

E N O R I E N T E R I N G

O M

P I N S E V E N N E N E S H E L S E A R B E I D

I

P A R A G U A Y

A V

Brit-Lajla og Rudolf Larsen

Bodø den 29. januar 1984

## PINSEVENNES YTREMISJONS HELSEARBEID I PARAGUAY:

Paradoksalt nok er den sosiale innsats i misjonen et aspekt som ofte skaper debatt, og iblandt stiller en spørsmål ved dets berettigelse. Og reservasjonen er iblandt større enn ovenfor det samme helsearbeid hjemme. Grunnen er jo at misjonærens (utsendingens) basis. En er primært utsendt for å forkynne evangeliet - og det betyr som oftest bare verbalt. Dernest kommer misjonens begrensede ressurser - økonomisk som personellmessig.

At menighetens oppgave ikke bare er av rent åndelig art, viser svært mange skriftsteder, som f.eks. lignelsen om den barmhjertige Samaritanen; utvelgelsen av diakoner; i Jesu ord om grunnlaget for dommen: "jeg var hungrig, og I gav meg å ete, jeg var tørst, og I gav meg å drikke, jeg var fremmed, og I tok imot meg, jeg var naken, og I kledde meg, jeg var syk, og I så til meg, jeg var i fengsel, og I kom til meg." Likeså sier Paulus i Gal. 2:10 - at de kom de fattige i hu, og Jakob sier at "om en bror eller søster er naken og fatter føde for dagen, og noen av eder sier til: Gå bort i fred, varm eder og mett eder! men I ikke gir dem det som legemet trenger, hva nytter det?" Videre sier Jesus i Mt. 5:16: "La således eders lys skinne for menneskene forat de kan se eders gode gjerninger og prise eders Far i himmelen." Alså er det sosiale innsats en selvfølge for en kristen. Den sosiale innsats har sin egenverdi, og i tillegg er det en konkret måte å vise nestekjærlighet på - og Guds omsorg for hele mennesket.

Dermed skulle det være klart at den sosiale innsats ikke er et nødvendig onde - men endel av menighetens tjeneste og kall blandt mennesker som virkelig trenger hjelp.

Er det så nødvendig for oss å engasjere oss slik i Paraguay? Følgende forhold skulle rent statistisk vise at det så absolutt er behov: På landsbasis er det ca 1500 leger og 2000 innbyggere pr. lege. (I Norge ca 600). Det fins ca 2500 sykepleiere og ca 1200 innbyggere pr. sykepleier (i Norge ca 160). Spredningen av dette fagpersonellet viser at landsbygda kommer enda dårligere ut idet ca 70% av legene og 68% av sykepleierne befinner seg i Asuncion med bare 17% av befolkningen. Det brukes av det off. budsjett ca 30 mill. til helsestell (i Norge ca 15 milliarder). I Paraguay blir det kr. 10,00 pr. innbygger - i Norge ca kr. 3750,00 pr. innbygger. Og som om situasjonen ikke er ille nok, så er økonomien for nedadgående, og vi fra de rike land kan på ingen måte undra oss, selv om vi vet at mye av årsaken til dette vanstell skyldes forhold i selve landet - så som korrupsjon og manglende sosial innsikt. Samtidig vet vi at dette er et globalt fenomen p.g.a. skjev fordeling av godene.

Et tredje argument for at også misjonen bør engasjere seg i det sosiale arbeidet, er at myndighetene ikke verdsetter spesielt vårt evangeliske arbeid. Derimot så har vår sosiale innsats en verdi sett med deres øyne, og spesielt i arbeidet blandt indianerne er det absolutt avgjørende for at vi kan få arbeide blandt dem at vi også satser på dette. Det legitimerer vårt nærvær på en helt annen måte enn om vi bare satset på forkynnelse. Og de trenger så absolutt vår hjelp.

## Paraguays helsestell.

Det offentlige helsestell administreres av "El Ministerio de Salud y Bienestar" (Helse og velferdsdep.) med hovedsete i Asunción i Calle Brasil. Rundt omkring i fylkene (los departamentos) er det Centro de Salud (Helsesenter) og under disse "Puestos de Salud" (Helsestasjoner). Alle Centros de Salud har lege, sykepleier og jordmor - iallefall de jeg kjenner til. Disse små hospitalene har som regel noen få sengeplasser, fødestue, operasjonsstue, et enkelt laboratorium og ev. enkelt røntgenutstyr. Legebesøkene betales med 5-10 kr, og alle undersøkelser og behandlinger betales i tillegg. En sectio koster ca 1200 kr, en appendectomia det samme osv., og pårørende må sørge for å skaffe medikamenter. Det er sjeldent at hospitalene legger ut for pasienten, så uten penger er det heller ingen behandling.

I tillegg til den inntekt disse hospitalene får direkte av pasientene, så mottas overføringer fra det offentlige. Forøvrig så kan det fra tid til annen være mulig å få gratis medisiner til tuberkuløse og også andre, samt vaksiner. Det gjelder da preparater som er mottatt fra institusjoner i inn- og utlandet.

"Los Puestos de Salud" <sup>#</sup> rundt omkring i landsbyene har meget sjelden profesjonelt personell, og betjenes da av hjelpepleiere med ev. litt jordmorutdanning, og som regel er disse stasjonene dårlig utrustet både med utstyr og medikamenter.

"SENEPA" er en statlig organisasjon som arbeider med kontroll av malaria, og de har gjort en meget god jobb, og har faktisk utryddet malarian (foreløpig). De har et nett av personell som samler inn prøver fra febersyke personer. Prøvene blir tatt av helsesenter, helsestasjoner, butikkeiere som har fått utlevert nødvendig utstyr til å ta "una gota gruesa" (tykk bloddråpe), og likeså andre som er strategisk plassert. I tillegg blir alle hus regelmessig pulverisert med en blanding med DDT, og periodevis så samles inn malariamygg for å undersøke om den er bærer av parasitter. Paso Cadena var tidligere et belastet malariastrøk, og siste utbrudd var i 1979/80.

