

Misjonshelsetjenesten i 1980-årene: En ny utfordring.

AV SVEIN GUNNAR GUNDERSEN

Man har lenge hørt tale om misjonskrisen. Det har vært problemer såvel med hensyn til teologi som arbeidsmetoder. Misjonenes helsearbeid har også vært heftig debattert i flere 10-år. Hensikten med denne artikkelen er å forsøke å vise en vei ut av det uføret misjonshelsetjenesten synes å være i. Jeg har valgt å bruke det omfattende begrepet «misjonshelsetjeneste», i stedet for det mer vanlige brukte «misjonslegetjeneste». Legen er jo i realiteten i minoritet blant utsendt helsepersonell og vår felles oppgave dreier seg om noe mye mer enn bare legetjeneste.

Misjonskrisen

Vår barndoms forestillinger om misjonæren er en saga blott: Han som stiger i land på det ukjente kontinent og bestemmer at her skal en misjonsstasjon bygges. Han som gjennom et helt liv står under palmetrærne med bibelen i den ene hånden og medisinflasken i den andre. Til og med tropehjelm er borte. Ja, det meste av misjonsromantikken er borte, selv om man kan lese om den i misjonsbladene. Denne noe karikerte situasjon er med årene blitt erstattet av en helt ny misjonærrolle.

Kontinentene hvor moderne misjon startet er blitt avkolonisert. Etter den 2. verdenskrig er det nasjonalisme og selvstendighet som preger de nye statene. Dette har fått følger også for misjonsarbeidet. I land etter land er det blitt dannet nasjonale kirker under nasjonalt lederskap. Dette er resultatet av misjonsinnsats gjennom mange år. Tanken om selvstyre og uavhengighet har også vært en drivende kraft i de nye kirkene. Man kan ikke lenger sitte i Norge og snakke om «våre misjonsfelt og våre misjonsstasjoner». Det kan til og med bli problemer med begrepet «våre misjonærer». For selv om misjonene sender dem ut, så er det nå samarbeidskirkene ute

som kaller det personell de trenger. Fra å være misjonær og evangelist på livstid går nå tendensen mot kortere engasjement i spesielle oppgaver. Mobilitet preger derfor moderne misjonsstrategi. Oppgaven overtaes snarest mulig av den nasjonale kirke og lokale menighet, og misjonsinnsatsen kan rettes mot nye mål. En stor del av misjonskrisen består i hvorvidt man aksepterer denne nye situasjonen og former arbeidet deretter. Krisen består også i at store deler av misjonsarbeidet har vært så avansert at de nasjonale kirkene ikke makter å føre det videre. Særlig har institusjonenes store krav til økonomi og personell vært i fokus. Dette gjelder både skoler og hospitaler.

Krisen i misjonshelsetjenesten

Historikk:

For å kunne se noe av bakgrunnen for moderne misjonshelsetjeneste bør man ta et lite historisk tilbakeblikk. Mange regner William Carey's medarbeider dr. John Thomas i Bengalene som den første misjonslege. Den første organiserte utsendelse av misjonsleger startet imidlertid ved dannelsen av Medical Missionary Society i Edinburg 1841.¹ I praksis var det ofte slik at misjonærene så behovet for behandling av syke. En sykepleier(-ske) ble så sendt ut. Hun følte behovet av mer kvalifisert hjelp, og snart stod en misjonslege ved hennes side. Nøden var enorm. Landene hvor man arbeidet hadde ingen moderne helsetjeneste, og befolkningen intet alternativ til lokal medisin utført av «medisinnmannen». Man kan lett forstå at neste trinn i utviklingen var bygging av misjonshospitaler. Moderne utstyr, medisiner og ikke minst kirurgi gjorde underverker. Forventningen i befolkningen økte, pasientene strømmet til, og ekspansjonen i arbeidet lot ikke vente på seg. Man mente dessuten at helsearbeidet resulterte i en ny åpenhet for forkynnelsen.

Tiden mellom 1840 og 1940 var pionerens tid. Misjonshelsetjenesten la i denne tiden en vesentlig del av grunnlaget for det som senere skulle bli disse nasjoners egen helsetjeneste. Flere av misjonslegene ble nasjonale og internasjonale størrelser. Blant mange andre kan nevnes Stanley G. Browne, tidligere Nigeriamisjonær, siden 1966 «International Adviser on Leprosy». I tidligere år var Indiamisjonæren Paul Brand WHO-rådgiver i lepra. Dansken Christian F. Frimodt-Møller ble den første leder for den Indiske regjeringens antituberkulose-program. Svensken Frida Hylander ble Etiopias første helseminister.

