

LEGEMISJONEN I DAG OG I FREMTIDEN

av

OTTAR ØDEGÅRD

Barmhjertighetsarbeid har alltid gått hånd i hånd med det direkte evangeliserende misjonsarbeid — og kan ikke atskilles fra dette. For vår Herre og Mester var «håndens gjerning» en del av budskapet til den falne menneskeslekt, og det har det også vært siden. Men så vel som misjonsarbeidet forøvrig har barmhjertighetsgjerningen utviklet seg, forgrenet seg — og forandret sine former.

Barmhjertighetsarbeid omfatter så mangt. Her skal bare omtales det som med et populært og upresist uttrykk kalles «legemisjon». Med dette begrep menes her det helsearbeid som drives av de forskjellige misjonsorganisasjoner på deres respektive felter, og som dels har til hensikt å lette gamle og åpne nye veier for evangeliet, dels å yte befolkningen helsemessig service uten noen «bihensikter». Med denne formuleringen er straks antydnet noe av den spenning som er skapt av de divergerende oppfatninger om legemisjonens motivering. Stor meningsforskjell kommer ofte til uttrykk. Hovedmotiveringene er:

1. Ved å hjelpe den innfødte befolkning med helse spørsmål kan en få vunnet tillit og banet veg for Ordets forkynnelse. For en Sør-Afrikamisjonær ligger det jo nær å nevne Schreuders medisinflasker som det klassiske eksempel her.
2. Helsearbeid har sin egenverdi — i utviklingsland så vel som i «kulturland», og enten det drives av en kristen institusjon eller ikke. Hvor organisert helsearbeid drives samles folk i store mengder til hospitaler og klinikker. Dette gir en rik anledning til forkynnelse for en befolkning som en på andre måter vanskelig kan nå. Mens det til forsamlingshus og

møter som regel bare kommer kristne eller kristelig interesserte, vil det til et sykehus eller annet helsesentrum like gjerne komme slike som ikke har hatt kontakt med Ordet.

3. Helsearbeidet er en del av Jesu Kristi gjerning på vår jord, forkynt av ham og praktisert av ham. «Og Jesus gikk omkring i hele Galilea og lærte folket i deres synagoger og forkynte evangeliet om riket og helbredet all sykdom og all skrøpelig-
het blant folket» (Mat. 4, 23). Og hans etterfølgere ble ikke fritatt for noen del av den gjerning han selv begynte.

I første begrunnelse er helsearbeidet bare et middel til å lokke folk til å komme og høre på forkynnelsen. I andre tilfellet er arbeidet mer enn lokkemiddel, det har sin egenverdi, men samtidig gjør en seg bruk av det faktum at det samles mye folk til våre helsesentre, en anledning en bør utnytte i forkynnergjerningen. I siste begrunnelse ses det meget stort på helsearbeidet. Og at en som arbeider i legemisjonen er tilbøyelig til å være enig i dette synspunkt, skulle være innlysende. Ellers ville han jo ikke ha utdannet seg for denne del av arbeidet.

Enhver som arbeider til beste for sine medmennesker, har også omsorg for deres fysiske og psykiske helse. Og enhver som arbeider uselvisk for andre, vil også la dette arbeid – hvis mulig – omfatte legemet. Hvem vil vel høre på – enn si få tillit til – en forkynner som ikke viser vilje til å gjøre vel.

At misjonærer derfor interesserer seg for helsen til det folk de er sendt til, skulle være innlysende. Og at de første misjonærer, som måtte være langt mer all round arbeidere enn tilfellet er nå, også forsøkte – så langt de kunne – å hjelpe mennesker i sykdom og annen legemlig nød, er rimelig. På mange måter måtte det være en ideell løsning at det samme menneske tok seg av både sjelens og legemets tarv.

Men å kombinere disse to former for misjonsarbeid i utstrakt grad viste seg snart å være urealistisk. Av to grunner: 1. Helsearbeidet krevde tid, mer tid enn en misjonær kunne avse på toppen av eller innemellom sine andre gjøremål. 2. Helsearbeidet krevde spesiell utdanning, og dette krav ble sterkere og sterkere

etter som tiden gikk. Det eneste rimelige var derfor at misjons-selskapene fikk spesielt utdannede folk som hadde dette arbeid som sin egentlige oppgave. Og så kom sykepleierskene inn i bildet. De er der fortsatt – og de har gjort en enestående innsats. På mange av våre misjonsmarker har de i store områder i lange tider vært de eneste som har drevet helsearbeid – inntil omsider styresmaktene har våknet opp og begynt å se sitt ansvar. En kan vanskelig tenke seg annet enn at sykepleierskene (eller pleierne) alltid vil være grunnstammen i enhver misjons helsearbeid.

