Sovjetunionen som eneste allierede. Det var med russisk hjælp, at lægeskoler og hospitaler blev etableret. Det Store Spring Fremad medførte omforskydninger i landbrugssektoren, således at afgrøder visse steder rådne på markerne, andre steder blev jorden overudnyttet for at opnå urealistiske produktionsmål, og jern blev omsmeltet i decentraliserede smelteovne af lav kvalitet. Det kom til brud mellem USSR og i Kina i 1960, og tabet af russiske teknikere var mærkbart for Kina. Man mener, at mellem 20 og 50 millioner omkom af sult, og spædbørnsdødeligheden steg til over 300/1000 som følge af den katastrofale politik under Det Store Spring Fremad.

Kulturrevolutionen i 1966-76 medførte yderligere forandringer. Mao var vulnerabel pga. magtkampe i den øverste ledelse, og han intensiverede sit diktatur gennem et angreb på det privilegerede establishment. Lægeskoler og universiteter lukkedes ligesom specialafdelinger i hospitalerne. Intellektuelle som læger blev forfulgt og tortureret af rødgardister. Medicinsk

uddannede blev tvangsforflyttet til års tjenestegøring i landdistrikterne, hvor nogle arbejdede som landsbylæger og trænede lokale op til at fungere som barfodslæger. Andre og ofte de mest kompetente blev sat til simpelt arbejde – f. eks. arbejdede den mest erfarne pædiatriske hjertekirurg i Kina i 7 år med at plante ris.

De medicinske skoler genåbnede i 1972, men undervisningen var politiseret og optagelse til lægestudiet baseredes på politisk holdning, accept af Maos ideologi og erfaring fra manuelt arbejde mere end intellektuelle evner. Efter Maos død i 1976 indførte Deng Xiao Ping et markedssystem, der medførte hurtig økonomisk vækst med fordobling af landbrugsproduktionen på 5 år. Den nuværende udviklingen medfører tiltagende afstand mellem rig og fattig og risiko for øget inflation med aftagende købekraft. Nu er spædbørnsmortaliteten 37/1000, maternal mortalitet 50/100 000 og analfabeteratio 22%. Årligt fødselstal 22 000 000.

Sundhedsvæsenets opbygning

Det kinesiske sundhedssystem er opbygget hierarkisk: øverst findes Sundhedsministeriet, som udsender direktiver til provinsregeringerne. Under Sundhedsministeriet hører lægeskoler, visse hospitaler, forskningsinstitutioner og specielle bureauer som tager sig af f. eks. epidemiologiske, farmaceutiske og moder-barn sundhedsforhold. Under dette er der 500-700 sengs hospitaler spredt ud over Kinas 22 provinser, 3 byområder og 5 autonome regioner. Rigere provinser kan have flere hospitaler. Provinshospitaler har også typisk et universitet eller lægeskole. På det lavere amtsniveau har man oftest et eller flere amtslige hospitaler og et hospital for traditionel kinesisk medicin. Der findes også mindre amtslige sundhedsskoler, hvor landlæger uddannes. På det endnu lavere niveau findes i mindre byer små 15-30-sengs hospitaler med læger, der har gennemgået 2 – 3 års undervisning. De kan f. eks. udføre sectio. På landsbyniveau praktiserer sundhedsarbejdere, der tidligere kaldtes barfodslæger. De har måske 3 – 6 måneders træning og kan have privatklinik i deres eget hjem med udstyr begrænset til stetoskop, blodtryksapparat og termometer. De fleste obstetrikere, gynækologer og pædiatere arbejder på amtsligt niveau i byerne. Typisk størrelse for et amtssygehus er 300 senge. Staben er ansvarlig for træning af lavere niveauer i hierarkiet, således at 1/3 af den kliniske stab er forpligtet til at bruge 1/3 af deres tid på arbejde i et lavere niveau. Markedssystemet er på vej i sundhedsvæsenet, og meget kan fås for penge. Det hierarkiske systems fordele er et godt henvisningssystem for højrisikopatienter, facilitering af træning og disseminering

af sundhedspleje til fjerntliggende områder. Eksempelvis bestemte man sig i 1993 for at ophæve traditionen med adskillelse af nyfødte fra deres mødre, og i løbet af 1 år fik 3000 hospitaler titlen "Spædbarnsvenligt hospital". Frekvensen af ammeernærede børn steg fra 20% til 70%.

