

# LEGEMISJONEN I INDIA FØR OG NÅ

av

DANIEL ANDERSEN

Den første protestantiske hedningekristen i India i det Øst-Indiske Kompanis dager, var en snekker med navnet Krishne Pal, som kom til doktor John Thomas med en skulder ute av ledd.

Dr. John Thomas var lege i det Øst-Indiske Kompaniet, og han tok seg tid til å forkynne evangeliet og å gi medisinsk hjelp til fattige, nødlidende masser av indere omkring seg i tillegg til sine offisielle plikter. Etter noen år reiste han hjem til England, sa opp sin stilling i Kompaniet, og bestemte seg for å vende tilbake som legemisjonær. Han lette etter en medarbeider, særlig en som kunne oversette Bibelen til bengali, og fant at Gud hadde åpnet veien for ham ved at William Carey (som tidligere hadde tenkt seg til Sydhavsøyene eller Afrika) tok dette som Guds kall til seg.

Lederne av det Øst-Indiske Kompaniet opponerte iherdig imot forslaget at disse to skulle begynne misjonsarbeid i de deler av India som var under deres herredømme og avslo deres reisesøknad. Likevel dro de avsted til India ombord på et dansk skip, uten tillatelse fra Kompaniet. Reisen tok fem måneder. Ikke lenge etter startet de et spedalskesykehus, som så vidt vites er det første i sitt slags i India, dette i tillegg til alt det andre de fikk gjøre som er blitt misjonshistorie.

Dette banebrytende arbeid for å avhjelpe den skrikende medisinske nød, er karakteristisk for legemisjonen i India fra de lengst svunne dager, da de steg i land i India i 1793 og inntil vår tid. Men forat vi skal skjønne å verdsette rett den spesifikke misjonærinnsatsen i Indias medisinske problem, og for å se disse i forhold til hverandre, må vi først vite litt om indisk medisinsk historie.

Ved siden av andre kulturgrener, går også indisk medisinsk

kunnskap tilbake til flere århundre før Kristus. «Ayur-Veda» var den grenen av Vedisk undervisning eller «skrifter» som hadde med medisin å gjøre. I kong Asohas tid i det tredje århundre før Kristus, var Taksha-Sila universitetet vel kjent for dets undervisning i medisin. Og ikke bare det, men så langt tilbake fantes det også berømte kirurger som drev med kranieoperasjoner og reduserte slyngning av tarmene ved kirurgi for store belønninger. Men så var også pengebøtene tilsvarende store i mislykte tilfelle.

Opphavsmennene til den indiske medisin, var folk av fremragende mental dyktighet, men de led av de samme feil som mange andre medisinske teoretikere: de utarbeidet et system av fysiologi og patologi, og så gikk de i vei med å innpasse alle slags sykdommer i dette skjemaet. Dette systemet kom så i hendene på mindre dyktige menn, som slo det fast og gjorde det til et dogme, slik at også i dag lærer studentene dette systemet som fundamentet for medisinsk praksis, ved «det indiske medisinske systems» skoler, som nå er godkjent av det moderne India. Deres medisiner er tatt fra mineraler og planter og omfatter sikkert mye verdifull medisin, men mange av blandingene inneholder 10-15 ingredienser. Dette gjør det vanskelig og i somme tilfelle umulig å gjøre seg opp en mening om hvilken del av blandingen som er virkningsfull — hvis da medisinen er effektiv i det hele tatt. Likevel brukte de jern for blodfattigdom og kvikksølv for syfilis for over 2.000 år siden, lenge før man forsto deres verdi i Vesten.

Så å si alle deres blandinger er i puddeform og mange rettroende hinduer vil heller ikke i våre dager ta medisin i noen annen form, da særlig kvinnene. Vi var gjester for noen år siden ved et apotek som laget ortodoks Ayurveda-medisiner. Det var som å bli satt tilbake til det urgamle India. På jordgulvet i et langt, smalt rom satt det om lag 30 hindukvinner, alle med en morter framfor seg. Alle sammen sang en eldgammel Veda hymne, slik som det sto i «Skriften», og de måtte male de foreskrevne ingredienser så og så mange ganger som resepten lød på. Disse blandingene er billige og landsbyfolkene har stor tiltro til

dem. Og som regel går de først til Ayurveda-legene for å bli hjulpet i sin sykdom. Disse pleier som regel ikke å stille diagnose slik som vi gjør, men de behandler symptomene og pasientene blir virkelig også ofte bedre — enten post eller propter. Hvis det ikke blir noen bedring etter en tid — så innfinder de seg andre steder for å få hjelp — og da beklageligvis ofte for sent.