I tillegg er det igang et prosjekt via SENEPA for å kontrollere "chicha-fluen" som overfører parasitter som gir chagas sykdom som ofte kompliseres med myocarditt og dermed tidlig død. Det fins mye av denne fluen rundt om på landet, og særlig i hus med jordvegger og under maurtuer (takuru). I Paso Cadena området er det foreløpig ikke funnet fluer som hadde disse paracitter

IPS - Instituto de prevención social - er helsesentra for de **forsikrede** som arbeider i staten. Hospitalene er som regel bedre utstyrt både teknisk og personellmessig, men folk som ikke er forsikret må betale etter forholdene ganske mye for behandlingen.

"Las Farmacias" - apotekene finner en over alt, og selv i de minste landsbyene kan en finne slike apoteker som i allefall kan ha endel antibiotika etc., og i byene er det nesten på hvert hjørne en "Farmacia" som ofte kan ha et ganske godt utvalg av

# Eller "Los Puestos Sanitarios".

alle mulig medikamenter -også preparater som ikke er tillatt her i Norge. Det er i regelen fritt salg av alle medikamenter. Dog så selges narkotiske/beroligende stoffer bare i små porsjoner. Prisene på medikamentene er høye, og stiger med avstanden fra Asunción. Avansen på medikamentene er på vel 40%.

Medikament laboriatorium fins det mange av i hovedstaden, og de største er LASCA og SCAVONE. Vi har bare brukt LASCA, da de har endel billige "sosiale preparater". Det gjelder Chloramfenicol suspensjon og capsula; Tetracykliner i samme form; Lascatileno i samme form til innvoldsorm; jerntabletter og suspensjon samt sulfa vaginalcapsula. Forøvrig har de alle de medikamenter en vanligvis trenger. Det samme gjelder diverse utsyr. Vi får kjøpe med ca 40% rabatt. Er det preparater som ikke finnes i LASCAS katalog, er det mulig de forefinnes hos SCAVONE eller andre laboriatorium.

"Cruz Roja Hospital" -Røde Kors hospitalet-i Asunción har i tillegg til bl.a. en større fødsel-avd., en god øyeklinikk spesielt for de fattige.

Universitetsklinikken - også Asunción's Centro de Salud -er et større sykehus med avdelinger for alle sykdomsgrupper, også for lepra og leishmaniasis, men behandlingen må betales som tidligere nevnt, og for å sikre at behandlingen gjennomføres må de pårørende til pasienten alltid overvåke dette. Det gjelder forøvrig også ved de øvrige sentra.

PRIVATE klinikker, hospitaler og klinisk laboratorier og røntgenavd. etc. fins det mange av. Til personlig bruk har misjonærene ofte brukt "Hospital ADVENTISTA" i Calle Pettirossi eller "Hospital Bautista" i Avenida Argentina. Begge er utmerkede institusjoner, mens den førstnevnte er dyrest. Pasienter vi har hatt ansvaret for har vi ofte brakt til Hospital Bautista når det gjelder spesielle tilstander. En kan oppnå endel rabatt for fattige pasienter. De øvrige klinikker og laboratorier er så mange, at det er vanskelig å liste alle opp her, og en bør forhøre seg i det enkelte tilfelle. Som regel lønner det seg å konsultere leger på Hospital Bautista, og de vil ev. henvise en til spesielle laboratorier

MEDISINSKE UTSTYRSFORRETNINGER finnes bl.a. i Calle Int. Farriña, samt i Farmacia LASCA i Calle Palma.

MEDISINSK LITTERATUR kan en finne i de fleste større bokhandlere, men spesielt i

noen små bokhandlere i nærheten av Universitetshospitalet.

SKOLER for helsepersonell: Ved Universitetshospitalet utdannes endel leger og sykepleiere, samt farmasøyter og div. annet helsepersonell, men på langt nær nok til å dekke behovet. Også på Hospital Bautista er det en sykepleierskole.

VÅRE KONTAKTER MED DET OFFENTLIGE HELSESTELL:

1. EBEN-EZER. Ettersom hospitalet i 1983 ble tilbudt det offentlige helsevesnet, og nå har lege og jordmor, har misjonens engasjement på dette felt blitt redusert til å ta seg av tuberkuløse indianere, samt å betale for behandling som indianerne får. Ettersom stedet ligger like innenfor fylket Concepción, hører arbeidet inn under Centro de Salud i Concepcion, mens korteste veg til sykehuset er til Pedro Juan Caballero i fylket Amambay.

Men selv om staten har overtatt helsearbeidet i Yby-Yau, er det nok av uløste oppgaver, spesielt blandt indianerne. Etter som de bor nokså spredt omkring er det behov for å drive oppsøkende arbeid både med tanke på tuberkuløse og andre syke, samt for vaksiner. Men dette arbeidet må innordnes i det arbeidet som foregår på vårt tidligere hospital her.

2. PASO CADENA: Her vil det sosiale arbeidet fortsatt være i misjonens regi, og arbeidet bør utvides og organiseres bedre. Den nærmeste Puesto de Salud finnes i Itakyry 25 km fra PC, men p.g.a. dens dårlige bemanning har vi ikke hatt noe særlig kontakt med den. Fra 1983 har en lege vært bosatt i landsbyen, og vi har ofte konsultert ham, og han har også vært enkelte dager på klinikken i PC.

Når det var behov for røntgen, laboratorium ved div. medisinske sykdommer, og også ukompliserte benbrudd kontaktet vi alltid Centro de Salud i Pres. Stroessner. Institusjonen er relativt godt hjulpet med spesialister i lungesykdommer, kirurgi, gynekologi etc.. Rtg. pulm fikk vi gratis, likeså medikamenter til tuberkuløse. Utstryk til Ziehl-Nielsen fikk vi undersøkt her. Likeså fikk vi vaksiner: DPT, Meslingsvaks., Sabin, vac. mot gulfeber., BCG. Vaksinasjonene ble rapportert på spesielle skjemaer. Pasienter med behov for kirurgi brakte vi til Centro de Salud i La Colonia Pres. Stroessner 16 km fra Pres. Stroessner. Hospitalet har et fåtalls senger, og en kirurg og sykepleier. De vi har brakt dit har fått adekvat behandling. Behandlingen

må selvsagt betales av misjonen. Det største problemet var å finne noen til å se til pasienten hvis vi ikke hadde anledning til å være der. Så en må alltid sørge for å ha noen pårørende med dit.

Som tidligere nevnt ble pasienter med spesielle problemer brakt til Asunción, og innlagt på Hospital Bautista, eventuelt hos spesialister.