Den teologiske krisen:

Hvorfor drive misjonshelsetjenste? Noen dypere teologisk begrunnelse ble ikke gitt før man sendte ut de første sykepleiere og leger. Nøden tvang fram en spontan handling. Senere, ved misjonskonferansene i Liverpool (1860) og i London (1888) anså man helsearbeidet som et hjelpemiddel for å nå fram med forkynnelsen.² Først på 1900-tallet kom nye momenter fram. John Lowe, tidligere misjonær, bragte inn begreper som «the ministry of healing», «wholeness» og «comprehensiveness».³ Hans tanker var farget av liberal teologi, og har senere vært årsak til heftig debatt. Denne retningen ble ført ut i karikaturen via «Social Gospel» teologien hvor man mente at medisinsk misjon var det essensielle i all kristen misjonsaktivitet.⁴ Ved Jerusalemkonferansen (1928) kom imidlertid et noe moderert syn til orde. Det var dr. Frimodt-Møllers selvstendige tanker om «the healing ministry» som dominerte.⁵ Også etter dette har diskusjonen bølget fram til i dag, og gitt sitt bidrag til usikkerhet m.h.t. misjonenes helsetjeneste. Arbeidet i hospitalene fortsatte imidlertid, kanskje mere som følge av at det var i gang enn ut fra en klar teologisk begrunnelse.

Strategikrisen:

Etter statenes og kirkenes selvstendigjørelse i 1950-60-årene ble institusjonene ofte fordømt. I WHO proklamerte man æraen for profylaktisk medisin. Mange steder har misjonen likevel drevet den kurative virksomhet i hospitalene videre etter avtale med de nye statenes regjeringer. Kirkene maktet ofte ikke å ta over denne delen av arbeidet. Ofte var det lite kontakt og samarbeid mellom lokalmenighet og misjonshospital. Et av medlemmene i en undersøkelseskomité som besøkte alle misjonshospitalene i India husker ikke ett eneste tilfelle hvor det hersket et lykkelig forhold mellom menighet og hospital. Det var interessekonflikter og konkurranseforhold.⁶ I 1956 skrev Stanley G. Browne meget forutseende om «Medical Missions at the Crossroads».⁷

Kritikken økte. Misjonslegene selv begynte å føle at noe var galt. «År misjonssjukhusen berrättigade?» spør Olof Sendel. Ofte tilfeldig plasserte, uten å kunne gi noen omfattende service.⁸ Man fant etter hvert at det i økende grad ble vanskelig å holde god nok faglig kvalitet til og med i Afrika,⁹ noe man hadde strevet med i India allerede før krigen. Økonomien ble anstrengt, også for giverorganisa-

sjonene, og moderniseringer trengtes. Noen steder var de nasjonale regjeringer ikke lenger tilfreds med misjonshospitalenes standard, og man ønsket en forandring med mindre avansert kirurgi og mere forebyggende arbeid. Dette var imidlertid ikke nye tanker. Allerede i 1927 skrev en engelsk misjonslege fra India om at «prevention is better than cure». Men legenes profesjonelle interesse ble mer tiltrukket av ubegrensede muligheter til kirurgi og avansert diagnostisk medisin.¹⁰ Også dr. Kristine Carlsen skrev hjem om lignende tanker fra India så tidlig som i 1938.¹¹ At misjonshospitalene hadde en fremmede effekt på forkynnelsen ble også betvilt. Den senere så berømte Mc Gavran, kirkeveksttenkningens far, hevdet i 1955 at det ikke var noen sammenheng mellom hospitaldrift og menighets-tilslutning. Det skrev han etter selv å ha arbeidet i India i en årrekke, og etter å ha studert arbeidet flere steder i Afrika.¹²

Mot en avklaring

Teologisk avklaring:

Det var først ved konsultasjonen «The Healing Ministry in the Mission of the Church» i Tübingen (1964) at man kom til et vendepunkt og en teologisk avklaring.¹³ Det var kun 18 håndplukkede deltakere fra misjonsavdelingene i LWF og WCC til stede. «Forhåpningene før møtet var ikke store, men noe skjedde i Tübingen», sier en av referentene. Det som skjedde var for det første at teologien omkring den helbredende tjenesten («the healing ministry») ble klarere definert. Helbredelse, og dermed også effekten av misjonshelsetjenesten, ble sett som et ledd i Guds forløsergjerning. Hans vilje til å beseire synd, sykdom og død. Helbredelse er et tegn på at Gudsrikets krefter bryter inn i et menneskeliv. Den frelseshistoriske sammenheng er klar: Jesus helbredet, og befalte sine disipler å gjøre det samme. Dette har Lislerud senere kalt det «messianske mandat» for kirkens terapeutiske oppgave.¹⁴ Det «humanitære motiv» er imidlertid også legitimt til stede, nemlig lindre nød ut fra budet om nestekjærlighet.¹⁵

Om forholdet mellom helbredelse og forkynnelse heter det i Tübingenrapporten at helbredelsen er en integrert del av kirkens vitnesbyrd om evangeliet. Man beklaget det ofte herskende skille mellom misjonshelsetjenesten og menighetenes liv. Underforstått anbefales det at den helbredende tjenesten utøves i en kontekst hvor også forkynnelse hører med.¹⁶

Kirken har en spesiell forpliktelse til å helbrede.¹⁷ Dette er tanker som står i strak motsetning til pionertidens strategiske synspunkter om misjonshelsetjenesten som et tidsbegrenset middel for å nå fram med forkynnelsen. Man kan ikke avslutte misjonshelsetjenesten, men bare håpe på at den kan bli tatt over som menighetens diakonale oppgave.¹⁸

Medisinsk omprioritering

Er så hospitalene et tjenlig middel for menighetenes helbredende tjeneste, eller bør de alle nedlegges? Hvilke nye arbeidsformer bør i så fall erstatte hospitalene? Er der fortsatt plass for misjonspersonell? Dette var spørsmål man stilte seg etter Tübingen.

I 1968 kom den nystartede «Christian Medical Commission» (CMC) sammen. Den var opprettet året før av Kirkenes Verdensråd p.g.a. krisen i misjonshelsetjenesten. I programerklæringen heter det at selv om man ikke kan fornekte kvaliteten av hospitalarbeidet, tvinges man til å gå nye veier. Institusjonene lider av tiltakende omkostninger, personalmangel og foreldelse. Regjeringene planlegger egen helsetjeneste, men kirkenes kompetente meningsytring blir ikke hørt, fordi den sjelden foreligger.¹⁹

«Comprehensive medicin»:

Nye metoder ble anbefalt med omfattende omsorg for den enkelte, hans familie og livsfellesskap.²⁰ Man kan igjen ta i bruk ordet «comprehensive» uten å bli stemplet som liberal teolog. Ordet brukes nå i utstrakt grad, også i sekulært helsearbeid, for å betegne et «altomfattende» helseprogram.²¹ Det dreier seg om en skala av funksjoner som spenner fra behandling til forebyggelse. Et nettverk av tjenester med en referanseinstitusjon i sentrum og mindre enheter i periferien. Medvirkning fra lokalbefolkningen regnes som absolutt nødvendig. I stedet for å stille pasientdiagnoser, bør man betrakte en hel landsby som syk, og starte omfattende programmer for behandling og forebyggelse av de mest presserende sykdommene. Helseopplysning, tilgang på rent vann, veiledning i jordbruk og ernæring o.s.v. hører med. Det er «fattigdommens medisin»²² hvor man søker å få mest mulig helse for flest mulig ut av små budsjetter. Dette må ikke forveksles med overflatisk, depersonalisert massemedisin, men snarere som en form for integrert helsetjeneste. På den annen side må «comprehensive» forstås relativt, i det man tar

hensyn til de ressurser man har til rådighet. Billige, men adekvate, medikamenter i en enkel jordhytteklinikk med en «barfotlege» kan være et omfattende («comprehensive») svar til en landsbys behov.²³

