

R. Elise B. Johansen

Tverrfaglighet

– en utfordring eller begrensning
i medisinsk antropologi?

R. Elise B. Johansen

Tverrfaglighet

**– en utfordring eller begrensning
i medisinsk antropologi?**

NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 1/2009

Redaktør Karin Harsløf Hjelde

© NAKMI – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse 2009

NAKMIs skriftserie for minoriteter og helse

Serieredaktør: Karin Harsløf Hjelde

ISSN 1503-1659

ISBN 82-92564-06-3

Design og produksjon: 07 Gruppen AS

Alle henvendelser om rapporten kan rettes til:

NAKMI

Oslo Universitetssykehus, HF, avd. Ullevål

Bygg 37

0407 Oslo

Tlf.: 23 01 60 60

Faks: 23 01 60 61

post@nakmi.no

www.nakmi.no

Tverrfaglighet

– en utfordring eller begrensning i medisinsk antropologi?

Prøveforelesning av R. Elise B. Johansen
Universitetet i Oslo, 30. november 2006

I denne prøveforelesningen vil jeg ta utgangspunkt i de erfaringene jeg har gjort som antropolog i ukjent terreng – som stipendiat ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo, og med feltarbeid innenfor helsevesenet. Mitt mål med forelesningen er en refleksjon rundt hvordan mitt doktorgradsarbeid har vært tverrfaglig, og hvordan det har påvirket prosessen og resultatet. Underveis vil jeg si noe generelt om medisinsk antropologi og tverrfaglighet, før jeg går nærmere inn på noe av det jeg har erfart som mest spennende i det tverrfaglige møtet, nemlig noen sentrale aspekter ved metode.

Prosjektet startet tverrfaglig. Johanne Sundby, lege og gynekolog, befant seg midt i debatten om loven mot omskjæring og diskusjoner omkring helseomsorg til omskårne jenter og kvinner. Hun så at det var behov for forskning på temaet. Hennes klare formening var at dette måtte gjøres av en antropolog. Fordi omskjæring er et sensitivt tema, mente hun antropologisk kompetanse var nødvendig for å få tilgang til og for å forstå prosessene i praktiserende miljøer. Samtidig opplevde jeg tidlig i arbeidet med doktorgradsprosjektet et behov for medisinsk kunnskap slik at jeg kunne få bedre tak på motsetningsfylte data: Hvordan skulle jeg forstå motsetningen mellom somaliske kvinners bekymring over unødige og overhyppige keisersnitt, og helsepersonells oppfatning av at hovedproblemet med somaliske kvinner var det at de nektet keisersnitt? Data om faktisk forekomst av keisersnitt ville her kunne bidra til en bedre analyse. Blant annet kunne jeg konfrontere helsepersonell med faktiske tall, som de ble forbløffet over og reflekterte over, og slik ble det lagt grunnlag for videre diskusjon. Det var også nyttig for å finne ut hva jeg burde konsentrere meg om i de videre undersøkelsene. Var det viktigst å finne ut hvorfor somaliske kvinner nektet keisersnitt, eller var det viktigst å vite hvorfor helsepersonell utførte så mange av dem? Dette var igjen av betydning med tanke på hvordan kunnskapen burde brukes: Skulle den øke helsepersonells kompetanse til å overbevise somaliske kvinner om nødvendigheten av keisersnitt, eller skulle den stimulere helsevesenet til en kritisk revurdering av egne rutiner? Tverrfaglig opplæring og nettverk var også nødvendig på en rekke andre felt, blant annet for å få tilgang til helsesektoren, for å lære helsesjargong, for å lese medisinske artikler og for å kunne lese fødejournaler og helsekort metodisk.

En annen utfordring var at de sterke følelsene og meningene mange har om omskjæring, innenfor både medisin og antropologi, ofte gjorde faglig fordypning vanskelig, og jeg

opplevde et sterkt behov for et eget forum. Dette var grunnen til at vi i 2001 etablerte et nordisk nettverk av forskere som jobbet med denne problematikken.¹ Initiativet ble tatt tverrfaglig, og det var fra starten en selvfølge at det skulle være et tverrfaglig forum. Dette opplever jeg har beriket nettverkets arbeid.

Min erfaring er at en tverrfaglig tilnærming er en nødvendighet i mye medisinsk antropologi, og at det er både utfordrende og berikende. Utfordringene er blant annet knyttet til det å bygge bro mellom to fagtradisjoner som har et nesten fundamentalt ulikt verdensbilde når det gjelder vekten man legger på natur og kultur, hvordan man kan forske på omskjæring, hva som er sant, og hva som er hensikten med forskning. Disiplinene har også ulike kutymmer for publisering og eierskap til data, i tillegg til ulike retningslinjer for forskningstillatelse og metodiske fremgangsmåter.