#### VÅRT ANSVARFORHOLD OVENFOR DET OFFENTLIGE HELSESTELL.

Som sykepleiere er vi bare registrert i INDI, og arbeider under INDI's administrasjon, da vi ikke har dokumenter som viser at vi er offentlige godkjente sykepleiere i Paraguay, og inntil nå har dette ikke vært noe problem. Men det er mulig å få Paraguayske dokumenter, men jeg kjenner ikke til saksgangen. Vi må gi rapport til INDI hver 3. mnd.. INDI utsteder på anmodning et kort som viser at vi er sykepleier, og at vi arbeider i La Mision NORMA, og er kjent i INDI.

Forøvrig er misjonen med i de private organisasjoners fellesråd som har en felles representant i INDI's råd.

#### VANLIGE SYKDOMMER.

Da vi stort sett er henvist til å stille diagnose ved hjelp av klinikken og anamnesen, er det selvsagt at i den stort sett guaranitalende befolkningen er en absolutt nødvendighet å beherske guarani. Utspørring via tolk er vanskelig, da en ofte mister de viktige nyanser som er så viktig for å forstå hva det dreier seg om. En ufaglært vil tolke disse nyansene forskjellig enn en faglært. Dessuten har selve språket og tankegangen en egen terminologi for sykdomstilstanden som ofte er vanskelig å oversette direkte, men forstås når en kjenner til folkets sykdomsoppfattelse. De folkelige begrepene kan ofte være så forskjellig fra vår egen sykdomsterminologi, at det må læres spesielt. Spesielt gjelder det begreper som i seg selv ikke beskriver tilstanden, men hentyder bare. Det gjelder spesielt om tabuområder, og intime detaljer. Guaranýrô III, Gaspar N. Cabrera gir en god innføring i dette. En annen ny situasjon for en norsk sykepleier, er å aktivt drive diagnostikk og behandling, samt å bli konfrontert med en ny medikamentliste med navn som ofte ikkesier så mye om innholdet. Er en på forhånd godt orientert i farmakologien og dens terminologi er det enklere da innholdet i preparatene oppgis i liten skrift på pakningene.

Men å drive på med diagnostikk er alltid i begynnelsen en nokså skremmende opplevelse, særlig når en står ovenfor truende tilstander. I tillegg føler en presset fra pasient og pårørende da de kan ha uforholdsvise store forventninger til oss, og vi blir betraktet som la Doctora eller el Doctor. Noen føler dette så vanskelig at de bare sender fra seg allt som virker vanskelig, med det resultat at pasienten må ut med store summer til lang reise og dyre sykehusbesøk. Selvsagt er det situasjoner hvor det eneste riktig er å dra til hospitalet, men det bør vurderes nøye, og en må forsikre seg om at de virkelig drar til hospitalet. Ofte drar de heller til "el curandero"-medisinmannen -, og da er det bedre at vi prøver å gjøre så godt en kan. Ofte ender det med at en selv må kjøre på sykehuset, og betale for behandlingen.

Gode håndbøker som El Vademecum Medico og Merch Manual er meget nyttige, og fins en rekke slike håndbøker både i gynekologi/obstetrikk, pediatri, kirurgi osv.. "El curandero" og hans/hennes poha ñañä (plantemedisin) er også en ny opplevelse for en norsk sykepleier, og ofte vi en vel le av den virksomheten. Med faktum er at disse medisinmennene/konene ofte kjenner til meget virksomme planter til f.eks. diaree, blødning i fødsel, hoste osv.. Det uforståelige kan ofte være deres diagnoser, og det største problemet er nettopp det, så ofte brukes feil medisin, og i feile doser. I allefall lønner det seg å ha et godt forhold til disse, da folk har meget stor tro på disse plantemedisinene og medisinmennene. En ide var å mere dra disse medisinmennene med i vårt moderne helsearbeid, slik at en kunne få eliminert endel av de uheldige sidene ved deres virksomhet.

#### SYKDOMMER HOS SPEDBARN.

På grunn av skikken med å pakke nevlesnoren inn i en bomullsbandasje, er infeksjonsfaren stor, og vi har sett noen tilfeller med tetanus med dødelig utfall. Dette ses ikke hos barn av tetanusvaksinerte mødre. Ellers ser en ofte kolikker som behandles med kostendringer hos moren (ungå erter, bønner), samt Espasmatropin dråper eller lignende. Barn av mødre med lite brystmelk er også et stort problem på grunn av de dårlige muligheter til å lage hygienisk morsmelkstatning. Ofte brukte folk te av anis. Vi anbefalte kumelkblanding etter samme retningslinjer som i Norge. Spesielle spebarnsmelk er dyr og vanskelig å få tak i.

Ellers så gjelder spedbarnsomsorgen de samme retningslinjer som i Norge.

#### VAKSINERING AV SPEDBARN:

Her bør en benytte samme opplegg som i Norge, bortsett fra at BCG vaksinen settes bare 24 t. etter fødslen. Dette på grunn av tuberkuløsehyppigheten. Ved enkelte Centro de Salud pleide de å vente med BCG vaksinen til etter siste DPT vaks. hvis barnet ikke var BCG vaksinert, da de opplevde at hvis BCG vaksinen slo kraftig an, ville mødrene ofte ikke komme til bakte med barnet for revaksinering. Forøvrig vil jeg henvise til egen litteratur om vaksinerings, f.eks. den norske Veiledning for leger og sykepleiere i vaksinerings.

#### SYKDOMMER HOS BARN FORØVRIG.

Den største enkelt-trussel for både spedbarn og større barn, er diareen -tye rasy. Av klinikken er det jo vanskelig å avgjøre hva slags infeksjon en er stillet ovenfor, men ved vanlig akutte diareer blir behandlingen den samme. Behandlingen består først og fremst i å gjenopprett væske- og elektrolyttbalansen, for det er forstyrrelse i denne balansen som skaper den livstruende tilstanden. Hos barn som ikke har mye oppkast, og kan drikke, er det enklest å gi s.k. "suero", d.v.s. vann tilsett salt, natron og sukker. Slike blandinger kan en få kjøpt ferdig, og en tilsetter da en viss mengde til en bestemt mengde vann (kokt). En kan jo også lage dette selv ved å vege opp sukker, salt og natron. Høy temperatur behandles med acetylsalisyl ev. noe lignende for injeksjon (f.eks. Algilasca). Oppkast behandles med Plazil eller Procalm, og den opphører som regel når væskebalansen blir korrigeret. Er barnet svært dårlig, gis også antribiotica, f.eks. Electrogel pr. os. Det inneholder endel elektrolytter, eller Novo-Dianetrol som inneholder div. stoppende stoffer. Begge preparatene inneholder neomycin. Til injeksjon kan brukes ampicillin ev. cloramfenicol. Sistnevnte brukes lite i Norge p.g.a. bivirkningene, men blir ofte valgt p.g.a. den lave prisen. Hvis barnet ikke drikker, må det gis væske intravenøst. Se forøvrig spesiell pediatrik litteratur.