Hvorfor en omfattende tilnærming? En typisk sykehistorie: En 5 år gammel gutt innlegges på sykehuset med underernæring, lungebetennelse, tarmparasitter og malaria. Vekt 10 kg. Apatisk. Etter 3 måneders intens ernæring og behandling er han frisk og utskrives. Store ressurser er brukt på denne ene pasienten. 3 måneder senere innlegges han igjen i samme tilstand som forrige gang, men nå nærmest døende. Hvorfor? — Faren er arbeidsløs og periodedranke. Pasientens mor er hans annen kone, og har fra før 6 levende barn. Dessuten en 9 mndr. gammel gutt som krever all hennes energi. Hun har lite kunnskaper om riktig ernæring og selger de fleste grønnsakene, eggene etc. på markedet for å kunne kjøpe salt, sukker og te. Dessuten tror hun at sønnens sykdom er blitt sendt ved trolldom for å skade henne.²⁴ Oppfatning av sykdom i de fleste afrikanske samfunn knytter nøye sammen de legemlige, åndelige og sosiale aspekter. Det er derfor viktig med en mest mulig helhetlig («holistic») tilnærming ved behandlingen.²⁵ Hva er vel da mere helhetlig og omfattende enn et «comprehensive health programme» nær knyttet til en inkluderende kristen lokalmenighet.

CMC's første år skulle brukes til å innsamle data om eksisterende institusjoner, arbeidsmåte og samarbeidsmuligheter. Allerede i 1971 utga den finske medarbeider dr. J.H. Hellberg heftet «Community Health and the Church».²⁶ Han har på få sider klart å samle det viktigste av eksisterende viten om distriktshelsetjeneste («community health») i U-land fra ledende forfattere som Bryant,^{26a} Jelliffe^{26b} og King^{26c} etc. Samtidig er dette satt inn i en kirkelig sammenheng på en meget troverdig måte.

Prinsippene og alternative metoder var utredet, og misjonene ble utfordret til å forsøke dette med prøveprosjekter. Kravet om omprioritering og omorganisering vil imidlertid ofte føles som en ekstra belastning for en allerede travle lege og sykepleier. «Dere vil ha meg til å skifte et hjul mens vi raser av sted med en fart av 90 km i timen.» Likevel er Hellbergs vurdering at selv om travle klinikker og sykehus synes å kjøre med slik hastighet, må man av og til senke farten og se på retningen. Hvis ikke, vil man finne ut for sent at man er på kollisjonskurs eller på en blindvei.²⁷

Mange steder hadde man forsøkt det tidligere, og stadig nye prosjekter ble startet. CMC's tidsskrift «Contact» er kommet ut ca. hver

annen måned siden 1971. Stadig nye resultater publiseres, programmer revideres, og metoder justeres.

1970-årene: Utprøving av nye ideer.

Lovende resultater:

Var det riktig at hospitalene ikke hadde endret befolkningens helse-tilstand vesentlig? En barnelege kom til et 50 år gammelt misjonshospital i Afrika. Han fant at barnedødeligheten ikke hadde endret seg i årenes løp i det området som hospitalet dekket. Av tusen fødte barn døde 282. Barna døde av 3 sykdommer (malaria, dysenteri og sårbetennelse) som alle lett kunne behandles. Han gjorde så noe som mange tilhengere av tradisjonell legeetikk ville være meget tenkt ved. Han valgte ut noen piker i 15 års alderen fra misjonsskolen, ga dem litt medisinsk undervisning og sendte dem ut i landsbyene. En masse feiltakelser ble gjort, men mange fikk også riktig behandling og råd. I praksis viste det seg å være en effektiv måte å mangfoldiggjøre seg selv på for legen. Etter 5 år var barnedødeligheten falt til 78 av 1000.²⁸ Ikke alle steder er tallenes tale så klar. Mange har begynt i det små med mere distriktsrettet medisin, ut fra så vel hospitaler som klinikker. Svaret synes imidlertid relativt klart: Noen hospitaler bør nedlegges, men de fleste kan omstruktureres til sentra for utdanning, koordinering og henvisning i et «comprehensive, community health project».

I løpet av de siste 10 – 15 år er det publisert en mengde rapporter om prosjekter av forskjellig slag. Forebyggende medisin prioriteres ofte. Ved et besøk i Syd-India i 1976-77 fant Walldén nærmest en profylaktisk «vekkelse» da han besøkte vel et dusin misjonshelseprosjekter.²⁹ Allerede i 1972 rapporterte man erfaringene fra «The comprehensive rural health project, Jamkhed, India».³⁰ Eric R. Ram la dessuten i 1977 fram overbevisende helsedata som viste effekten i befolkningen fra 1974 til 1977 av «The Integrated Health Services Project, Miraj, India».³¹ Også i Afrika har man fra kirkelig og misjons hold lansert slike prosjekter. Som eksempel kan nevnes «The Serabu Hospital Village Health Project» i Sierra Leone som ble startet i 1974.³²