Sundhedsvæsenet styres gennem et system med "dual control": vertikalt føres der tilsyn nedad, og patienter henvises opad i systemet, og på alle niveauer er der en horisontel kontrol fra det politiske system, som er opbygget på et tilsvarende hierarkisk måde. Typisk omfatter hver provins ca. 70 amter, der hver har en gennemsnitlig befolkning på 350.000 mennesker. Udover det offentlige sundhedsvæsen findes i Kina sundhedssystemer med egne klinikker, hospitaler og lægeskoler indenfor visse store virksomheder som Folkets Befrielseshær, jernbanevæsenet o. lign. Omkring 1/3 af alle hospitaler er i den private sektor, hvor store firmaer har egne hospitaler. Der kommer også flere og flere privatejede hospitaler og klinikker, der drives som profitgenererende virksomheder. Der er nu omkring 153.000 læger i den private sektor i Kina.

Traditionel kinesisk medicin

Traditionel kinesisk medicin bygger på en holistisk filosofisk tankegang og en tusindårig tradition. Første skrevne kilde er Huangdi Nei Jing – Den Gule Kejsers Lærebog – fra omkring 200 f. Kr. Den er også udgivet på dansk. I denne bog beskrives et bredt spektrum af sygdomme og gives sundhedsfremmende råd om levevis, øvelser og diæt. F. eks. angives at folk med galdeblæreproblemer må være blevet syge pga. utilfredsstillede ambitioner og undertrykt vrede. Traditionel kinesisk medicin udviklede aldrig nogen kirurgi og havde mangelfulde kundskaber i anatomi. Traditionel kinesisk medicin baserer sig på teorien om at opretholde harmonien mellem 2 modsatrettede kræfter f. eks. Yin og Yang. Qi er livskraften, som kineserne forsøger at lære at kontrollere. Under Kulturrevolutionen var Qigong forbudt, fordi det blev anset for gammel overtro. Qigong består af forskellige former for rene vejrtrækningsøvelser, hvor man forsøger at "synke ned i sig selv". Der er forskellige former for udøvelsen: "vildgås-qigong" er en række æstetiske bevægelser, "trane-qigong" er ekstrem med skrigen, græden, latter og dans og "fagong" er overgivet sig til spontane bevægelser. "Liangong" er en form for qigong, hvor udøverne lader sten knuse mod deres hoved, lastbiler køre over brystkassen og jernstænger brækkes af foden. Traditionel kinesisk medicin har er på fremmarch i den vestlige verden.

I 1950'erne var der frygt for, at den traditionelle medicin ville blive tromlet ned af den mere moderne vestlige medicin. Der blev iværksat en lang række kliniske studier, og resultatet blev, at