Øyeinfeksjon behandles med antibiotika, fortrinsvis chloramfenicol salve.

Øreverk behandles med antibiotiske droper, eventuelt også systemisk.

#### Luftvegsinfeksjoner:

1. Influenza-gripe: En demper ubehag med acetylsalisyl, eventuelt et slimløsende middel.



2. Bronkitt og pneumoni ses ofte i kuldetiden, og som komplikasjoner til andre sykdommer som f.eks. meslinger. Ved lettere tilfeller brukes antibiotica pr. os. P.g.a. prisen, benytter en ofte tetracycliner, selv om den er uheldig for tennene. Har en råd kan en bruke Ampicillin eller Erytromycin. Som injeksjon kan en bruke Kryst. penicillin, eller de som ovenfor nevnt. I tillegg må en bruke slimløsende midler og ev. febernedssettende og smertestillende midler.

3. Laryngitt kan være svært livstruende, og pasienten må innlegges i sykehus med mulighet for oksygenbehandling og ev. tracheotomia.

4. Kikhosten hos uvaksinerte barn kan ha et voldsomt forløp, og som oftest er det riktig å gi barnet antibiotika som preventiv behandling. Kikingen kan dempes med fenemaletter.

#### Vanlige barnesykdommer:

Meslinger -sarampion - hos uvaksinerte barn kan ofte få et alvorlig forløp, og gi komplikasjoner som pneumoni, meningitt, encefalitt osv. Det lønner seg å gi disse barna antibiotika som profylaktisk behandling, spesielt hvis barnet var svært sykt.

Kusma, røde hunder og vannkopper har et forløp som vi er kjent med.

Innvoldsormer: Paracitosis - se'voi - fins selvsagt hos alle, og gir som regel anemi abdominale smerter, og iblandt forstørret abdomen, og ellers dårlig almentilstand. Lascatileno er billig, og tar de vanligste paracittene. Bedre er Mebendazol (Azoel) som er polivalente og tar alle typer innvoldsorm. I alle tilfellene må behandlingen gjentas etter 14. dager. Forøvrig så blir en ikke kvitt paracittene før en sanerer miljøet og begynner å bruke sko. Det lønner seg å behandle alle i en familie, da noen av paracittene lett overføres fra person til person.

Selvsagt har både store og små paracitter, men det er stort sett barna som lider mest av dette. Forøvrig så er Mebendazoldoseringen likt for alle, mens Lascatileno doseres etter alder, og enklest er å bruke en 5 ml. sprøyte som mål, og sprøyte direkte i munnen. Det går lettest om en får strålen helt bak i svelget, da det smaker vondt. En teskje = 5 ml.

Slangebitt hos barn må behandles med samme doser som hos voksne. Hyppigst ser en bitt av Jarrara. Giften forstyrrer koagulasjonsmekanismen, og gir mye smerte på innstikkstedet, hevelse, småblødning under huden, likeså i tannkjøttet og innvoller. Behandles med en Polivalent suero mot slangebitt (virksom mot Jarrara, Cascavel og Nandurire) Doseringen bestemmes av sykdomsbildet. Se egne skjema. Før en startet behandlingen må en ved å dryppe en dråpe på øyet undersøke om ev. allergi. Hvis ingen reaksjon innen 15 min. gis preparatet i.m. eller i.v. (sammen med annen infusjon). En bør gi antialergica, og ev. prednisonprep.. Se forøvrig eget litt. om dette. Den mindre hyppige bitt-type får en av Cascavel, og dens gift virker på nervesystemet og gir tilsvarende symptomer. Bittstedet er ikke så vondt. Vi bruker Polivalent suero. Den tredje slangetype er Nandurire. Det er en liten brun slange - ca 25-30 cm lang, og kan være vanskelig å oppdage. Den bare giftig når den er "laddet" til å angripe bytte, og gir således ikke alltid store reaksjoner. Men er en uheldig, så vil en få reaksjoner som går på koagulasjonsmekanismen og nervesystemet, så da er den Polivalente Suero på sin plass. I de andre to tilfellene kan en bruke spesifikke motgifter. Motgift kan en få på El Centro de Salud, ev. kjøpe på La Farmacia.

Forøvrig finner de samme sykdomstilstander som i Norge. Problemet kan være å diagnostisere dem uten tilgang på laboratoriem etc.. Det anbefales vedvarig bruk av pediatrik litteratur.

#### SYKDOMMER EN FINNER I ALLE ALDRER.

##### Hudsykdommer:

1. Generell hudinfeksjoner eventuelt med abcess ses ofte. Alt etter omfanget behandles de med antibiotica, enten lokalt med salve, eller systemisk. Abcesser må tømmes når det er fluktasjon, og dren legges inn. Spesielt er infeksjon hvor Ura - et sommerfugl-lignende insekt - har stukket og lagt inn egg som utvikler seg til en larve på opp til 1-1,5 cm. Ofte lønner det seg å ha litt garmisan i åpningen som en alltid vil finne, og når larven er død, åpner en (etter lokalbedøvelse) og tømmer hulen for larve og puss.

2. Pike - er en sandloppe som kryper inn under huden og legger egg i en poseformede sekk. En finner de som oftest under foten. Den er enkel å fjerne ved at en løsner rundt hele kanten, og drar så sekken ut. Det etterlater et hulrom som må holdes rent. Ellers så er prosessen omtrent smertefri. Folk flest ordner dette selv hvis det ikke bli infeksjon.

3. Soppinfeksjon - pysevo\* i - behandles med hyppig vasking og antifunguciva.

4. Skabb - sarna/kura'yi - behandles med Acater i 2-3 dager. Klær og sengetøy må skiftes hver dag. Sansynligvis har flere i familien samtidig, så alle må behandles, og hygienen forbedres.