Tverrfagligheten er likevel nyttig på mange måter: For det første fordi tverrfaglig samarbeid bringer sammen kunnskap og innsikt fra ulike fagtradisjoner, noe jeg mener bidrar til å utvikle medisinsk antropologi i både dybden og bredden. Man får tilgang til et bredere sett og flere typer av data. Blant annet får man muligheter til å sammenligne hva som kan forventes ut fra biologiske funn, med hvordan mennesker presenterer sine erfaringer.

For det andre er tverrfaglig samarbeid nyttig fordi det fungerer som et slags speil. Nordmenn har stimulert somaliske kvinner til økt refleksjon, bevissthet og kritisk tenkning rundt omskjæring. På samme måte har medisinske forskeres spørsmål om hva vi antropologer egentlig vet, hvordan vi gjør vår forskning, og hvordan vi tolker funnene, stimulert meg og andre antropologer i tverrfaglige miljø til å se oss selv i speilet. Speilbildet viser oss at det er nødvendig både å tydeliggjøre vår identitet og å gi en klarere presentasjon av egne faglige styrker, og vi fikk også inspirasjon til å rette et kritisk søkelys mot vårt eget fag.

Til sist er tverrfaglighet også nyttig fordi man får mulighet til å nå ut til flere fag med resultatene. Når det når ut til medisinen, kan det dessuten få praktiske konsekvenser i form av bedre helsehjelp. Men først noen definisjoner. Hva er medisinsk antropologi, og på hvilken måte er det tverrfaglig?

Medisinsk antropologi

En vanlig definisjon på medisinsk antropologi er «kulturelle perspektiver på sykdom og helse». Primært er medisinsk antropologi en tematisk spesialisering. Men det konkrete forholdet til den fysiske kroppen har også stimulert nye analytiske perspektiver og teorier.

Under mine grunnstudier ble sosialantropologi generelt definert som «sammenlignende studier av kultur og samfunn». Jeg var aldri helt fornøyd med denne definisjonen. Antropologer skriver ikke bare beretninger om at der gjør de slik, og der gjør de sånn – selv om Maurice Bloch i et intervju klaget over at antropologi har blitt redusert til «å fortelle anekdoter fra varme land». ² De gjør også noe mer, de prøver å si noe om mennesker i kultur og samfunn generelt. Derfor ble jeg så glad da jeg så dette formulert i Hylland Eriksens lille

1 Foko: nordisk nettverk for Forskning Om Kvinnelig Omskjæring.

2 Maurice Bloch intervjuet av Lone Frank i Weekendavisen, nr. 11, 17.-23. mars 2006: <http://www.weekendavisen.dk/apps/pbcs.dll/article?AID=/20050812/IDEER/508100301>.

bok om hva antropologi er: «Dypest sett stiller sosialantropologien filosofiske spørsmål, som den forsøker å besvare ved å undersøke menneskers liv under de forskjelligste betingelser» (Hylland Eriksen 2003). Kanskje medisinsk antropologi er et felt som gir tilbake noe av det Bloch hevder at antropologien har mistet, nemlig en søken etter å si noe mer grunnleggende om mennesket som vesen.

Antropologiens ønske om også å si noe generelt om mennesket sletter på medisinen fokus på kropp som universelle biologiske enheter. Dette medisinske perspektivet kan stimulere antropologiske studier til ikke bare å utforske kulturell variasjon, men også til å prøve å si noe om på hvilke måter og i hvilken grad det menneskelige livet er kulturelt konstruert, og om samspillet mellom fysiske og kulturelle faktorer.

Medisinsk antropologi er først og fremst stort i USA. Her ble Society of Medical Anthropology (SMA) etablert under American Anthropological Association (AAA) i 1971. I 2004 var 12 prosent av alle AAA-medlemmer også medlem i SMA. Det finnes i dag flere tidsskrifter i medisinsk antropologi,³ og uten at jeg har klare tall, er det manges formening at de fleste sesjoner på årskonferansen til AAA har medisinsk antropologisk fokus. Jeg var så heldig å få delta en gang. Det var utrolig spennende, mye mer spennende enn tradisjonell antropologi, og jeg følte meg snytt fordi vi hadde hatt så lite av dette på grunnstudiet. Spenningen var knyttet både til at det for meg favnet nye og ukjente tema og perspektiver, og til at det var et sterkere søkelys på det levde livet. Medisinsk antropologi tar for seg dype personlige erfaringer som mange har kjent på selv.