«*The Lardin Gabas Way*»: Skulle man referere detaljer fra ett enkelt prosjekt, ville jeg velge prosjektet i Lardin Gabas, Nigeria.³³ Man tok der det modige skritt å forandre misjonshospitalet til et trenings- og henvisningssenter. En ny type «landsbyhelsearbeider» ble

utdannet, og lokalbefolkningen ble involvert i alle aspekter av arbeidet. Prosjektets suksess tilskrives gode administratører, men ikke minst de mange deltakende fra grasrota. Et nigeriansk ordtak sier: «Det skal mere enn ett hode til for å bære et tak». Derfor er man flere sammen om å sette taket på huset. Hva er så mere naturlig enn at man også går sammen om å skaffe landsbyen en helsetjeneste? I de landsbyene hvor man var interessert i prosjektets tilbud, ble det så dannet en «helsekomité» bestående av landsbyens overhode og 2 andre respektable medlemmer. Disse valgte ut pålitelige kandidater til et 3 måneders kurs for landsbyhelsearbeidere. En mann og en kvinne fra hver landsby fikk så denne utdannelsen, som gikk ut på helseutdanning, profylakse og litt kurativ medisin. Det mest særpregede ved undervisningen var at man gjorde mye bruk av lokale tradisjoner for å lære. Man brukte lignelser, drama, sanger etc.

Elevene ble opptatt på kurset etter avtale om at landsbyen imens skulle bygge en «landsbyhelsestasjon», bestående av et lite hus med et rom og en enkel møblering. Når bygningen stod ferdig, ville de nyutdannede helsearbeiderne vende tilbake til landsbyen sin med litt utstyr og medikamenter kjøpt ved hjelp av et lån fra prosjektet. Lånet skulle tilbakebetales i løpet av 1 år. Det økonomiske ansvaret for helsearbeidernes lønn (også under kurstiden), kjøp av medikamenter etc. lå hos landsbyens helsekomité. Som oftest fikk man inn midlene ved hjelp av medisinsalg. Landsbyhelsearbeiderne inngikk en ansettelseskontrakt med landsbyhelsekomitéen. På denne måten kunne misjonens helsepersonell konsentrere seg om den faglige supervisjon med klinikkbesøk, videreutdanningskurser og behandling av henviste pasienter etc. Prosjektet var akseptabelt på lokalplanet fordi man selv var delaktig i det. De fleste av aktivitetene i landsbyen var selvunderholdende. Kun driften av hospitalet med utenlandsk personell ble belastet kirken og misjonens budsjett.

1980-årene: En ny pionertid for misjonshelsetjenesten?

Stanley Browne skrev allerede i 1956 om misjonshelsetjenesten ved veiskillet. Han er senere blitt en tradisjonell gjestetaler ved Christian Medical Fellowship's årvisse møte for deltakerne ved tropekurset i Liverpool. Han er gjesteforeleser om lepra på kurset, og om kvelden taler han inspirert om tjenesten i U-land. Vi som har vært så heldige å være til stede ved en slik samling er overbevist om at misjonshelsetjenestens tid ikke er forbi: «Vi må være pionerer», sa han i

1974, «særlig når det gjelder mindre attraktive oppgaver ute i bushen. Vi bør prioritere de fattige, spedalske, undertrykte». ³⁴ Det er en utfordring å fremme rettferdighet ved å streve mot jevnere fordeling av helsetjenesten når vi vet at bare 10–30% av befolkningen nåes av helsepersonell i Asia og Afrika for øyeblikket (Etio-
pia: 5%). ³⁵ På denne måten kan vi eventuelt påvirke det statlige helseprogram. Det hevdes ofte i misjonskretser at om ikke kirken kan ta over misjonshospitalene, så kan man overlevere dem til staten. De fleste regjeringer i U-land har imidlertid ikke budsjetter og personell til dette, og ønsker selv å bruke sine midler til mest mulig profylaktisk medisin. En mere eller mindre panikkartet overlevering av hospitalene vil derfor skape nesten uoverkommelige problemer. Av egen erfaring vet jeg at man på denne måten raskt og effektivt kan ødelegge den velvilje man hadde bygget opp i landets helseministerium og blant lokalbefolkningen over lang tids tjeneste.