5. Lus behandles med hyppig hårvask og et eller annet insekticid (f.eks. litt Neugon).

6. Laga/Leismaniosis er relativt lett og gjenkjenne. Det er sår som pasienten har hatt ei tid, og kanten har en tydelig voll. En har smerte i såret, og det er viktig da en ved lignende leprasår er smertefri. Såret er upåvirkelig av antibiotika. Diagnosen stilles av klinikken, og eventuelt påvisning av paracittene i sårsekretet. Behandlingen er Glucantim. Doseringen avhenger av vekten. En gir en injeksjon pr dag i 15 dager, og repiterer hele behandlingen etter 15 dager. Normalt er såret da helt grodd. Ubehandlet, eller etter ukomplett behandling vil en få den samme infeksjon i f.eks. nesen eller munnens slimhud, noen som gir meget stygge skader, og tap av nese. Derfor er det svært viktig å gi en adekvat behandling. Preparatet er billigst på apotek i Brasil. Ofte er det i tillegg vanlig infeksjon i såret, og det må behandles med antibiotisk salve.

7. Lepra fins i Paraguay, men er ikke observert hvor vi arbeider. Men det er viktig å skille de sårene fra llaga.

8. Chaga er en infeksjonlignende hevelse, oftest i ansiktet rundt øynene. Også den er upåvirkelig av antibiotika. Den skyldes paracitter overført av chicha-fluen, og vil i ubehandlede tilfeller gi myocarditt. Det er ikke observert slik infeksjon, selv om fluen fins i området vi arbeidet. Viktig forebyggende arbeid er å tette alle sprekker i jordveggene, fjerne maurtuer (takuru), eventuelt forbedre byggeteknikk (vegger av vanlig materialer osv.)

Det fins medisin som bare er virksom like etter bittet, og beklageligvis blir tilstanden ofte oversett, og tolket som øyeinfeksjon.

#### FORDØYELSESORGANER.

En ser ofte pasienter med difuse abdominale plager, og i svært mange tilfeller kan det skyldes paracitosis, dårlig fordøyelse p.g.a. kostholdet med mye mandioka og stort oljeforbruk, eventuelt forandring i de indre organers plassering p.g.a. dårlig kosthold. En ser ofte pasienter med dyspepsi og lignende plager. Diaree hos voksne behandles ofte med

Sulfacarbon. Viktigst er likevel væsketilførslen. Risavkok tilsatt salt (og sukker for smaken) er ideelt. - Appendisitt ble observert bare noen få ganger. Er det truende perforasjon, bør en gi pasienten store doser med antibiotika før en kjører til hospitalet.

Forøvrig finner en tilsvarende sykdomsbilder som i Norge.

#### KRETSLØPET.

På grunn av den unge befolkningen og relativt feilt kosthold er hjerteinfarkt sjeldent.

Derimot ses endel tilfeller av hjertesvikt hos gamle, og det behandles på vanlig vis.

Hypotensjon ses ofte i alle aldrer, og skyldes i alt vesentlig varmen kombinert med for lite værske og salt inntak. Behandles med å ta salt/salt-tabeletter og mye væske. I mere uttale tilfeller kan en bruke Revibol som stimulerer sirkulasjonen og forhøyer BT.

Hypertensjon ses også, og behandles på tradisjonelt vis.

Forøvrig som i Norge.

#### LUNGENE.

Bronkitt og pneumonier behandles med antibiotika og expectorante. Likeså behandler en allergiske tilstander, som astma med de vanlige preparatene.

Mere spesielt er TUBERKULOSEN. Som oftes ser en pasienten når infeksjonen er blitt så omfattende at der er tydelig krepitasjon over lungene. Det er alltid høy senkning, og endelig diagnose stilles på påvisning av Koch bac. i sputum ved hjelp av Ziehl-Nielsens fargemetode. Men ofte er det vanskelig å få brakt prøvene til laboratoriet i Pres. Stroessenner. Vi pleide da å gi en uke med vanlig antibiotika, spesielt hvis anamneses gir holdepunkter for tbc.. Hvis ingen forbedring starter en opp med tbc-behandling. Det fins flere behandlingsopplegg: 1. 1 g Steptomycin + 1 tb. Diateben daglig i 3 mnd. (søndag ikke Streptomycin) 2. Streptomycin, Isoniacide og PAS. 3. Rifampicina og Ethambutol. 4. Ev. andre kombinasjoner. Hva en velger avhenger av økonomi, resistens, mulighet for behandling hjemme eller ei, sykdomsgraden etc.. Det vanligste opplegget var innleggelse i 3 mnd. med Streptomycin og Diateben, ev. andre preparater, og så Diateben i 1 -2 år. Det anbefales at en studerer tilgjengelig litteratur, samt konfererer med lungelege på helsestasjonen.

Viktigst er dog tuberkuloseprofylaksen ved vaksinerings, samt kontroll over befolkningens helsetilstand, og isolere smitekilder. Men det er vanskelig, og krever store resursser.

NERVESYSTEMET. Selvsagt finner en tilsvarende sykdommer i nervesystemet som i Norge, men hyppigst ser en feberkramper som jo behandles enkelt med febernedsettende midler. Endel epilepsi ses også, men det var vanskelig å få pasienten brakt til et sykehus som hadde EEG-utstyr. En stillet diagnosen på klinikken, og iblandt på pasientens utsagn. Behandling som vanlig.

Meningitt er jo en svært dramatisk tilstand, og en bør være vel fortrolig med de tidlige symptomene som tretthet, nakkestivhet, små hudblødninger, feber etc., så behandling kan innsettes så tidlig som mulig. Ved den minste tvil, må en gi antibiotika i store doser: Kr. penicillin 10 mill i.v., Chlorampenicol, Sulfa (helst inj.) Bør stå på antibiotika i minst 14 dager. Ofte må disse pasienter bringes til sykehus, men start opp med behandling før avreisen.

REUMATISKE LIDELSER. Mest fremtredende er gikten p.g.a. utette hus og mye trekk. En kan bruke vanlige smertestillende prep. Forøvrig ses slitasjesykdommer, leddgikt etc., dog ikke så mye som i N. p.g.a. lavere levealder.