Jeg vil nå kort gjennomgå tre hovedfelter i dagens medisinske antropologi: studier av hvordan sykdom er kulturelt konstruert, studier av biomedisinenes metaforiske formspråk og oversettelser mellom ulike medisinske systemer. Innenfor forskning om hvordan sykdom er kulturelt konstruert, finner man flere av de mest anerkjente medisinske antropologene, som Arthur Kleinman, Nancy Scheper-Hughes, Margaret Lock, Veena Das og Emily Martin.⁴

Slike studier tar for seg alle typer medisinske systemer, både folkelige tradisjoner, større medisinske systemer og vestlig biomedisin. «Folkelige tradisjoner» er en vanlig betegnelse på forestillinger og systemer som hovedsakelig er lokalt og muntlig overlevert, såkalt etnomedisin. Dette feltet kan trekke tråder helt tilbake til antropologiens opprinnelse, som blant annet omfattet studier av ritualer og magi. Her så man blant annet på hvordan sykdom kunne knyttes både til menneskelige og til relasjonelle faktorer gjennom hekseri og det onde øyet og åndelige eller overnaturlige prosesser og handlinger. Alle norske antropologer husker barnelærdommen om kyllingene til Evans-Pritchard.⁵

Studier av store medisinske systemer omfatter systemer med institusjonalisert utdanning, sertifisering, litteratur og forskning. Dette omfatter spesielt asiatiske medisinske systemer.

3 Noen av disse tidsskriftene er blant annet *Medical Anthropology*; *Medical Anthropology Quarterly*; *Anthropology & Medicine*; *Medical Anthropology Newsletter*.

4 Se referanselisten for noen av deres mest kjente arbeider.

5 Eksemplet viser til azandefolkets (i det sydlige Sudan) bruk av kyllinger for blant annet å identifisere hekser. Kyllingene stilles spørsmål samtidig som de gis gift, og utfallet (død eller overlevelse) gir svar på hvem som er heks, og hva som ligger bak. Dette bygger på en forestilling om at en årsak til sykdom er negative menneskelige intensjoner og relasjoner. Identifisering av hekser og årsaken til deres bruk av hekseri er derfor en del av diagnosen, og blir brukt som rettesnor for behandling. Siden årsaken defineres i mellommenneskelige relasjoner, inngår dette også i behandlingen.

Vestlig biomedisin, som jeg skal fokusere på her, er på samme måte et medisinsk system som kan studeres som en kulturell konstruksjon.

Slike kulturelle analyser av biomedisinske forståelsesformer og praksiser omfatter flere felt. Et av disse ser på hvordan medisinske sannheter etableres. For selv om den medisinske selvpresentasjonen, særlig til oss som pasienter, er at det er evidensbaserte harde fakta, er også medisinen et fag med uklare og motstridende funn og faglig uenighet. Videre er dette knyttet til politiske debatter. Et relativt kjent eksempel i Norge er diskusjonen om hvorvidt fibromyalgi er en sykdom. Og videre om hvorvidt sykdommen er forårsaket av fysiske, psykiske eller relasjonelle faktorer, og om den er kulturelt knyttet til kvinners rolle i vårt samfunn. Hvordan man definerer og diagnostiserer, får videre konsekvenser for hvordan sykdommen oppleves av de berørte, som hvordan omgivelsene forholder seg til dem, og det berører også helt konkrete livsvilkår som rett til sykemelding, behandling og trygd.

Forskning på biomedisinens metaforiske formspråk ser blant annet på hvordan dette både sier noe om, og påvirker, kulturelle prosesser. Flere forskere, blant andre Emily Martin, har analysert hvordan medisinen fremstiller kvinners kropp først og fremst som en maskin for produksjon av barn (Martin 1989). Konkrete uttrykk for dette er hvordan menstruasjoner fremstilles som mislykket befruktning, og beskrivelsen av at overgangsalderen kjennetegnes av produksjonsstopp. Men selv om medisinen kan betraktes som en hegemonisk virkelighetsdefinisjon gjennom dens makt over både forskning og behandling, viser blant annet Martins forskning også at folk flest ikke deler den medisinske forståelsen i ett og alt. Jeg husker selv min overraskelse over hvor forskjellig den medisinske definisjonen av pubertet var fra min hverdagsforståelse. Den medisinske definisjonen av pubertet for gutter var knyttet til deres første sædutløsning, mens det for jenter var definert til deres første menstruasjon. Jeg ble perpleks. At man har såpass ulike erfaringer og kroppslige prosesser som definisjon mellom kjønnene, viser blant annet at definisjonen av «kjønnsmoden» utelukkende er definert ut fra fruktbarhet, og ikke for eksempel seksualitet. Den antropologiske tendensen til å tolke pubertetsritualer, inklusive omskjæring, først og fremst som noe som handler om fruktbarhet, har kanskje enda en rot her.