La oss heller omprioritere og endre institusjonene til å bli en del av distriktshelsetjenesten. La oss eventuelt gjøre dette i samarbeid med det offisielle helsevesen. Da vil vi kanskje oppdage at staten etter hvert blir villig til å ta over arbeidet. Kanskje man til og med er interessert i å engasjere misjonspersonell i statlige kontrakter for en viss tid. Browne anser dette som en stor mulighet for å øve en positiv virkning på det statlige helseapparat. I Nigeria var f.eks. 75% av de kristne legene statsansatte. ³⁶ Kanskje vil man etter noen år oppleve at misjonenes helsepersonell er overflødiggjort i et distrikt eller et land. Institusjonene er overtatt av staten. Nasjonalt personell har arbeidet som misjonspersonellets medarbeidere («counterparts») og driver arbeidet videre i samme ånd. I pakt med moderne, mobil strategi står misjonenes personell på ny klar til å settes inn mot oppgaver i nye områder og nye land. Med oppgavene øker sannsynligvis erfaringen. Hvem har mere erfaring fra upopulært arbeid i bushen enn nettopp misjonærer?

Mange vil innvende at dette ikke er misjonshelsetjeneste. Det er U-hjelp i form av helsearbeid. Vil man ikke tape profilen i de statlige prosjektene? Ofte vil man miste misjonshospitalets andakter og evangeliseringsmuligheter. Det må likevel erkjennes at uansett ytre ramme ville denne innvending stå og falle med frimodigheten til den enkelte misjonær og hvordan han bruker sin situasjon.

Forholdet til den lokale kirke kan også føles problematisk for mange. Best er det om kirken selv er delaktig i eller helst ansvarlig for prosjektene, i samarbeid med staten. Man vil i de fleste land ik-

ke kunne tilby spesialservice m.h.t. helsetjeneste for spesielle menigheter. Dette vil neppe aksepteres av staten, og er vel også moralsk betenkelig. Imidlertid er det alle muligheter for en landsby-menighet å gjøre seg delaktig i helseaktiviteten lokalt. I praksis ser man ofte at i områder hvor de kristne står sterkt, vil de være respekterte medlemmer i helsekomitéer og råd. Ved kirkelige prosjekter kan selvfølgelig denne tendensen framelskes. Man kan eventuelt fra slike områder anbefale kristne for opplæring til landsbyhelsearbeidere. I stedet for et fjernt og fremmedartet samarbeid med utlendinger på misjonshospitaler vil menighetsbarna kunne ha daglig kontakt med en landsbyhelsearbeider som de føler som en av sine egne. På denne bakgrunn skulle det absolutt være muligheter for å arbeide videre med menighetens egen diakoni. På lokalplanet vil aktivitetene være selvstyrt og selvunderholdende, men med flest mulig innslag av lokale tradisjoner. Menighetens helbredende tjeneste («healing ministry») skulle kunne ha godt grunnlag for vekst.

Alternativer:

Man vil selvfølgelig fortsatt ha behov for andre former for misjonshelsetjeneste. Mange regjeringer vil ønske at misjonen fortsatt driver spesialinstitusjoner for kirurgi, lepraarbeid, tuberkulose etc. Dessuten bør kristne se sin oppgave i kortere eller lengre U-lands engasjement i statlig regi. Kristne forskere bør interessere seg for U-lands problematikk, og misjonspersonell bør se mulighetene for forskning. Denis Burkitt, som har fått sitt navn knyttet til en afrikansk form for lymfekreft, uttalte i 1973 at det året var 99% av hans forskningsarbeid basert på misjonshospitaler. «Misjonshelgen er verdensautoritet på sykdomsbildet i den stammen han arbeider». ³⁷ Verdensomspennende kristne spesialorganisasjoner som «Kristoffel Blindenmission», «Medical Assistance program» etc. vil fortsatt gjøre en stor innsats. Dette gjelder også kirkelig nødhjelpsmedisin.

Avslutning:

I all nytenking står man i fare for å bli ensidig. Det er derfor viktig å se kritisk på hvert enkelt prosjekt. Faren er alltid til stede for en ny form for profesjonell dominans og institusjonalisering. Dette er fenomener som ikke er bundet til bygninger, men strukturer, og kanskje til sist til misjonæren selv.