De indiske styresmakters innstilling: at de anerkjenner dem som praktiserer Ayurveda-medisinen (disse er spesielt listeførte, men har full legal medisinsk status), er likevel ikke så uoverveiet som det kan synes ved første øyekast. Denne legemetode tilfredsstiller en ikke liten folkeminoritet, som på nasjonalistisk basis ønsker å gjenopplive det gamle Indias herlighet, og som har religiøs tro på Ayurveda-preparatene. Men hovedmomentet tør være dette faktum at Ayurveda-legene er å finne i nesten alle landsbyene. Legene derimot med utdannelse fra de alminnelige regjeringssykehusene som er drevet etter engelsk mønster, er ikke villig til å arbeide i landsbyene fordi det gir dem for lite profitt. Derfor har regjeringen påbudt en del undervisning i fødselshjelp og kirurgi etter moderne metoder i tillegg til Ayurveda-pensumet. I virkeligheten bringer ofte disse legene sine pasienter til oss for konsultasjon. Slik samler de seg smått om senn litt kunnskap om bruken — eller dessverre misbruken — av moderne medisiner.

Innen Ayurveda-kretser er det to grupper. Den største gruppen er de ortodokse som insisterer på å bruke «rene» Ayurveda-medikamenter — uten den minste tilblending av moderne medisiner — som de kaller for «allopatiske». Den mindre gruppen ønsker å prøve Ayurveda-medisinene etter moderne farmakologiske metoder og slik skille hveten fra agnene. Men dette er en dyr og langsom prosess, så vi må rekne med at Ayurveda-legovitenskapen vil bli praktisert langt inn i Indias framtid.

Bortsett fra utøverne av Ayurveda-legelitenskapen finnes det også en del unani muhammedanske leger, som nedstammer fra de legene som fulgte med de muhammedanske erobrere av India. Disse brakte med seg middelalderens arabiske medisiner. Dessuten er det mange urteleger med stedbundne tradisjoner, og

«landsby ledd-doktorer» og «øyekirurger» som foretar gråstær-operasjoner bare ved å skyve øyelinsen bakover. På denne måten får pasienten tilbake synet for en tid, men legen sørger for å være langt av sted før det sanne resultat viser seg: tap av det kortvarig tilbakevunne synet og til sist ulegelig blindhet.

Det var de engelske styresmakter som lot India få del i de store landevinninger på medisinenens område i Vesten. Og hatten av for alle fremskritt som er nådd de siste 150 år: De svære folkesvøper i tropene som kolera, pest og kopper ble studert og stort sett brakt under kontroll. Sir Ronald Ross oppdaget at myggen var årsaken til «millionmorderen» malaria, og et system for medisinsk utdanning ble grunnlagt. Resultatet er at nå har India et begrenset antall av førsteklasses medisinske vitenskapsmenn i alle faggrener — selv om tallet på langt nær tilsvare landets behov. Det finnes 15 medisinske høyskoler, men det vil bare si én pr. 20 millioner mennesker. Grovt reknet finnes det én lege pr. 10.000, men bare én sykepleierske pr. 30.000 mennesker.

Men inntil våre dager har den store majoritet av indiske landsbyboere, som utgjør ca. 85 % av et folketall på 360 millioner, vært uten kirurgisk hjelp, uten moderne behandling av tuberkulose og spedalskhet, meget svekket av underernæring og mottagelige for sykdommer, som spredes lett i landsbyene hvor hygiene er et nesten ukjent begrep. Dette er dagens problemer, og på alle disse hold har kristne misjonsselskap gjort verdifullt grunnleggende arbeid.

I mange tilfelle er dette blitt en direkte tilskyndelse for styresmaktene til å begynne liknende arbeid i større målestokk. I hele India og særlig i landsbyene samarbeider legemisjonen i dag med de indiske styresmakter som ved sin aktive helseminister, Rajkumari Amrit Kaur, prøver å mestre problemene på mer radikal måte enn noensinne før.