Det andre hovedfeltet for medisinsk antropologi er studier som ser på forholdet mellom historiske omstendigheter og folks helse. Dette kalles gjerne «kritisk medisinsk antropologi». Her er Paul Farmer en av de mest kjente. Han har blant annet analysert sammenhenger mellom hiv/aids og tuberkulose på Haiti og internasjonale prosesser som handel, sexturisme, USAs storpolitikk, slavehistorie og franske overklassevaner (Farmer 1992). Nancy Scheper-Hughes har studert barn som dør av diaré fordi mødrene gir dem tynn morsmelkerstatning i flasker og vann som sjelden blir kokt. Hun trekker inn samspillet mellom internasjonale markedsføringskrefter og kvinners tvil på om deres fattige kropper evner å produsere næringsrik brystmelk (Scheper-Hughes 1992).

Det tredje hovedfeltet jeg vil nevne i medisinsk antropologi, er studier som ser på kulturoversettere mellom ulike medisinske systemer. Disse utforsker hva som skjer i møtet mellom lokale forestillinger og biomedisinske forståelsesformer. En viktig rot her er anvendt antropologi, som har vokst frem ut fra et behov for å forstå hvorfor helsefremmende prosjekter i fattige områder ofte fungerer dårlig. Folk kommer ikke til de nye helsestasjonene, de tar ikke

vaksiner og bruker ikke prevensjon, og man spør antropologer for å overkomme det som oppfattes som «kulturelle hindringer» som ligger i veien. I kjølvannet av hiv-epidemien har blant annet antropologer blitt hyret for å se på lokale forestilinger om sykdommen og smitterisiko. Fortsatt er dette et kjerneelement i medisinsk antropologi. Og, som vi så, vokste også dette doktorgradsprosjektet frem delvis som en respons på helsevesenets ønske om å forstå hva det var ved somalisk kultur som gjorde det vanskelig for helsevesenet å nå frem.

Som vi ser, spenner medisinsk antropologi over et bredt felt, over flere emner enn de som er nevnt her. Så bredt at en innføring i medisinsk antropologi av Donald Joralemon først og fremst oppfordrer til økt tverrfaglighet mellom de ulike subdisiplinene av medisinsk antropologi (Joralemon 2006).

Så langt har vi ikke kommet i Norge. Her har ikke tverrfaglige spesialiseringer, såkalt «bindestreks-antropologi», særlig status. Det er lite institusjonalisert, og også relativt lite integrert i ordinær antropologi. Et uttrykk for dette er at de fleste som arbeider med medisinsk antropologi i Norge, verken definerer seg selv eller sitt arbeid som medisinsk antropologi.

Man må også spørre seg hvorfor et prosjekt om kvinnelig omskjæring i Norge gjøres under overskriften medisinsk antropologi. Dette er ikke selvsagt, og det meste av antropologisk forskning på temaet defineres som «vanlig» antropologi. Hvis vi tar utgangspunkt i definisjonen av medisinsk antropologi som kulturelle perspektiver på sykdom og helse, er det heller kanskje ikke helt logisk. Kvinnelig omskjæring defineres ikke som en sykdom, verken av somaliere eller helsepersonell. Selv om somaliere knytter klare bånd mellom omskjæring, smerte og ulike helseplager, defineres omskjæring først og fremst som et inngrep som former en riktig kvinnekropp. Helsepersonell så heller ikke på praksisen som et helseproblem de trengte spesiell opplæring for å ta seg av. Samtidig måtte man behandle det medisinsk, blant annet gjennom åpnende operasjoner. Vi ser her at det er et litt «dobbel» tema for begge grupper. Det både er, og er ikke, oppfattet som et helseproblem. Derfor er den doble tilnærmingen som ligger i medisinsk antropologi til å se på både kropp og kultur, en godt egnet innfallsvinkel.

Tverrfaglige muligheter og begrensninger

Tverrfaglighet i forholdet mellom antropologi og medisin medfører et bredt sett av muligheter og begrensninger, fra de rent praktiske og organisatoriske til grunnleggende epistemologiske uenigheter.

De institusjonelle rammebetingelsene rundt medisinsk antropologi kan skape utfordringer og til dels begrensninger for tverrfaglig arbeid. Seksjon for medisinsk antropologi i Oslo er den eneste ved det navnet, selv om det finnes medisinske antropologiske stillinger, om enn få og små, under andre overskrifter, blant annet internasjonal helse. Seksjon for medisinsk antropologi i Oslo er videre plassert under Medisinsk fakultet, og her hadde man inntil nylig kun én fast ansatt, nå har man to. For dette prosjektet medførte det at det var utfordringer knyttet til å skaffe antropologisk veiledning, siden et slikt ansvar følger fakulteter og institutter. Relevant her er også ulike tradisjoner for veileders rolle. Innenfor antropologien

er veiledning primært en ekstrajobb man sjelden tar på seg hvis man ikke må. Innenfor medisinen, derimot, er det mer lukrativt for veilederens egen posisjonering fordi han eller hun alltid er medforfatter på sin students publikasjoner og dermed får akademisk kreditering for sin veilederrolle. Tverrfaglig samarbeid krever derfor en tidlig og tydelig avklaring av roller.