det i 1958 bestemtes, at traditionel kinesisk medicin og vestlig medicin skulle sidestilles i sundhedsvæsenet bl.a. af cost-benefit hensyn og for at sikre en vis form for selvforsyning. Traditionel kinesisk medicin har sit eget departement i Sundhedsministeriet og i provinsernes sundhedsadministration, egne lægeskoler (mindst 29), hospitaler og forskningsinstitutter. Det skønnes, at 40% af al sundhedsydelse i Kina baseres på traditionel kinesisk medicin. Heri er ikke inkluderet egenmedicinering med præparater til sygdomsbehandling, sygdomsforebyggelse, tonika og afrodisica. Der er et traditionelt hospital i alle byer, og i 95% af hospitaler med ”vestlig medicin” findes afdelinger for traditionel medicin. Patienterne kan vælge frit – en opgørelse fra Jiangsu viste, at 25% af et års 10 millioner ambulante patienter valgte traditionel kinesisk medicin. Ofte anses vestlig medicin mere effektiv i akutte situationer, ved sygdomme med kendt ætiologi og ved alvorlige sygdomme, mens traditionel medicin vælges ved kroniske tilstande, ved immunsygdomme og i situationer, hvor ætiologien er ukendt. Samarbejdet mellem vestlig medicin og traditionel kinesisk medicin illustreres af, at 40 % af udskrevet medicin i vestlige hospitaler er af traditionel type, og det samme gælder også omvendt. Ofte udskrives til en patient både traditionel og vestlig medicin samtidig. Undervisningen i traditionel kinesisk medicin kan variere fra ”mesterlære” til 3-5 års studier på lægeskoleniveau, men undervisningsstandarden bedømmes som lavere end på tilsvarende institutioner med vestlig lægeuddannelse. Sidstnævnte har 10-15% af pensum afsat til traditionel kinesisk medicin. Der er over 300.000 læger indenfor traditionel kinesisk medicin, og tallet stiger. Men mange traditionelle hospitaler overlever kun på offentlig støtte, fordi patienter søger til bedre udstyrede vestlige hospitaler, og der har været ideer om at opprioritere afsnittene for traditionel kinesisk medicin ved vestlige hospitaler på bekostning af de rent traditionel kinesisk medicinske hospitaler, idet det giver mere effektivitet i forhold til ressourcerne.

Behandlingsmetoderne i traditionel kinesisk medicin er urtepræparater, akupunktur, akupressure, massage (tuina), kiropraktik (anmo), kopsætning, åndedrætsøvelser (qigong), skyggeboksning (taji quan), bevægeøvelser (taichi) og moxibustion. Akupunktur baserer sig på teorien om, at man kan genoprette balancen i kroppen ved at stikke nåle ind på udvalgte steder. I 1970`erne blev akupunktur i vid udstrækning anvendt til kirurgisk anæstesi i Kina, men det er nu forladt (personlig meddelelse fra Professor Luan Wen-Min, Beijing Hospital). Akupressure er tryk på akupunkturpunkter, og moxibustion er varmepåvirkning. I urtemedicinen indgår udover urter eksotiske sager som kogaldesten, æselsved, tørrede skorpioner, dyrespytkirtelsekret, diverse æg, dyretestikler, dyrepeniser etc. The Encyclopaedia of the Traditional Chinese Pharmacopoeia fra

1977 er på 2700 sider med 5767 stoffer med helbredende egenskaber. Heraf er 4773 substanser fra planteriget, 740 fra dyreriget, 82 mineraler og 172 sammensatte produkter. En ny encyclopaedi er under udarbejdelse, og den vil indeholde over 8000 stoffer. Gennemsnitlig kan en traditionel læge vælge mellem omkring 500 klassiske opskrifter, der indebære kombinationer af 5-15 stoffer, som stødes og koges til en drik. Mange opskrifter findes også som tabletter, kapsler og i ampulform. Den farmakologiske industri i Kina ekspanderer med salgsvremgang på over 50% fra 1988 til 1992 for både traditionel og vestlig medicin. Der er en offentlig kontrol med medicinen, men efter indførelsen af markedsøkonomien findes også meget ukontrolleret medicin. Det skønnes, at kun 20% af Kinas hospitaler køber medicin fra de autoriserede grossister, da produkter på det sorte marked er meget billigere. En del traditionel kinesisk medicin har fundet vej til Vesteuropa, hvor det forhandles hos alternative behandlere uden tilknytning til det officielle sundhedsvæsen. Ved samtale med højtuddannede vestligt uddannede kinesiske læger har jeg fået en tydelig opfattelse af, at de mener at traditionel kinesisk medicin vil vinde yderligere frem i den vestlige verden, fordi det er effektivt til udvalgte sygdomstilstande, det er billigt, og det er forbundet med meget få bivirkninger.