Alle disse arbeidere har hatt utdanning som kvalifiserer for pleie av syke, og de har hatt titler som er en eller annen avledning av sykepleie/diakoni. Og selvsagt er det deres egentlige arbeid de har utført med letteste hjerte og med de beste forutsetninger. Deres grundige utdanning har imidlertid også gitt dem kunnskaper i diagnostisering og behandling av sykdommer. Og situasjonen har stadig vekk krevet at de har tatt på seg oppgaver som egentlig skulle være en leges. Begreper som kvalifisering og registrering er irrelevante når en står overfor virkelig nød og truende død. Da får en gjøre det en må gjøre, enten en har lært noe om det eller ei, og så la nattermørket plage en med angsten og usikkerheten. Misjonssøstrene har ofte hatt et enormt arbeidspress, men hva som sikkert har tatt på mer enn arbeidsbyrden er alt de har måttet ta på seg uten å være kvalifisert for det. I jordmorarbeidet har de vært heldigere stilt (forutsatt at de hadde jordmorutdanning), for der har utdannelsen mer forberedt på alle situasjoner. Men desperate kunne ofte de tilfeller bli der jordmorbøkene bare kunne anbefale at lege øyeblikkelig ble tilkalt. For legen var bare en ønskedrøm.

Men omsider kom da legen til misjonsmarken også. Han gikk inn i arbeidet ved siden av sykepleiersken. Og der han var tilstede, var misjonens arbeidsteam mer fullstendig. Før hadde hovedvekten ligget på pleien – iallfall offisielt. Nå kunne det legges mer vekt på medisinsk behandling – og mer i pakt med de medisinske fremskritt og kirurgiske landevinninger. De nye metoder og de nye hjelpemidler er tallrike, og tilegnelsen krever kunnskap og innsats. Å følge med i utviklingen er en vanske-

lig, men nødvendig plikt for en lege. Målet må være at helse-tjenesten på misjonsmarken i faglig kvalitet ikke må stå tilbake for standarden i sendelandene. Legemisjonen i dag kan ikke sammenlignes med det den var for en eller to generasjoner siden. Åpne, stinkende sår var utfordringen for mang en misjonssøster. Det terapeutiske arsenal var salvekrukker og miksturflasker. Arbeidsplassen var stråhytter og skyggefulle trær. Skitt og lukt og misjonsromantikk i varierende blanding. I dag er omgivelsene for mange fliser og rustfritt stål. Laboratorieprøver og røntgenundersøkelser følges av moderne medisinsk og kirurgisk behandling. Mindre skitt og mindre romantikk, men en ganske annen effektivitet.

Utviklingen har vært enorm – og enormt rask. Så rask at mange misjonærer som arbeider utenfor helsesektoren, ikke lenger vet hva denne står for – men gjerne sammenligner med det den var for noen decennier siden. Under en slik rask utvikling må en besinne seg, finne ut hvor en står, og helst også hvor en ønsker å gå i fremtiden. Legemisjonen er et barn av den evangeliserende misjon, og den har heldigvis ikke glemt sitt opphav. Men kanskje vil enkelte nå begynne å frykte at den vokser opphavet over hodet på noen av våre misjonsmarker.

Hva er legemisjonen i dag? Er den diakoni? Nei, ikke bare. Etterhvert som utviklingen går, blir vår legemisjon mer og mer legevitenskap. At den derved skulle bli mindre og mindre diakoni er ikke selvsagt, men faren er muligens der. Hovedsaken skulle være at arbeidet drives i kristen ånd, drives for å hjelpe syke og lidende, og ledsages av Ordets forkynnelse. To krav må være ufravikelige for misjonens helsearbeid: 1. Det må drives kristelig forsvarlig. 2. Det må drives medisinsk forsvarlig. Kravet om faglig kvalitet blir større etterhvert. Til dette har legemisjonens noe endrede oppgave (rent medisinsk sett) bidratt. Før gjaldt det å arbeide mest mulig spredt for å kunne nå flest mulig med den mest nødvendige hjelp. Derfor kom det en rekke poliklinikker og små sykehus. Der regjeringen har sett sitt ansvar og begynt med helsearbeid, er denne arbeidsform ikke lenger nødvendig, og sannsynligvis heller ikke klok. Ved å arbeide så spredt