BLODSYKDOMMER. Hyppigst ser en anemi. Den behandles med jernpreparater og anti-paracittmidler. En vanlig praksis er å bruke Leverekstrakt-injeksjoner ved anemi, men det er feil, idet det bare er behov for slike preparater ved Perniciøs anemi. Forøvrig så en tilfeller med leukemi.

MALARIA. Tidligere var området omkring Paso Cadena belastet med malaria, men er idag omtrent fri for denne sykdommen. Sykdommen kalles akanundu ro'y, og folk er vel kjent med dens symptomer: daglige febertokter, hodepine, magesmerte. En finner anemi, ev. forstørret milt, og i tillegg kan pasienten ha andre sykdommer p.g.a. nedsatt resistens. Sikker diagnose stilles på påvisning av paracitter i blodet. Behandlingen er klorokin, og den doseres etter alder/vekt. Er smittefaren stor, bør en ta klorokin profylaktisk.

DIABETES er mindre hyppig p.g.a. det magre kostholdet, og unge diabetikere dør tidlig p.g.a. vanskeligheter med å gjennomføre behandlingen. Behandlingen er som ellers.

RABIES fins, men det er sjeldent en hører om dødsfall. I de tilfellene vi har hatt pasienter som er bitt av mulig rabis-smittet dyr, har vi vasket såret meget grundig med MYE vann og ev. børste (en kan bedøve først), og injeksjoner med vaksine mot rabies.

FEILERNÆRING. Den mest utsatte gruppe for feilernæring er småbarn på omkring 18-24 mnd. og med mindre søsken som diet moren. Ofte var tilgangen dårlig på kumelk, og mødrene har ofte lite innsikt i hva som er egnet mat til småbarn, og likeså nårtid de bør begynne å gi fast føde. Mange ammet barna lenge (2-3 år), men ofte var da melken av dårlig kvalitet.

Ellers så var jo temaet ernæring et stadig tilbakevendende tema, idet folk ofte ikke hadde nok mat, særlig i tider med lite arbeid, under sykdom, hos enslige mødre, og gamle mennesker, og dette er vel en av de vesentligste utfordringer for oss. En kan jo løse ernæringsproblemet for enkelte ved å gi dem mat. Men det løser ikke grunnproblemet, nemlig den kroniske mangelen på mat i et samfunn som egentlig burde ha mer enn nok. I tidligere tider fikk indianerne dekket sitt proteinbehov via viltet og fisken, samt et enkelt hagebruk. Idag er viltet borte, mens de små hagebruk er delvis opprettholdt, og en kompenserer tapet av vilt med å arbeid på estancias rundt omkring. Dessverre så står ikke utbryttet i noe forhold til innsatsen, og en klarer ikke å skaffe seg tilstrekkelig med mat.-

Med andre ord trenger vi å hjelpe folket til å innse nytten av å selv produsere det de trenger av mat, både ved et differensiert åkerbruk og ved husdyrhold. En bør satse på produkter som er kjente, og som ikke er for krevende m.h.t. behov for plantevernmidler og spesiell kunnskap. Ved å produsere litt mere mais, bønner, soya, ris, søtpotet, mandioka, diverse grønnsaker og citrusfrukter og bananplanter, eventuelt andre planter, ville problemet være løst.

For fremtiden burde større ressurser settes inn nettopp på dette felt, da arbeidsmarkedet vil bli strammere med årene.

SKADER. Disse behandles på tradisjonelt vis med god rensing av såret, og suturering hvis det ikke er fare for en mulig tetanus infeksjon. I så fall må såret legges åpent. En bør alltid gi tetanus-vaksine, som bør repiteres etter 4 uker. Likeså er det ofte nødvendig med antibiotika.

FORGIFTNINGER. Her vil jeg bare nevne forgiftninger ved bruk av insektisider for landbruket. Ofte brukes disse stoffene svært skjodesløst, og hvert år er det mange som dør av forgiftninger. Symptomene kan variere fra hodepine og kvalme, til voldsomme symptomer som bevisløshet, svært eksudatutvikling, sjokk etc..

Behandlingen er som regel Atropin i store og hyppige doser, inntil pasienten blir bedre, samt antialergiske midler, behandling av sjokket. Spør alltid etter etiketten på giftpakken/flasken, da det der som oftest oppgis hva slags antidot som gjelder, men som sagt er det som oftest Atropin.

GYNEKOLOGI. Selsagt vil problemene være de samme som i Norge, men ettersom fødslene ofte er flere er plagene også flere (decens etc..), men dette oversees ofte.

Mere aktuelt er infeksjoner som gonorrhoea og syfilis, og andre mere banale, men plagsomme infeksjoner. Viktig er det å også behandle seksualpartner.

SVANGERSKAP OG FØDSEL. Da en ikke rår over utstyr for å diagnostisere svangerskap, må det gjøres bare rent klinisk. Gjennom svangerskapet er det meget hensiktsmessig med månedlig kontroll av BT, vekt, urin (proteinuri), uterus / fostrets vekst, fosterlyd. Bekkenmåling kan være nyttig på små kvinner for å avgjøre bekkenets form og mulighet for problemer i fødslen. Av medikamenter bruker en jern og vitaminer, og instruerer om kostholdet. I siste mnd. av svangerskapet er det nødvendig å avgjøre fostrets stilling, eventuelt korigere det til hodeleie.

Komplikasjonene er selvsagt de samme som i Norge. Men vi har sett tilfeller med preeklampsi og eklampsi uten nevneverdig høyt BT. Derfor er det svært viktig å kjenne til normalt blodtrykket hos kvinnen, og vurdere ev. hypertensjone i forhold til det. Behandling er fra bare ro og saltfattig kost, til bruk av Valium og barne Lasix, eventuelt forløse barnet ved sectio. Pasienten må innelegges i sykehus for spesiell behandling.

DE aller flest føder sine barn hjemme, og får hjelp hos nabokoner med litt erfaring i fødselshjelp. Indianerkvinner foretrekker å sitte på huk, noe som nok gir bedre kraft under forløsningen, men som gjør det vanskeligere for fødselshjelperen å lede og støtte under utdrivelsen. Ved vanskelige fødler i ryggleie, har jeg i flere tilfeller sett overraskende endring i fødselsforløpet ved å la pasienten sitte på huk, eller på kne til hodet nesten var ferdig til å forløses, og så lagt pasienten på rygg for å støtte under selve forløsningen.