### *Tuberkulose*

I de tidlige Vedatider beskrev man lenge tuberkulose som «svinnsyken» (Ksjæ Rog), og behandlingen gikk ut på at pasi-

enten skulle hvile og leve isolert i skogene. Senere ble det gitt kalsium og gull(!)preparater i pudderform. Dessverre er ikke engang denne behandlingen mulig i dag for den store majoritet av dem som har tuberkulose. Man rekker med 2,5 millioner av åpne eller smittsomme tilfelle. Den fulle størrelse og faren ved dette problem har man først begynt å forstå i de senere år. Dette er i det minste det første skritt til at noe blir gjort og det på en slik måte at sykdommens utbredelse stanses. Mange steder i landet er det ennå ikke blitt gjort inngående undersøkelser, men hvor det er blitt gjort, avsløres at om lag 1 % av de undersøkte tilfelle er smittsomme. Det viser seg også at tallet på disse syke øker i landsbydistriktene. En sannsynlig forklaring på dette er at landsbyfolk til en viss tid av året drar til industrisentra, blir smittet der hvor de lever i slumkvarterer, og drar så hjem igjen for å dø i sin egen landsby. Men før døden inntreffer har de smittet mange andre. Og vi vet vel at sykdommens smitteevne er sterk mellom mennesker som tidligere ikke er blitt utsatt for smitte. I alle tilfelle er det vår personlige erfaring at nå er det tuberkulosen som er folkehelsens fiende nr. 1 mellom bønder og jordbruksarbeidere i vårt distrikt, Ahmednagar, mens det tidligere var malariaen.

Det enestående arbeidet til dr. C. Frimodt Møller når det gjelder tuberkulose — nå videreført av sønnen, dr. Chr. Frimodt Møller — er så godt kjent i Skandinavia at det er unødvendig å beskrive det i detaljer, men det er kanskje den klassiske illustrasjonen av nasjonalverdien av legemisjonens grunnleggende tiltak. Etter å ha bygd det beste sanatoriet i India og arbeidet der en mannsalder, ble dr. Frimodt Møller oppfordret til å være rådgiver for den indiske regjering i tuberkulosespørsmål. I denne jobben er han blitt etterfulgt med stor effektivitet av dr. P. V. Benjamin, som i mange år ble opplært av ham ved «Arogyavarum», «Sunnhetens sted». De nåværende planer for hele nasjonen imot tuberkulosen er utarbeidet av helseministeren med hjelp av internasjonale organisasjoner, som Verdens Helseorganisasjon — men dr. Benjamin er hovedrådgiver.

Men når vi har nevnt hjelpen fra internasjonale organisasjo-



ner, kan vi stundom føle oss fristet til å tro at problemet holder på å bli løst. Dette er langt fra tilfelle, og dagens situasjon er både skremmende og farlig for framtiden, hvis den ikke blir brakt under kontroll. Det opereres med et tall av 2,5 millioner smittsomme pasienter. For disse finnes det bare 16.000 senger, mens det burde være plass for om lag 10 % til enhver tid for adekvat behandling og kontroll, det vil si om lag 250.000 plasser. For sju år siden, da Rajkumari Amrit Kaur overtok stillingen som helseminister, fantes det bare 8.000 senger. Det er stor fremgang, men fremdeles er det et helt skjevt forhold mellom nøds-tilstanden og de tilgjengelige botemidler. Situasjonen i dag er en utfordring til den medisinske vitenskap og til alle mennesker med et varmt hjerte, og da særlig til den kristne kirke, som Herren har innprentet: «Du skal elske din neste som deg selv.» India er et fattig land, på tross av den enorme rikdom som tilhører noen få, og som, hvis den ble delt ut, ville være ubetydelig for massene. Ja, landet er i den grad fattig at man ikke skjønner det i Vesten. Og fra personlig samtale med helseministeren vet vi at hennes planer blir avgrenset ved mangel på penger og kvalifiserte medarbeidere. Også i dag er den kristne kirke i India klar over sitt ansvar, slik som den var det da dr. Frimodt Møller startet sitt banebrytende arbeid. Og nylig har man fått greie på at det er dannet en felleskomité av det «Kristne nasjonale råd» og den indiske kristelige medisinske forening. Denne felleskomiteen planlegger, i intimt samarbeid med helseministeren, å sette i gang nødvendig arbeid i visse distrikt som samsvarer med de virkelige nødssituasjoner. Disse planer kan bare bli realisert, hvis vel utdannede medarbeidere og pengehjelp i mengder blir sendt fra nasjoner som har midler og hjerte for å gi. Hjelpeskomiteer er allerede dannet i U.S.A. Skulle det ikke være mulig for de skandinaviske land å gjøre det samme?