En annen ulempe ved å være plassert på Medisinsk fakultet er at det lett blir for lite utveksling med moderfaget, noe som gjør det mer utfordrende å oppdatere seg på bredere antropologiske felt. I USA er dette mer utviklet, og noen av de mest anerkjente antropologene har doble professorat, på antropologisk og på medisinsk fakultet.

Plasseringen av medisinsk antropologi på Medisinsk fakultet medførte at jeg deltok på mange aktiviteter drevet av dette fakultetet, som grunnleggende forskerkurs for doktorander i metode og vitenskapsteori. Plasseringen medførte også at jeg måtte søke tillatelse fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk for å få utføre feltarbeidet. I disse møtene med medisinen opplevde jeg at forskjellene mellom de to fagretningene var større enn jeg hadde trodd.

Et ønske om tverrfaglighet forutsetter likevel en tro på at den andres kunnskap er nyttig og kanskje til og med sier noe om virkeligheten. Samtidig medfører en tverrfaglig tilnærming mellom antropologi og medisin en rekke utfordringer som er knyttet til de to fagenes grunnleggende ulike verdensbilder og målsettinger. Der antropologien primært er opptatt av å forstå, å skape mening og å se mennesker, sykdom og helse som kulturelt konstruert, studerer medisinen sykdom og helse primært som biologiske prosesser, årsak og virkning. En annen fundamental forskjell er antropologens søkelys på forståelse og analyse for sin egen del, og medisinenes søkelys på diagnose og behandling.

Som vi ser, er medisinsk antropologi på en måte i sitt vesen tverrfaglig, fordi den må forholde seg til en biologisk forståelse av kroppen i tillegg til det antropologiske, mer kulturkonstruksjonistiske perspektivet. Samtidig opplever jeg medisinsk antropologi som «ren antropologi». Så *på hvilken måte* er det tverrfaglig? Og hvordan påvirker dette arbeidet? Min erfaring var at det tverrfaglige perspektivet og det sensitive temaet gjorde at jeg ble akutt utfordret på enkelte områder, spesielt antropologiske perspektiver på metode og etikk.

Tverrfaglighet som metodisk utfordring

En slik utfordring er svært grunnleggende fordi antropologi på en måte først og fremst defineres som et metodisk perspektiv. Vi definerer oss i stor grad ut fra metoden «deltagende observasjon», som betegnende ofte beskrives som antropologisk metode. Samtidig oppfatter jeg antropologisk metode som noe man i liten grad diskuterer fordi det «bare er sånn». Metodeopplæringen jeg fikk på hovedfag, besto stort sett i å «dra og se hva du finner». Studenter fikk sjelden veiledning før feltarbeidet var ferdig og de kunne presentere første utkast til avhandlingen.

Men hva er så metode? Og hva er likheter og forskjeller mellom antropologisk og medisinsk bruk av metode? Vi kan skille mellom tre nivåer: For det første har vi metode som epistemologisk ståsted, som er en slags teori om hvordan vi tror verden fungerer, og hva vi

tror det er mulig å finne ut om den. Her er medisinere opptatt av biologiske prosesser og årsaksforhold og har en positivistisk tilnærming til felten. Forskningen tar utgangspunkt i at det er mulig å finne noen enheter der ute i verden man kan sanke inn, telle og analysere. Antropologer på den annen side betrakter alt menneskelig som kulturelt konstruert, og oppfatter data som noe som skapes i samspill mellom informant og forsker.

For det andre omfatter metode teknikker for datainnsamling, så som intervju og deltakende observasjon. I antropologi er dette ofte omgitt med mystikk. Det er noe man skal kunne intuitivt, og det oppfattes i en viss grad som farlig hvis det blir for systematisk beskrevet. Medisineres tilnærming er i motsetning ofte svært konkret, og omfatter metoder som spørreskjema og analyse av biologisk materiale. Troverdighet til forskningsresultatene baseres i stor grad på nøyaktig beskrivelse av metodene som er brukt, og at det er tatt høyde for mulige feilkilder.

Det tredje metodiske nivået omfatter metoder for analyse, som altså handler om hvordan vi skal forstå det vi finner. Dette er antropologiens styrke, og omfatter en grundig og reflektert tilnærming til hvordan vi skal tolke, konseptualisere og reflektere over våre inntrykk i felten. Medisinere kjører på sin side gjerne statistikk og lager kurver, og kontrollerer for variabler. Med deres tilnærming blir avvik lite synlig, mens avvik ofte står sentralt i antropologers analyse. Det er blant annet gjennom avvikene mønstrene fremtrer tydelig.