Det anbefales at en studerer nøye behandling ved nevlesnorframfall, forsinket forløsning av placenta/placenta accreta, blødning portpartum (særlig hos multipara). Spontanabort behandles m/ro samt Methergin cp. hvis svær blødning. Ellers abracio.

Øg selvfølgelig andre forhold omkring fødselshjelp. At en har utstyret og medikamenter i orden til en hver tid er vel selvsagt.

Vaksinering men Antitetanica skjer i 7 og 8 mnd..

Hos kvinner som ikke bør få flere barn p.g.a. mange fødsler, ev. med komplikasjoner og ved annen sykdom, har det vært foreslått sterilisering, ev. preparater inntil det blir gjennomført. Teknisk sett er det enklest hos mannen, men kanskje ikke psykologisk. Forøvrig så kjenner indianerne til planter som virker inn på fertiliteten.

#### LABORIATØREUTSTYR

For å kunne drive en klinikk, er en avhengig av diverse utstyr, men i praksis må en ofte unvære det. I Paso Cadena fins utstyr til Senkningsreaksjon (SR)/erytrosegmentación, stics for undersøkelse av urin (blod, proteiner, ketoner, sukker, bilirubin, ph.), reagenser for Ziehl-Nielsens farging av bronchialsekret ("spytt"), lamina til "tykk bloddråpe" for us. av malariaparasitt, otoscop, stetoskop, termur, BT-utstyr, bekkenmåler, babyvekt, hammer for refleksus..

Vi mangler microscop, og dertil mulighet for å undersøke div. preparatert.

Likeså for diverse blodprøver, sentrifuge, vekt, sug, samt div. reagenser.

TANNEKSTRAKSJONER. Hos en stor del av befolkningen er tannstatusen heller dårlig, og eneste behandling er å trekke tennene, og i Paso Cadena har vi utstyr for å foreta de vanligste ekstraksjoner under lokalbedøvelse. Hvis en ikke er kjent med slik behandling, bør en via litteratur og praktisk opplæring hos tannlege skaffe seg nødvendig kunnskap.

Av komplikasjoner kan nevnes gjenstående rot. Ofte kan en få den ut ved å presse utenpå benet slik at den spretter opp, eventuelt vippe den opp med spist instrument. Blødninger kan være vanskelige. Behandles med kompresjon, ev. injeksjon av Hemo-crom, spongostan i såret, og sammensying av sårkantene. Pasienten bør ligge i ro ved blødningstendens.

Ved kraftige infeksjoner, er det ofte vanskelig å få anestesen til å virke, så da gir en antibiotika i noen dager, og foretar så ekstraksjonen.



MEDIKAMENTER. Som tidligere nevnt har vi gjort innkjøp hos LASCA, Asuncion, og i tillegg har vi fått endel preparater fra bl.a. World Concern (missionary supply), og i tillegg fins en organisasjon i Holland og i Danmark, samt at det i Medical care in developing countries, appendix A er oppgitt diverse leverandører av bl.a. medikamenter.

Medikamenter bør omfatte følgende grupper (se også nevnte bok , appendix J)

Medikamenter som virker på det kardiovaskulære system

Medikamenter som virker på det nervesystemet.

Medikamenter som virker på uterus.

Medikamenter som virker på det respiratoriske system.

Antihistaminer.

Antiparasittmidler. (antibiotica, antiparac., antimalaria, antiamebiasis etc.)

Hormoner (insulin, cortison o.l..)

Mineraler og vitaminer.

Intravenøse væsker (NaCl, Glukose, Heamaccel samt rehydrantica oral )

Medikamenter for forgiftninger (atropin, Nalorphine, antiofidico o.l)

Vaksiner.

Antibiotiske salver/dråper til øyeinfeksjoner

Antibiotiske dråper til øreinfeksjoner.

Hudpreparater (antibiotiske salver, antialergica, midler mot kløe etc.)

Antiseptiske midler

Midler mot obstipasjon.

Forøvrig har både Lasca og Scavone og andre laboratorier egne kataloger som beskriver preparatene. Derimot er det liten omtale av bivirkninger og kontra-indikasjoner. En norsk Felleskatalog er derfor nyttig.

ØKONOMI. Pengemangel er selvsagt det store problem i helsearbeidet, og det er ikke mulig å få noe tilskudd fra staten, så lenge klinikken ikke er statens og drives av den. For å drøye midlene kan en jo prøve å få kontakt med diverse medisinske leverandører til misjonsorganisasjoner (se Medical care... app.A), og samtligne

deres priser + frakt og ev. toll med nasjonale priser. Uten tvil er det ekstra omstendig å kjøpe fra utlandet. Hvis en vil prøve, bør det skje via INDI, og med garanti om tollfrihet, ellers kan det bli svært dyrt.

Medikamentene hos nasjonale laboratorier selges med ca 40 % rabatt hvis en kjøper i større mengder, og rabatten øker som regel med mengden. For å tjene litt, selges preparatene til vanlig utsalgspris. Det gjelder selvsagt folk som en anser har råd til å betale. Også annen behandling kan en ta betaling for, alt etter folks betalingsevne.

#### ANDRE RÅD OG VINN.

1. Uten tvil er et av de viktigste råd at en må lære seg BÅDE spansk og guarani, samt at en bør satse noen år på dette arbeidet, da det krever så pass mye av spesiell kunnskap, og at det dermed tar sin tid for å komme ordentlig igang. En rent teoretisk opplæring er ikke tilstrekkelig, og en bør søke å få arbeide samtidig i et miljø som enten bare er spansk-talende, eller bare er guarani-talende. Begynner en først å bli avhengig av tolk, er det ofte vanskelig å frigjøre seg fra tolken. Av spansk-kurs fins det jo mange typer - som f.eks. Lingaphone course, mens i guarani anbefales "Un curso breve en Guarani", samt grammatikk og ordbok av Guash. "El guarani a su alcance" er ikke så godt tilrettelagt. Dessuten er det hvert år kurs i guarani, arrangert av et Guarani-institutt i Asuncion.

2. KONTAKTER: a. INDI - Instituto Nacional del Indigena hvor en bør/må være registrert. Et åpent og godt forhold vil være til stor hjelp i arbeidet.

b) Consejo de entidades privada, som ireglen skal ha et møte i mnd..

c. God kontakt med det nærmeste Centro de Salud, og dets leger er så absolutt av sin betydning., eventuelt andre leger. Legen som har "La Farmacia del Oeste" i Prst. Stroessner har gitt meg mange gratis konsultasjoner, når vi kjøper medikamenter hos ham, og det kan spare en for mye venting og utlegg.