Vår personlige erfaring i dette problem er fra Ahmednagar-distriktet i Vest-India med et folketall av  $1\frac{1}{4}$  million, for det meste jordbrukere. Det naturlige sentrum for distriktet er byen Ahmednagar, hvor også vårt sykehus er bygd med plass til 100 pasienter for generell behandling, og 50 plasser for tuberkulose.

Da vi startet arbeidet i Ahmednagar i 1939, fantes det ikke en eneste plass reservert for tuberkulosetilfelle, enda det ble reknet med om lag 12.000 tilfelle av tuberkulose i dette distriktet. I tillegg til våre 50 senger, er det nå et sanatorium med 30 senger som ledes av Indias Røde Kors, og så regjeringens sykehus med om lag 20 plasser, i alt 100 senger. Da vi ble klar over den totale utilstrekkeligheten i vårt arbeid med å lege og å lindre, begynte vi med en distrikt-antituberkulose-komité, som har tatt seg av B.C.G.-vaksinasjonen av skolebarna i byen Ahmednagar med sine 70.000 innbyggere. Og vi har planer som går ut på å gjøre det samme i landsbyskolene i hele området innen 3 år. B.C.G.-grupper av Verdens Helseorganisasjon og andre regjeringsgrupper har arbeidet i mange deler av India — men fremdeles er mange steder urørte.

### *Spedalskhet*

Situasjonen her er ikke svært mye bedre enn når det gjelder tuberkulose. Det finnes bare 18.500 plasser for det anslåtte tall av  $1\frac{1}{4}$  million spedalske.<sup>1</sup> Dessverre er det ingen tilstrekkelig lovlig kontroll angående spedalske pasienter, og mange spedalskehjem brukes som nødvendige hvilesteder av spedalske som drar sin vei uten lov og tar ut på lange tiggerferder. Også på dette område har kristne misjonsselskap slått inn på den samme bane som dr. John Thomas startet på. Om lag halvparten av plassene for spedalskhet er drevet av «Spedalskhetsmisjonen», som har gjort en enestående innsats på dette område. Vi i Frelsesarmeen har tre sykehus for spedalske. Det ene av disse bestyrer vi for staten Cochin (som nå sammen med Travancore er blitt staten Kerala). Nylig besøkte Bombay stats helseminister vårt sykehus. Under besøket spurte han om vi kunne gå inn for mer arbeid blant de spedalske, fordi han hadde store vanskeligheter med å få tak i leger blant sine egne landsmenn til dette arbeidet. Og han la til: «Dersom misjonærer gjør dette arbeid, så vil ikke jeg for min del stille noen spørsmål angående proselytmakeri.»

<sup>1</sup> Siste tilgjengelige statistikk fra regjeringens side viser over 2 millioner. (Oversetterens bemerkning.)

I de siste ti år er det kommet nye og effektive medisiner, og med dem burde en ny æra begynne, men vi ser dessverre iallfall ikke mye ennå til denne begynnelsen. Det trenges effektiv offentlig helsekontroll av smittsomme tilfelle med isolasjon og behandling i sykehus, hvis nødvendig, mens den store majoritet av ikke-smittsomme tilfelle blir behandlet i poliklinikker av ikke-medisinsk utdannede medarbeidere, men med tilstrekkelig medisinsk tilsyn. Fremragende undersøkelser er blitt gjort på dette område av misjonærer, særlig av den avdøde dr. Løwe og dr. R. C. Cochrane, som nå er engasjert i det internasjonale arbeid mot spedalskhet. Nylig har en ung engelsk kirurg, dr. Paul Brand, gitt nytt håp til spedalske som har fått sine hender ødelagt av sykdommen. Han transplanterer sener og etter denne behandling kan pasientene komme til å bruke sine hender igjen til å tjene til sitt eget livsopphold.

### *Underernæring og helsevesen*

Tidligere i artikkelen slo jeg fast at det er tuberkulosen som er fiende nr. 1 i vårt distrikt. Men kanskje, selv om det ikke ligger helt klart i dagen, er den største fienden av alle apatien, underernæring og mangel på hygiene i landsbyene. Også her kan det fortelles om initiativ, ikke fra fjerne tider, men av i dag.