Der forskes meget indenfor traditionel kinesisk medicin – f. eks. har det 2000 år gamle malariamiddel ”qing hao su” vist sig at indeholde artemesin, som er effektivt overfor chloroquinresistent malaria. Glossypol, som er udvundet af bomuldsfrøolie, har en potent mandlig antifertilitetseffekt og har også vist en virucidal effekt mod HIV-virus. ”Tian Hua Fen” fra roden af *Trichosanthis kirilowii* Maxim. eller *Trichosanthis japonica* Regel. har en abortinducerende effekt kendt gennem 1000 år. I 1985 isolerede man det aktive stof trichosantin, som udover abortinduktion har vist sig at have en selektiv virkning mod HIV-inficerede monocytter og macrofager.

Markedsøkonomien og sundhedspolitik

Markedsøkonomiens indførelse i begyndelsen af 1980'erne medførte flere betydningsfulde økonomiske konsekvenser i sundhedssektoren. Centralregeringens bevillinger mindskedes, så de nu kun udgør 1% af sundhedsudgifterne. Ansvar for sundhedsudgifterne påhviler nu provins- og amtsledelserne. De dækker de basale lønudgifter og nye kapitalinvesteringer, hvilket beløber sig til omkring 20-30% af hospitalektorens udgifter. Resten skal skaffes gennem brugerbetaling, hvoraf egenbetaling fra patienterne skønnes at udgøre 45%. Hospitaler og sundhedscentre har betydelig finansiell uafhængighed og selvbestemmelse. Gratis sundhedspleje forsvandt med sammenbruddet af kooperativernes medicinske system. Man har indført et prisfastsættelsessystem for sundhedsydelser,

således at basale ydelser er prissat til under omkostningerne, hvilket betyder at man sætter penge til på disse standardbehandlinger, men profit kan hentes på medikamenter og ny teknologi. Der er udviklet forskellige betalingsordninger fra egenbetaling over private forsikringer til arbejdspladsbaserede forsikringer. Alle disse forandringer har medført øget ulighed mht. forskellige befolkningsgruppers mulighed for at opnå ydelser fra sundhedssektoren. Og der ses også en større ineffektivitet mht. til udnyttelsen af de knappe ressourcer. Man har observeret, at den tidligere stærke dominans af præventiv medicin svigtes til fordel for kurativ medicin, der betaler sig bedst under en markedsdomineret økonomi. I landområder er nu under 10% af befolkningen dækket af det cooperative medicinske system, og i byerne skønnes 45% af befolkningen dækket af sygeforsikring gennem deres ansættelse. Men graden af dækning synker, og folk må betale stigende egenandel. Pengene følger patienten, og serviceniveauet er bedre i velstående områder. Sundhedsudgifter pr. indbygger på landet i forhold til i byerne var 1:3 i 1981 og steg til 1:5 i 1992. Velstående patienter søger mod hospitaler i byerne, hvor belægningsprocenten er over 90, mens hospitaler i landdistrikter kan have belægningsprocenter helt ned på 45%. Udgifter til sygdomsbehandling bidrager til fattigdom. En gennemsnitshospitalsindlæggelse koster op til 30% af den totale årlige husstandsindkomst for fattige familier. Det skønnes, at 30% af folk, der lever under den officielle fattigdomsgrænse, blev fattige pga. alvorlig sygdom. Markedsøkonomien i sygehusvæsenet gør sig gældende ved priser på farmaka og på ny teknologi. Vestlige farmaka må øges i pris med 15% og kinesiske farmaka med 25%, og profitten kan tilfalde lægen eller institutionen. Det fører til overforbrug som behandling af lettere infektioner med intravenøs væske, vitaminer og antibiotika i polikliniske infusionsrum. Et studie har vist, at medikamentomkostningerne for forsikrede var dobbelt så høje som for uforsikrede i forbindelse med appendectomi, og der var ingen forskel i outcome. Også ny teknologi kan prissættes højt, f. eks. kan behandlingen på en neonatalafdeling koste 1000 yuan daglig (omtrent samme beløb i danske kroner), hvilket skal sammenlignes med gennemsnitslønnen på 600 yuan om måneden. Jo mere udstyr der bruges, jo højere bliver profitten. Adskillige hospitaler har en ”myopikorrektionsmaskine”, hvor patientafgiften kan koste 100 yuan pr. behandling. Priser for behandlinger annonceres ofte ved indgangen, og f.eks. kan sectio koste nogle hundrede yuan og rutineblodprøver 4 yuan. Udviklingen gennem de seneste 15 år har trods større ulighed i sundhedsvæsenet og ineffektiv ressourceudnyttelse ikke medført dårligere sundhedstilstand i den kinesiske befolkning. Det skyldes forbedrede socioøkonomiske vilkår, en stadig satsning på præventive indsatser, og at der stadig er et basalt sikkerhedsnet under den fattigste del af