får en ikke utnyttet arbeidskraften. En får heller ikke drevet det kvalitetsarbeid som større institusjoner muliggjør. Større sentralisering blir også mulig på grunn av bedre kommunikasjoner. Folk er ikke lenger avhengig bare av vår hjelp, og hvis de skulle være det, så har de fått bedre muligheter til å komme dit hvor vi er. Skranglete bussruter på støvete landeveger åler seg lengre og lengre innover tidligere vegløse vidder. Før måtte sykehusene ut til folket, nå kan folket reise til sykehuset — og dermed få mye bedre behandling. Men skal en ta konsekvensen av dette, må det til en viss reorganisering av det gamle system, en reorganisering som kan møte både praktiske og følelsesmessige hindringer. Det vil for eksempel bli nødvendig med forflytning og konsentrering av personell. Klinikker som krever uforholdsmessig stor innsats og store utlegg i forhold til det som utrettes, må kunne legges ned for at midler og personer bedre kan utnyttes. Det vil kanskje også vise seg at enkelte små sykehus ikke lenger svarer til tidens og den faglige utviklings krav. En mulighet er det da å utvide, men dette vil kreve mer personell og mer midler. Og så viser det seg kanskje ved nøktern overveielse at distriktet ikke er stort nok, det vil si at det medisinsk sett ikke er tilstrekkelig behov for institusjonen. Det er ikke nok at det kommer pasienter og fyller sykehuset. Det forteller ikke så mye om behovet. Det kan like gjerne fortelle at folk kommer og vil legge seg inn for bagateller. Eller at pasientene blir liggende lenge etter at de er helbredet — noe som slett ikke er så sjelden. Berettigelse av et sykehus vises ikke nødvendigvis av mange liggedager og stort gjennomsnittlig belegg. Dette kan like godt bety at det er en pleieinstitusjon, og å bruke en anstalt bygget og innredet som behandlende sykehus til pleiehjem, er både dårlig økonomi og dårlig strategi. Antall innleggelser i forhold til antall liggedager forteller derimot en god del mer. Jo større brøken innleggelser/liggedager er, jo større sirkulasjon er det, og jo mer aktivt er sykehuset. (Dette gjelder selvsagt ikke for avdelinger med tuberkuløse eller andre som krever ekstra lang behandling.)

Det gjelder ikke lenger å ha sykehus på flest mulig steder, men sykehus av god kvalitet på strategiske steder med stort nok

medisinsk behov. Og slike steder er det nok av. Vi må følge med tiden i den utstrekning det er mulig – ellers mister vi vår sjanse. At misjonssykehus kan være noe tilfeldig plasert er forståelig nok. Det er blitt begynt litt sykearbeid ved en misjonsstasjon – og i årenes løp er det blitt et lite sykehus ut av det. Men de som bygde misjonsstasjonen hadde selvsagt andre hensyn å ta enn de vi har i dag når et sykehus skal reises. Og så viser det seg kanskje at forholdene ikke ligger tilstrekkelig tilrette og behovet ikke er stort nok for et moderne sykehus. At gamle små sykehus kan nyttes til andre formål, er en annen sak. Tuberkuloseanstalter er det for eksempel stort behov for i alle utviklingsland. De kan drives billig og med liten betjening når de innredes etter formålet – og selvsagt uten fast lege i land hvor legemangelen er så stor som på våre misjonsmarker.

Men for å drive vår legemisjon mest mulig effektiv og medisinsk forsvarlig er det ikke nok bare å revidere vår egen status. Det er også meget ønskelig å kunne samarbeide med de andre misjonerende selskaper som driver helsearbeid i samme område, så langt en finner det forsvarlig. Og et medisinsk samarbeid byr vanligvis ikke på de prinsipielle betenkeligheter som annet samarbeid med misjoner av mer eller mindre divergerende bekjennelser så ofte gjør. En ser for eksempel at det kan være flere små misjonssykehus i samme distrikt og relativt nær hverandre. De har gjerne hver for seg gjort et godt arbeid, men felles strategi og planlegging har det vært dårligere med. Og det er jo ille at en skal risikere å trække hverandre på tærne noen steder når det er så mange steder hvor det ikke er noen som trækker i det hele tatt.

Hva vil vi så med vårt sykearbeid i fremtiden? Vi vil det samme som før pluss noe mer:

1. Behandle syke mest mulig medisinsk forsvarlig.
2. Drive forebyggende helsearbeid i den grad det er mulig hvis det ikke ivaretas av de offentlige instanser.
3. Forkynne evangeliet til pasienter, pårørende og betjening.