Et problem ved tverrfaglige diskusjoner om metode er at vi legger vekt på ulike nivåer av metoder og dermed snakker forbi hverandre. Vi sammenligner teknikker for datainnsamling (som medisinere er opptatt av) med analytiske metoder (som antropologer er opptatt av). Og der antropologer lett hopper bukk over førstnevnte, opplever vi at mange ikke-antropologer greit svinger utenom det sistnevnte. I praksis er disse momentene tett sammenvevd, men jeg skal her diskutere dem adskilt for å gjøre det klarere.

Metode som epistemologi

I spenningsfeltet som oppstår mellom medisinens og antropologiens ulike forståelser av kroppen som henholdsvis kulturelt eller biologisk konstruert, skapes det en grobunn for ny forståelse, en forståelse jeg tror fanger mer av det levde livet og personlig erfaring. Biologi og kultur er like viktig for menneskers erfaring av sykdom og helse. Derfor blir et biokulturelt perspektiv essensielt for å unngå et reduksjonistisk syn på sykdom. Omskjæring er ikke bare mening og kultur, men i høyeste grad også kropp og biologi, nerver og blod.

Da jeg begynte å forberede dette innlegget, var noe av det første jeg gjorde, å skrive ned en slags trosbekjennelse til kroppen og til at medisinen faktisk kan si noe om den. Personlig tror jeg at vi eksisterer i verden først og fremst som kommuniserende og sansende kropper. Kroppsanthropologi, eller embodiment, har vært et nytt og spennende perspektiv som har utviklet seg i antropologien de siste årene, men av og til opplever jeg at selv forskere som hevder seg innenfor dette paradigmet, mister den fysiske kroppen av syne (blant andre Strathern 1996).

Kroppsfokuset er spesielt viktig når man skal jobbe med temaet omskjæring av kvinner. Somaliske kvinner og andre langveisfarende migranter kommer hit først og fremst som kropper fordi deres kulturelle kompetanse blir gjort ugyldig. Tidligere erfaringer og

kunnskaper blir irrelevante, og når kroppen i tillegg har blitt omskjært, blir selv den, i norsk målestokk, betraktet som både ugyldig og feil. En ung kvinne sa det slik: «Da jeg kom til Norge, ble språket mitt, kunnskapen min, all erfaring hjemmefra, noe jeg måtte legge igjen hjemme. Jeg hadde ikke bruk for det i Norge. Det eneste jeg hadde, var kroppen min. Men her gjør omskjæringen min at selv kroppen min er ugyldig.» Hennes utsagn gir et innblikk i hvor mye som kreves for å finne sin plass i eksil når man også møter stigma knyttet til kvinnelig omskjæring.

Metode som teknikker for datainnsamling

De ulike metodiske perspektivene har ført til at medisin og andre «harde» fag stadig uttrykker tvil om kulturforskningens evne til å si noe sant om virkeligheten. Frustrasjoner i møter med medisinen provoserte Anne Leseth og meg til å skrive en artikkel der vi etterlyste mer søkelys på metode i antropologien (Johansen og Leseth 1998). Det kom flere reaksjoner på vårt utspill, og mange antropologer uttrykte bekymring for at konkretisering og systematisering av metode kunne begrense den fleksibiliteten som er nødvendig for å kunne møte det tilfeldige og uforutsigbare ved feltarbeidet. Jeg er fremdeles helt uenig. Jeg tror ikke man blir dårligere av å kunne mer. Tvert imot. Jo flere teknikker vi har å spille på, jo bedre tror jeg vi står rustet til å være kreative, fleksible og dynamiske i felten. Jeg tror antropologisk forskning kan tjene stort på en større og mer variert meny av metodiske verktøy i felten. Det bør ikke betraktes som et minus at et slikt utvidet repertoar og nøyere beskrivelse av hva vi faktisk gjør, også kan lette kommunikasjonen med andre fag.

Samtidig bør vi antropologer bli flinkere til å vise hva vi virkelig er gode på, blant annet gjennom å formidle bredden og kompleksiteten i våre data. For eksempel oppdaget jeg, da jeg leste gjennom noen feltnotater under forberedelsen av denne forelesningen, at jeg har gjort mange telefonintervjuer. Men jeg har verken beskrevet det i avhandlingen, analysert det mer systematisk eller tenkt på det som en egen metode. Derfor vil jeg i det følgende diskutere et par metodiske tema som ble aktualisert gjennom prosjektet: nemlig hvordan vi stiller spørsmål, og forholdet til dataene våre.