I 1947 tok undertegnede et kurs i tropemedisin og hygiene ved universitetet i Liverpool. En misjonærkollega som også tok kurset var dr. Gladys Rutherford. Hun var allerede da i sin beste alder og hadde tilbrakt mange år ved et kvinnesykehus i India. Men hun syntes det var håpløst å ha med sykdomsforhold å gjøre som har sin grunn i mangel på hygiene og tilstrekkelig ernæring i landsbyene, mens selve årsaken forble urørt og fortsatte å produsere mer og mer sykdom. Hun bestemte seg derfor for å tilbringe resten av sitt liv i kamp mot selve *sykdomsårsakene* i landsbyene. I sju år har hun nå levd i en landsby i Nord-India, i et landsbyhus hun valte seg og forbedret det på forskjellig vis slik at det kan tjene til forbilde for landsbybefolkningen. Fra dette strategiske sentret har hun gitt seg i kast med det ene landsbyproblemet etter det andre, laget enkle tegninger på papp-



kort eller på ruller som viser årsakene til deres plager og sykdommer, og hva forholdsregler man kan ta for å overvinne årsakene og forebygge sykdom. Da hun arbeider i landsbyene og samtaler med folket mens hun lager sine skisser, har hun slik unngått den teoretiske siden av saken som landsbyens folk ikke kan forstå. Hennes «Jet» serier er nå kjent og brukt over hele India blant landsbybefolkningen, for det meste av misjonærer, men også av andre helsearbeidere. Og dette arbeidet er av grunnleggende betydning. Når slektningene til våre landsbypasienter kommer til sykehuset, får vi anledning til å vise dem disse diagrammer og forklare dem i vår «religiøse avdeling» som vi har bygd som et «landsbyhjem» for de tall-løse slektningene mens de er borte fra sine hjem. I samarbeid med professoren for «Folkehelsen» ved det nylig anerkjente kristne medisinske colleget i Ludhiana, skriver dr. Rutherford nå en lærebok i hygiene, spesielt beregnet for landsbyene.

#### *Alminnelig medisinsk arbeid*

Bortsett fra disse spesielle områder finnes det mer enn 600 kvalifiserte medlemmer av den kristne medisinske forening i India. De fleste av disse arbeider i de mer enn 300 misjonshospitaler spredt over hele India. Størrelsen av disse varierer fra 20 og opptil 500 senger. Dertil kommer mange hundre mindre poliklinikker. Over halvparten av foreningens medlemmer er indere, og den nåværende presidenten for foreningen er en fremragende indisk kvinne, dr. Hilda Lazarus, som til nå har vært direktør ved det kristne medisinske college i Vellore.

Ved disse sykehusene for alminnelige sykdommer bæres den vesentligste byrden av medisinsk hjelp for Indias syke menneskemasser. Som i fortiden finnes det også nå misjonærer som har gitt nye medisinske impulser. Noen av kjempene i den siste generasjon er Sir Henry Holland i øyemedisin, dr. Pennell ved grensen til Afghanistan (han sies å ha gjort mer for å trygge freden i det urolige grenseområdet enn et regiment soldater), Sir William Wanless (som foretok den første gastroenterestomi i India) og Howard Somervell som arbeidet med mavesårproble-

met i Sør-India. I dag driver Reeve Betts, en brystkirurg, og Jacob Chandy, en nervekirurg, et banebrytende arbeid på sine spesialområder ved Vellore medisinske college, og andre igjen andre steder.

Hvert misjonsselskap har sin egen historie om nye tiltak. Frelsesarmeens medisinske arbeid har ikke sin begynnelse i avgjørelser tatt fra ledelsens sentrum, men fra den overstrømmende medlidenhet hos en offiser som landsbymisjonær, kaptein Harry Andrews. Som foreldreløst barn ble han adoptert av et medlem av familien Booth, og senere dro han som frivillig til India. Med en medfødt dyktighet og mer enn gjennomsnittsmedlidenhet for de syke, begynte han med enkel behandling i sitt baderom. Hans ry vokste raskt og han fikk lov å starte en poliklinikk, som snart ble et lite sykehus. Da han skjønnte han ikke hadde utdannelse nok til dette, fikk han tak i en engelsk lege som var offiser i Frelsesarmeen, forberedt til arbeid av hvilket som helst slag. Ikke lenge etter var Percy Turner på vei ut til India for å overta det lille sykehuset i Nagercoil i staten Travancore i 1900, og i løpet av 21 år vokste det til et godt generelt sykehus med spesiell interesse i øyensykdommer. I mellomtiden ble Harry Andrews sendt til Anand i Gujerat i Sentral-India med det offisielle råd at «skomakeren skal bli ved sin lest» og et medisinsk arbeid best kunne overlates til de kvalifiserte. Men slik ble det ikke. Nødretet og hans evne til å ta fatt og avhjelpe nøden ble for sterkt. Kaptein Harry Andrews tilbrakte sin fritid med å lese medisinsk litteratur og sine ferier til å arbeide ved store sykehus. Igjen ble resultatet et sykehus som gjorde krav på å bli anerkjent. Denne gangen ble Andrews sendt til U.S.A. til et regulært medisinsk kursus og han kom tilbake og grunnla enda et sykehus til, hans beste, i Moradabad i Nord-India. Under den første verdenskrig ble sykehuset leiet av de militære autoriteter og Frelsesarmeens oberst Andrews ble kaptein Andrews i de indiske medisinske regimenter. På militær post under et grenseopprør, dro han ut med fare for sitt liv for å ta seg av de sårede og ble drept. For sin djervhet ble han etter sin død tildelt Victoriakorset. Hans tidligere militære sjef skrev i det engelske legetidsskriftet: «Han