4. Drive undervisning. Følgende grupper vil være aktuelle:
 - a. Befolkningen (spesielt spebarnspleie og forebyggende helsearbeid).
 - b. Sykepleieelever.
 - c. Jordmorelever.
 - d. Medisinske studenter.

Alle disse punktene er gamle anerkjente retningslinjer for legemisjonen. Men siden den medisinske utvikling har vært så rask, vil enkelte av punktene innebære noe ganske annet i dag enn før. Medisinsk forsvarlig behandling betyr for eksempel noe ganske annet i dag enn for bare 10 til 20 år siden. En del bemerkninger skal gjøres til de forskjellige punkter.

Punkt 1. I behandlingen må en i den grad det er mulig følge utviklingen. Men det er i dag umulig for en mann å følge utviklingen på alle medisinske felter — selv med normale arbeidsforhold. Og langt mindre er det selvsagt mulig for en misjonslege. Her er den eneste mulige løsning — på misjonsmarken som andre steder — større eller mindre grad av spesialisering. Hvis det skjer en sentralisering av arbeidet, vil dette være mulig, til pasientenes og misjonens beste. Full spesialutdannelse vil selvsagt være det beste, men hvor det ikke er mulig, vil det være god hjelp bare å dele opp arbeidet mellom seg, og så skaffe seg så god opplæring som mulig innen sitt felt. Denne spesialisering skulle selvsagt ikke bare gjelde legene. Den er også viktig for søstrene og for andre helsearbeidere. Søstrene har forlenget innsett dette, og mange har skaffet seg videreutdannelse for å kunne dyktiggjøre seg ytterligere for undervisning, avdelingsledelse og sykehusadministrasjon. Det er også stort behov for mer praktisk spesialopplæring, særlig for operasjonsstuearbeid, men også som røntgen-, laboratoriearbeidere osv. Det burde da være en selvfølge at disse søstre så langt mulig får stillinger hvor utdannelsen kan komme til gode. Og på den annen side bør misjonsmarkenes behov være med å avgjøre hvilken — og i hvilken grad — videreutdannelse skal finne sted.

Andre helsearbeidere enn leger og sykepleiersker/diakoner bør og vil etterhvert finne anvendelse i misjonens sykearbeid.

Et meget gledelig trekk er det at de første misjonstannleger allerede har tatt sin tårn ute. Behovet for fysioterapeuter føles stort. Sosialkuratorer ville også kunne gjøre en stor gjerning.

Men samtidig som en føler på behovet for helsemessig service på omtrent alle områder, må en ha for øye at jo flere innfødte kristne kvalitetsmennesker en kan plasere i slike stillinger jo bedre. Til tross for mange lyspunkter er det imidlertid skuffende å legge merke til (selv på en så gammel misjonsmark som Zululand) at det er en skrikende mangel på både kvalifikasjoner, kvaliteter og — kristendom.

Misjonærer har alltid vært ansett som billig arbeidskraft. Dette har muligens vært riktig før, men er det neppe lenger. Det vil si, de er billig for såvidt som de får liten lønn. Men det gamle prinsipp om at en som får liten lønn må brukes til alt forefallende arbeid, er neppe lenger klokt. For det første tar det ekstra lang tid for en mann å gjøre noe han ikke kan (og tiden blir mer og mer kostbar). For det annet gjør han det langt dårligere enn en som kan det (og dårlig utførte ting er dyre, de må snart gjøres om igjen). Og endelig — hva som er viktigst — blir det «bortkastet» en stor del av hans tid som han skulle bruke til sin egentlige oppgave — som han forhåpentlig behersker skikkelig. Ikke minst kan dette anvendes på våre misjonsleger. En sykehuslege hjemme er lege — punktum. En sykehuslege i misjonens tjeneste må være så mangt: Forvalter, kontorist, sjåfør, maskinist, elektriker, rørlegger. Kasserer må han være av og til, forkynner burde han alltid være. Dette til tross for at han som oftest er eneste lege på et sykehus med pasientantall som hjemme kanskje ville ha 10—15 leger. Det klages over legemangel på mange av våre misjonsmarker — og med stor rett. Men et par tiltak kan avhjelpe denne mangel betydelig:

1. Vi kan sentralisere virksomheten en del og dermed utnytte arbeidskraften bedre.
2. Vi kan frigjøre legene for alt det kontorarbeid som en annen person gjør like godt eller bedre enn en lege. Dette gjelder såvel administrativt arbeid som rent rutinemessig kontorarbeid.

beid som et sykehus i våre dager flyter så over av. Til det siste vil en innfødt med litt opplæring være tilstrekkelig skikket. Det administrative arbeid vil vel derimot på de fleste steder ennå kreve en person med misjonærstatus, da det jo kreves en god del av både kvalifikasjoner og pålitelighet. En misjonslege vil føle kall til å være lege, ikke til å være kontorist. Og ofte vil han føle på at tid han bruker til arbeid utenfor sitt egentlige område, ikke bare er bortkastet, men stjålet fra oppgaver som han har større plikt og mer ferdigheter til å utføre. Rasjonalisering som ovenfor antydnet vil bety noe ekstra utlegg, men trolig vil det gi $\frac{1}{3}$ til $\frac{1}{2}$ lege gratis på hvert sted, og det er da også penger verdt.

Økende spesialisering og økende kvalitetskrav bringer tanken inn på begrepet «korttidsmisjonærer». Dette er et tidens tegn, mange vil si uønsket, men ikke desto mindre uunngåelig. Når en misjonær i gamle dager steg opp på seilskutens dekk for å reise til «de varme land», så var det som livstidsmisjonær. Allerede reisemåten innstilte på det, og tidens tempo gjorde ingen innvendinger. Å sette seg inn i språk og levevilkår på vedkommende sted krevde en ganske annen tid enn i dag. Få hjelpemidler, få sammenligningsgrunnlag, lite kjennskap til stedet, og ofte en befolkning som levde isolert uten å ha tilegnet seg noe av den vestlige verdens tanker eller gjerninger. I dag er situasjonen en annen, ikke minst hvis vi holder oss til legene. Utdannelsestiden er lang, mer eller mindre spesialutdannelse gjør den enda lenger, slik at det blir sen utreise. Mange leger vil føle trang og kall til å gjøre en innsats på misjonsmarken, men føler det kanskje samtidig riktig å bruke evner og utdannelse til en tids tjeneste i hjemlandet — hvor det også er stor legemangel på mange steder. Reise og omstilling krever ikke så lang tid i våre dager, og opplæring i landets språk og levemåte er for en helsearbeider ikke i den grad viktig som for en forkynner. Fra misjonens side sett vil det være en fordel å få også en lege på livstid, men en får også være hjertens glad for dem som er villige til å bruke en del av sin tid på misjonsmarken. For våre misjons-

sykehus ville det også være av stor betydning om en kunne få kortvarige besøk av omreisende spesialister på medisinenes forskjellige områder, som kunne instruere, lære opp personell og sette i gang spesielle tiltak innen sine respektive sektorer.

Punkt 2. Misjonslegene på våre felter har som regel vunnet mer og mer tiltro blant styresmaktene, og har derfor blitt bedt om å overta en økende del av landets offentlige helsearbeid. Det kan være forskjellige grunner til dette noe merkelige forhold at verdslige styresmakter ber fremmede lands frivillige misjonsorganisasjoner om å overta en større eller mindre del av deres offentlige helsevesen: Mangel på personell. Mangelfull utdanning hos det personell de måtte ha. Kjennskap til misjonslegene som effektiv arbeidskraft, billig arbeidskraft, ubestikkelige, velutdannede med opplæring i land hvis offentlige helsearbeid ligger langt foran deres eget. Derimot venter de sikkert ikke at slike arbeidere skal være lojale under et hvilket som helst styresett. Og som regel vil det vel være urealistisk å tro at de ønsker å knytte misjonsleger til dette arbeid fordi de legger vekt på den kristelige påvirkning og ønsker å gi denne offentlig støtte.

Hvis en ikke har betenkeligheter ved å innlede samarbeid med vedkommende lands styresmakter vil en nok finne det riktig å ta på seg slike helseoppgaver i den utstrekning det er mulig uten å gå i vegen for annet misjonsarbeid av høyere prioritet. Hvis det skulle være prinsipielle betenkeligheter tilstede ved å etablere denne form for samarbeid med landets styresmakter, så skulle det kanskje være like betenkelig å motta støtte fra de samme styresmakter til vår sykehusvirksomhet, hva jo er blitt mer og mer alminnelig, og hva vi er blitt mer og mer avhengig av. I den grad en kan gå inn for offentlig helsearbeid, vil det også her være viktig å sette inn folk som er mest mulig kvalifisert, det vil si som har mest mulig opplæring og erfaring i slikt arbeid.