Om å spørre: personlig eller generelt? Først lenge etter at jeg var ferdig med feltarbeidet, oppdaget jeg at det var vesentlige forskjeller i måten forskere stilte spørsmål på, uten at jeg kan huske at det har vært noe tema for diskusjon av metode innenfor faget. Min undring ble vekket av en antropologisk kollega som beskrev hva hun oppfattet som en antropologisk spørremåte. Her er et eksempel: «Hvordan tenker dere – la oss si kinesere – om fotbinding?» Jeg spør meg selv om det er slik antropologer spør? I så fall, hvorfor? Har vi lært det? Er det fordi vårt tema er å få innsikt i sosiale sammenhenger? Innebærer ikke en slik tilnærming at vi tar utgangspunkt i individer først og fremst som representanter for en kultur? Er dette så en av grunnene til at antropologer ikke alltid har like mye oppmerksomhet rundt personlige erfaringer som kan stå i motsetning til de kulturelle modellene?

I kontrast til det som kanskje er antropologers mer generelle typer spørsmål, stiller medisinerne, både i konsultasjoner og i forskning, gjerne individuelle spørsmål: Når var du sist syk? Hvor hadde du vondt? Hvordan følte smerten? Her er det biologiske prosesser hos det enkelte individ man er ute etter å identifisere. Slike fundamentalt ulike måter å tilnærme seg

informanter og feltet på må også gi helt ulik informasjon og rammer for innsikt. Men det er ikke bare ulik fagbakgrunn som kan påvirke måten vi spør på, også ulike kulturelle tradisjoner hos informantene og i konteksten kan påvirke hvordan vi nærmer oss feltet. Somaliske informanter svarte så godt som alltid personlig, enten jeg spurte på den ene eller på den andre måten, enten jeg kontaktet dem som kvinner som nylig hadde født, eller om jeg spurte dem i kraft av deres rolle som leder i en organisasjon. Mitt spørsmål er om slike forskjeller påvirker hvilke data vi får, og dermed analysens resultater.

Forholdet til data: Antropologens kombinasjon av en personlig spørrestil, tilnærming til felten og uklare beskrivelser av metoder bidrar til at forskeren som person oppfattes som en grunnleggende del av den antropologiske metoden. Data som samles inn gjennom delta-ende observasjon og intervjuer, oppfattes som skapt i samspillet mellom informant og forsker, og omfatter et langt bredere helhetsinntrykk enn verbale utsagn. Siden et feltarbeid er langvarig og intervjuer blir gjort flere ganger, utvikles det også en relasjon mellom forsker og informant, og noen ganger kan forholdet bli omdefinert til vennskap. Dette er også noe av grunnen til at antropologien har utviklet en høy grad av refleksivitet når det gjelder egen rolle i felten. Man forsøker å være bevisst på hvordan ens posisjon i felten og egenskaper som forskerens kjønn, alder, etniske bakgrunn og personlighet påvirker forskningsprosessen og dermed også resultatene.

Det er kanskje vanskelig å gjøre dette mindre intuitivt siden forholdet er så tett og samfunn og personligheter så ulike. Men jeg tror likevel antropologer kunne ha nytte av innsikter fra andre fag hvor man blant annet systematisk har målt betydningen av intervjuers kjønn, alder og etniske bakgrunn i forhold til respons på spørsmål om sensitive tema, som seksualitet. Andre fag bruker ofte også andre, mindre skolerte assistenter til å utføre intervjuer. Men samtidig får de trening i nettopp dette, mens antropologer slippes løs på informanter uten noen form for trening i intervju- eller samtaleteknikk, gruppedynamikk eller rollespill.

En videre konsekvens av de tette relasjonene mellom forsker og informant er at forskeren opplever feltnotater som ganske private. Det er vanskelig for de fleste antropologer å tenke seg at andre forskere kan lese dem, mens dette er vanlig kutyme innenfor mange andre fag. Men hvordan skriver man feltnotater? Jeg ble først overrasket da jeg leste søknader til forskningsprosjekter i Verdens Helseorganisasjon, der jeg jobber nå, som omfattet opplæring av lokale assistenter i å skrive feltnotater. Samtidig husker jeg nytten av Bernards systematiske tips om måter å organisere feltnotater, som gjorde det lettere både å se mønstre og å finne frem i notatene (Bernard 2000).

Men jeg undrer også på hva man mister når andre gjør datainnsamlingen. Hvor mye av de personlige inntrykkene kommer med, og hvordan kan man forholde seg til dem hvis de samles inn av ulike personer? Feltnotater er «tykke beskrivelser» som inneholder et bredt spekter av informasjon, ikke bare hva folk sier og gjør, men også kroppsspråk, lyder, blikk og lukter, samt magesfølelser og stemninger. Under forberedelsene av dette innlegget leste jeg gjennom noen av mine feltnotater, blant annet fra mitt første møte med legene ved de sykehusene feltarbeidet ble gjort. Da kom hele settingen og stemningen tilbake til meg, blant annet hvor intenst uinteresserte legene ved ett av sykehusene var.