Ved innleggelse av pasienter på hospitalet i Colonia Pres. Stroessner, bør en

avtale behandling med ansvarlige lege, spesielt når det gjelder indianere som en må forlate på hospitalet.

d. Asociación Indigenista del Paraguay er det elste private og nasjonale organ for indianerne, og det er så absolutt en fordel med jevn kontakt med dem. De har bl.a. advokater som kan ta seg av indianere som er fengslet, noe som så absolutt er nødvendig.

e. Det er også nyttig å gjøre seg kjent med nærmeste politimyndighet og presidenten for "La junta Municipal", da de kan være til hjelp i vanskelige situasjoner, og det er lettere å få hjelp om en er kjent.

f. En må ikke glemme de kvartalsvise rapportene til INDI. Likeså må en i nov. skaffe seg tillatelse for å kjøre gjennom Caacupe, samt at bilskilt og sertifikat skal fornyes i febr.. Også Impuesto Interno skal betales da.

g. Ved klesutdeling er det nyttig å notere hvahver familie får, og det er lite klokt å gi tøy på krita til folk som sakl betale, da det bare blir en ekstra plage. En legger da tøyet av til de har penger. Gratis får bare syke (og ev. deres familie hvis det er forsørgeren som er syk) gamle, enker og andre spesielt fattige. Andre betaler altså litt for klærne.

h. Eventuell matutdeling bør foretas på bestemte dager, f.eks. tirsdag og fredag, ellers blir det bare et stadig "mas".

i. Litteratur kan skaffes fra en medisinsk litteratubokhandel nær Hospital Clinica, ev. andre bokhandlere, eller en kan skrive til (på misjonens papir):

EDITORIAL PAX-MEXICO

Rep. Argentina 9, Mexico 1, D.F. MEXICO.

Eller:

THE HESPERIAN FOUNDATION

P.O.Box 1692, Palo Alto, California 94302, USA

Det lønner seg å skrive etter litteraturliste, da det stadig kommer nytt materiell.

Nyttig medisinsk litteratur:

Donde no hay Doctor, David Werner.

Primary Child Care, Maurice King

El Medico Rural en paises en desarrollo, M. King m/fl..

El Laboratorie Rural

Merck Manual (eng. og spansk). Meget nyttig med. oppslagsverk.

El Vademecum Medico ligner Merck Manual.

Håndbøker i obstetrikk, gynekologi, pediatri, atlas over hudsykdommer og eller litteratur etter behov.

I El Medico Rural en paises... app. B, oppgis enda flere titler.

Et meget nyttig blad er "CONTACT" FRA Consejo Mundial de Iglesia, 1211 Ginebra 20, SUIZA. Det utgis av den medisinske seksjon, og behandler diverse emner omkring helsearbeid i u-land. Bladet er gratis, og kommer 6 ganger pr. år.

Av paraguayske forfattere vil jeg spesielt anbefale endel av bøkene av Jorge Ritter, en lege, som har skrevet bl.a. "EL pecho y la espalda" hvor han beskriver en leges arbeid på landet i Paraguay. I et lite hefte om "El Medico Rural" gir han en meget god innføring i "la psicologia del campesino" -bondens psykologi etc..

I "El progreso y la pobreza en el Paraguay" (annen forfatter) kan en finne mye nyttig stoff for å forstå særlig de fattiges situasjon.

I " Solucionemos Nuestro Problema Indígena con el INDI" av R.C. Bejarano, mangeårig leder av Asociación Indigenista del Paraguay, får en en god innføring i indianerproblematikken. "Entre Ava Katuete" av M.A. Bartolome gir en nokså korrekt beskrivelse av guarani chiripa indianernes religiøse liv. Noen av personene nevnt i boken bor i Paso Cadena.

I "Suplementos Antropológico " kan en finne mange interessante artikler om forskjellige forhold i det paraguayske samfunn. I Nr XI, no 1-2 finner en bl.a. en ganske grundig gjennomgåelse av pay-tavtera indianerne i nord.

For litteratur om misjon og "misjonsantropologi kan en få fra

WILLIAM CAREY LIBRARY, Publisher and Distributors

P.O. Box 40129, 1705 N. Sierra Bonita Ave., PASADENA, CALIFORNIA 91104.

Jeg vil spesielt nevne "Understanding Latin Americans, E. Nida, samt Customs and Cultures. E. Nida.

Hvis en kjøper bøker fra utenlandske bokhandlere, får en som oftest regningen først, og etter at den er betalt, blir bøkene sendt.

I Paraguay er det særlig hos bokhandleren "Los Comuneros" hvor en kan finne mye nyttig litteratur om det paraguayske samfunn, og en gjør vel i å lese mest mulig.

For å avrunde denne orienteringe om Pinsevennenes helsearbeid i Paraguay, vil jeg sitere hva Jorge Ritter sier i "El Medico Rural":

Vos que luchas contra el dolor, la ignorancia y la fácil muerte del campesino, no te rindas que ná chamigo que tu lucha es noble y sagrada.

Dere som kjemper mot smerte, uvitenhet og folkets for tidlige død, glem ikke, min venn, at din kamp er edel og hellig!

Eller som Jesus sa at det dere gjør mot de minste, det gjør vi mot Ham!

Oppi alt det praktiske arbeidet, nattevåk, problemer og følelsen av ikke å lykkes som en burde, så skal vi vite at om vår plass stod tom og ingen fylte den, da ville situasjonen for de mennesker vi er satt til å hjelpe, ha blitt dramatisk forverret. Det er ofte ikke de dramatiske forandringer som skaper de prosentvis største forandringer for enkeltindividet. Mange av de plager folk ha kan avhjelpes med små midler, og vi erfarer jo at det er f.eks. færre småbarn som dør av tildels banale sykdommer. Derfor gjelder det å stå på. Det hjelper å hjelpe!

Dessuten skaper vi en solid plattform for å gi disse mennesker evangeliet, derfor gjelder det om at vi gjør vårt beste - til folkets beste. og HERRENS ÆRE!

Brit-Lajla og Rudolf Larsen.