befolkningen. Den kinesiske regering er også opmærksom på de problemer, som markedsøkonomipolitikken har medført for sundhedssektoren, og forsøger af øge sit budget til det offentlige sundhedsvæsen.

Sammenfatning

Kina er et fantastisk land med en 5000-årig historie, en enorm befolkning og en enestående kultur. Man har opnået utrolige fremgange i samfundsudviklingen, økonomien og levevilkårene i løbet af de sidste 50 år. Man har med succes sat kræfterne ind mod befolkningsekspllosionen, og er lykkedes med at indføre etbarnsprincippet på trods af, at kineserne er kendt som et yderst børneglad folkefærd. Indenfor sundhedsområdet har man også opnået mange imponerende resultater med de begrænsede ressourcer, man har til rådighed. Man søger at give et basalt sundhedstilbud til hele befolkningen og opbygge et hospitalsvæsen efter vestlig model, men har samtidig bibeholdt den traditionelle kinesiske medicin som en del af det officielle sundhedsvæsen. Markedsøkonomien har medført visse negative effekter i den kinesiske sundhedssektor, hvor man har stigende uligheder mellem land og by og mellem rige og fattige mht. behandlingsmuligheder, og en ikke-optimal fordeling af ressourcerne. Kina har derfor fremover mange problemer at løse indenfor sundhedsområdet både organisatorisk, økonomisk og behandlingsmæssigt. Det har været spændende at lede rejser for danske læger, og på nuværende tidspunkt planlægges en tur til Cambodja i november. Og så kunne jeg have lyst til at lave rejse til Sydafrika for traumatologisk interesserede læger. Både i Johannesburg og Cape Town har jeg set meget imponerende traumeafdelinger.

Tekst til 4 vedlagte fotografier og kinesisk anæstesijournal:

Store billede: medicinopbevaringen i apoteket for traditionel kinesisk medicin på mindre sygehus i udkanten af Beijing

Lille billede af mand med vægt: apotekeren afvejer traditionel kinesisk medicin i apoteket på stort universitetssygehus i Beijing

Lille billede: børn behandles ambulant for myopiprofylakse med elektriske apparater (briller), som giver strømstød som ved trancutan nervestimulering. Fra et større børnehospital i den kinesiske provins Indre Mongoliet.

Lille billede: 20 hvilepladser på række i afdeling for ambulant intravenøs behandling på hospital i Beijing.

Anæstesijournal: på trods af de kinesiske skrifttegn genkender man den typiske opbygning for en anæstesijournal.

Kaligrafi: det ene tegn står for ”fare” eller ”risiko”. Det andet tegn står for ”mulighed”, ”tilfælde” eller ”chance”. Sammenskrevet betyder det ”krise”. Pas på når det står på overvågninsskopet!

Den Himmelske Freds Plads: med 60 kollegaer på rundtur i Beijing.