ga det beste i seg selv. Han ble elsket av de fattige.» Ved å følge hans banebrytende spor, har nå Frelsesarmeen seks sykehus, en rekke poliklinikker, tre spedalskesykehus og to tuberkulose-sentrer. Min hustru og jeg fikk det privilegium å åpne Evangeline Booth-sykehuset i Ahmednagar i 1939.

### *Sykepleie- og medisinsk utdanning*

Siktepunktet for alt misjonsarbeid må være å hjelpe landets folk til å ta seg av sitt eget folks nød. Oversatt til medisinsk termini kan dette forklare vekten som er lagt på utdannings-sentrer i legemisjonens program fra starten av. Særlig i utdannelsen av sykepleiersker har misjonærsøstre spilt en ledende rolle i generasjoner, og i mange deler av India har de inntil det siste dannet de eneste eksamenskommissjoner for sykepleiersker. Nå har hver stat sin egen sykepleierskekommisjon. Jeg hadde den forrett å være medlem av kommisjonen i staten Bombay, som sammenliknet med andre stater, allerede tidlig overtok kontrollen med utdanning for sykepleien. Like opp til de siste ti år, var de fleste indiske sykepleiersker kristne, både i misjonens og i regjeringens sykehus. Men nå holder de sterke fordommer på å brytes ned når det gjelder ortodokse hindupiker, og tallet på frivillige som melder seg til utdanning øker årlig, selv om det fremdeles er altfor få. Mange misjonssykehus har i dag en utdannelsesskole som er anerkjent av styresmaktene, fem-seks sykehus om hver skole.

Med hensyn til medisinsk utdanning og særlig når det gjelder utdanning av indiske kristne leger, har det i de siste 15 år skjedd mye som lover godt for fremtiden, og gir håp om at indiske ledere vil bli i stand til å overta de nåværende misjonssykehus og utvide dem videre i tjenesten for deres eget land. Mange misjonssykehus er allerede under ledelse av dyktige indere, og prosessen går framover. En grunn til fremskynding av dette er det gode samarbeid av så å si alle protestantiske misjonsgrupper i den kristne medisinske foreningen. Et enestående resultat av dette samarbeid er grunnleggelsen av det kristne medisinske colleget i Vellore i Sør-India, som også ble anerkjent som universitets-

college. Dette er allerede likestillet med de beste av regjeringens colleges og går foran dem på enkelte felt. Et kristent medisinsk college nr. 2 holder nå på å bli godkjent i Nord-India, hvis det bare kan gå inn for et visst program av utvidelser av bygninger og skaffe medarbeidere i løpet av noen få år fremover. Dette avhenger stort sett av vedholdende og økte pengemidler fra misjonens hjemmebaser.

Politisk usikkerhet har ikke forstyrret legemisjonens arbeid i India de siste 15 år noe særlig, og mange med erfaring bak seg mener for visst at vi vil få den nødvendige anledning i de kommende år til å fullføre vårt *misjonsarbeid* slik at vi kan overgi et aktivt og voksende kristent medisinsk arbeid til kvalifiserte indiske kolleger, som vil fortsette og utvide det som en integrerende del av den kristne indiske kirkes tjeneste. Men dette krever fortsatt økt underhold fra misjonærenes hjemland for en periode av kan hende 15 år, og etter det fortsatt samarbeid side ved side med dem i vår felles lydighet til vår Herre og mester.