NOTER OG HENVISNINGER

- 1 Magnus Tausjø: *Medisinen og misjonen*. NOTM 1965, p. 235.
- 2 Helge Kjær Nielsen: *Lægemissionens teologiske begrundelse, kritisk belyst ud fra eksegese af de nytestamentlige helbredelsesberetninger*. 123 s., stensileret. København 1966, p. 5.
- 3 *Ibid.* p. 7.
- 4 *Ibid.* p. 8-9.
- 5 *Ibid.* p. 8.
- 6 K. Nambudripad: *Legemisjonens målsetning*. Inter Medicos. Oslo 1973, p. 15.
- 7 Stanley G. Browne: *Medical Missions at the Crossroads*. International Review of Missions. London 1956, pp. 278 ff.
- 8 Olof Sendel: *Är missionssjukhusen berättigade?* Svensk Missionstidskrift. 1957, pp. 74 ff.
- 9 Rolf Brodersen: *Lægemission under nye vilkår*. Svensk Missionstidskrift. 1959, pp. 42 ff.
- 10 Ruth Yong: *Preventive Medicine and Medical Missions*. International Review of Missions. London 1927, pp. 556 ff.
- 11 Kristine Carlsen: *Meddelelser til Nordens Kristne Læger*. 1938, p. 207.
- 12 D.A. McGavran: *The Bridges of God*. World Dominion Press. 1955.
- 13 Helge Kjær Nielsen: *Lægemissionens teologiske begrundelse....* København. 1966, p. 16 ff. (Om Tübingenrapporten.)
- 14 Gunnar Lislerud: *Legemisjonens eksistensrett*. NOTM 1965, p. 17.
- 15 *Ibid.* p. 231. (Menigheten og medisinen.)
- 16 Helge Kjær Nielsen: *Lægemissionens teologiske begrundelse....* København. 1966, p. 21.
- 17 *Ibid.* p. 23.
- 18 *Ibid.* p. 22.
- 19 Nye retningslinjer: *Christian Medical Commission's «Programerklæring»*. (Helge Kjær Nielsen). Nordisk Missions-tidsskrift. 1969, pp. 104 ff.
- 20 *Ibid.* p. 107.
- 21 *Ibid.* p. 108.
- 22 J. Jåkan Hellberg: *Att vara till för andra inom missionssjukvården*. Svensk Missionstidskrift. 1969, p. 5.
- 23 J. Håkan Hellberg: *Community Health and the Church*. CMC. 72 s. Geneva. 1971, pp. 19-20.
- 24 Bo Balldin: *Mission och sjukvård*. Tidsskrift för Mission och Kyrkosamverkan. Lund. 1978, pp. 13 ff.
- 25 Kofi Appiah-Kubi: *The Church's healing ministry in Africa*. Contact no 29. Geneva 1975, p. 5.
- 26 J. Håkan Hellberg: se henv. no 23.
- (26a Bryant: *Health and the Developing World*. Cornell University Press. 1969.)
- (26b Jelliffe: *Child Health in the Tropics*. Edward Arnold. 1967.)
- (26c King: *Medical Care in Developing Countries*. Oxford University Press. 1966.)
- 27 *Ibid.* p. 5.
- 28 R.A. Lambourne: *Lægegerningen — etisk-politisk kunst*. Synspunkt. Hellerup. 1973, pp. 19 ff.
- 29 Lennart Wallden: *Missionssjukvårdens målsättning och möjligheter*. Tidsskrift för Mission och Kyrkosamverkan. Lund. 1978, p. 6.
- 30 Rajanikant S. Arole: *Comprehensive rural health project, Jamkhed, India*. Contact no 10. Geneva 1972.

- 31 Eric R. Ram: *Integrated health services project, Miraj, India*. Contact no 44. Geneva 1978.
- 32 David A. Ross: *The Serabu Hospital Village Health Project*. Contact no 49. Geneva 1979.
- 33 R. Nita Barrow: *Rural Basic Health Services: The Lardin Gabas Way*. Contact no 41. Geneva 1977.
- 34 Stanley G. Browne: *Missionssjukvården inför 80-talet*. Svensk Missionstidskrift. 1974, p. 224.
- 35 John Bryant: *Five challenges to the churches in health work*. Contact no 42. Geneva 1977.
- 36 Stanley G. Browne: *Medical Mission in the Eighties*. Inter Medicos. Oslo 1975, p. 84.
- 37 Denis Parson Burkitt: *Utfordringen fra dagens legemisjon*. Inter Medicos. Oslo 1973, p. 24.