Punkt 3. Her skal det pekes på at det selvsagt er en ikke ringe vekselvirkning mellom kvaliteten av det faglige arbeid som utføres ved et sykehus (eller en annen institusjon), og den virkning stedets forkynnelse får. En kan ikke vente at folk vil høre og

reagere positivt på forkynnelsen til en lege som de vet utfører dårlig arbeid i sin legegjerning. Og konklusjonen blir: Høy faglig standard er en betingelse også for at forkynnelsen skal bære frukt. Det skal også nevnes at våre sykehus må være eksempler på en kristen arbeidsplass. Mange steder er misjonssykehuset den største «bedrift» i hele distriktet. Mange får sitt arbeid der, både kristne og ikke-kristne. De er våre ansatte og har tiltro til oss. Vi har ansvar for dem, og vi må også vise dem tiltro i den grad det er mulig. Men fremfor alt må vi forsøke å nå dem med Ordet fra Gud.

Punkt 4. Elementær opplæring av befolkningen er noe som alle misjonenes helsearbeidere bør drive så langt som mulig. Noe annet er opplæring i de andre kategorier. Der blir det organisert skoleundervisning, og en må ha sykehus av en viss størrelse og av god faglig kvalitet for å kunne drive skole. Dette er noe som sier seg selv, dessuten er det noe myndighetene krever for å godkjenne en undervisningsanstalt ved et sykehus. Og hvis en skole skal være av verdi for dem som utdannes, så må den være godkjent og bringe elevene frem til en offentlig anerkjent eksamen. Undervisning blir mer og mer viktig. Ja, den er en av de viktigste skrankene som skiller mellom naturfolk og kulturnasjoner. Skal vi hjelpe folket på våre misjonsmarker frem, så må vi gi dem faglig opplæring. Ethvert arbeid utført av misjonærer er feltarbeid, det får aldri noe permanent over seg. Teltpluggene må stå løse. Når oppgaven er løst, er misjonæren overflødig, og gjør da klokest i å pakke sin slitte koffert. Men innen den dag bør han ha lært opp sine innfødte brødre til å fortsette det arbeid han har startet. Det er også dette undervisningen sikter på: Å gjøre oss selv overflødig.

Et spørsmål som før eller senere vil bli aktuelt på våre misjonsmarker er dette: Hvilken instans skal overta vårt sykearbeid? Vedkommende stat eller de unge kirker? For den dag kommer da en bør og må overlate arbeidet til landets egne. Men det gjelder å trekke seg tilbake på det riktige tidspunkt, hvis det da i det hele blir opp til misjonene å velge den dag. Jo nærmere

den tid er, jo mer må det satses på undervisning av landets sønner og døtre.

Men undervisningen må være god. Og god undervisning for sykepleiere, jordmødre og medisinske studenter kan bare drives av gode hospitaler. Og for at hospitalene skal bli gode i denne mening må de være av en viss størrelse, ha stort nok pasientmateriale, ha en velkvalifisert stab, være bra utstyrt. Det vil igjen si: Det må en viss sentralisering til. Et sykehus som ikke oppfyller disse krav, kan ikke — og bør ikke — starte noen skole. Det gjelder ikke å ha mange små skoler, men få og gode, og så store som mulig.

Legemisjonens historie kan fortelle at norsk misjon også har startet skole for medisinske studenter. Det som vel er aktuelt i våre dager når det gjelder undervisning av medisinerer, er praktisk tjeneste i løpet av studietiden samt den obligatoriske sykehustjeneste etterpå. Kvalitetskravet er selvsagt det viktigste også her, men dessuten spiller jo også beliggenheten en avgjørende rolle. Og de misjonssykehus som ligger nær universitetsklinikene, er vel få.

Det skal til slutt presiseres at noen av betraktningene i denne artikkel selvsagt ikke passer inn i situasjonen på alle våre misjonsmarker. Evangeliet forkynnes for både «jøde og greker», og misjonens helsearbeid går hånd i hånd med forkynnelsen. Det drives misjon i siviliserte land, og blant primitive naturfolk. Oppgavene og mulighetene for helsearbeidet er selvsagt meget varierende. En sammenligning fra land til land er ofte en sammenligning ikke bare fra generasjon til generasjon, men fra tids-epoke til tidsepoke. På mange steder vil legemisjon i de opprinnelige former ikke bare være berettiget, men sannsynligvis ofte det eneste mulige.