Enda mer personlig blir data fra intervjuer om personlige tema som seksualitet, smerte og fødsel. Jeg har ikke latt andre lese mine uredigerte feltnotater. Det opplever jeg å være i strid med mitt løfte om anonymitet til informanter, men jeg vet det er vanlig innenfor mange andre fag. Samtidig, dersom andre skulle ha fått tilgang, er det mulig jeg ville skrevet notatene noe annerledes. Men det kan godt hende det kunne vært veldig nyttig, særlig hvis et tverrfaglig forskerteam jobber tett sammen. Mitt poeng her er at dataene erfares som noe veldig personlig. Jeg opplever det som om jeg eier dataene. Et uttrykk for dette er at det oppleves utrolig merkelig når forskerkolleger holder foredrag og refererer sitater informanter har gitt meg.

Metode som analytiske verktøy

Det siste nivået av metode vi skal se på, omfatter hvordan vi forstår det vi ser. Antropologifagets hovedstyrke ligger kanskje i metoden som analytisk prosess. Det er som regel det som defineres som metode i antropologi. Det er det vi lærer på metodekurs, altså hvordan man kan tolke, kontekstualisere og reflektere over sine inntrykk i felten.

Dette henger igjen tett sammen med metode som datainnsamling og det brede sett av data man innhenter, inklusive gjentatte intervjuer og samtaler i ulike sammenhenger, delta-gende observasjon i ulike sammenhenger og over tid. Det gjør at våre analyser både kan og må gå langt bakenfor ordene. Når folk sier motsatte ting i ulike intervjuer, sier én ting og gjør en annen, sier noe privat og noe offentlig, kan man ikke bare referere hva de sa, man må prøve å se de ulike dataene i forhold til hverandre. Derfor opplever jeg ofte som antropolog at mange andre fags analyser stopper på halvveien. Dataene samles, systematiseres og beskrives, mens dypere analyser, der tråder trekkes i en større kontekst og sammenhenger og brudd påpekes, ofte er lite utviklet. Her har antropologien mye å bidra med for å få en bedre forståelse av menneskets kompleksitet.

Publisering og målet med tverrfaglig forskning

Et siste tema jeg skal ta opp og som kan utgjøre en utfordring for tverrfaglig arbeid, er ulike kutymer for publisering av data. En rapport om tverrfaglighet fra svensk forskning mente at et mål på grad av tverrfaglighet kan være i hvilken grad forskere publiseres i og siteres av forskere fra andre faggrener.

Men hvor vi publiserer, har mange beveggrunner; en hovedutfordring for meg var å finne steder hvor jeg kunne publisere så lange artikler som mulig. Det viste seg å være *Medical Anthropology Quarterly*, hvor to av avhandlingens artikler er publisert (Johansen 2002; 2006a). En annen artikkel er publisert i en bok (Johansen in press). Det er høyst uvanlig at antropologiske doktorgrader skrives i form av artikler, mens det er et krav innenfor medisin. Her skal endog artiklene være akseptert for publisering, mens i antropologi skal artikler eller funn i prinsippet ikke være publisert før de leveres som en del av avhandlingen.

Målet og rammen for artikler er også ulike for medisinere og antropologer. Medisinske artikler er som regel svært korte og fokuserte. Noen sa det slik at medisinske doktorgrader søker å finne frem til funnenes minste publiserbare enhet. Antropologiske doktorgrader har

som regel form av (lange) monografier, mens artikler basert på doktorgradsarbeidet skrives etterpå. Har man først skrevet en monografi, kan man hen vise til den. Når man skal skrive en avhandling innenfor rammene av tidsskrifter, må man forsøke å gjøre plass til etnografiske perspektiveringer der. Derfor blir antropologiske artikler gjerne lange, og kanskje særlig når man ikke har en monografi eller annet å hen vise til hvor man kan gi flere detaljer.

I innledningen forklarte jeg at jeg opplevde et behov for kunnskap om faktisk forekomst av keisersnitt, både for å forstå dataene bedre og for bedre å være i stand til å stille viktige og interessante spørsmål. Men behovet for faktakunnskap var også grunnet i et ønske om å lede forskningen i en retning som kunne gi bedre helsehjelp til kvinner som er blitt infibulert. Det lå altså også et anvendt perspektiv bak spørsmålet om jeg trengte kunnskap som kunne gjøre helsepersonell bedre i stand til å overbevise somaliske kvinner om at de må ta keisersnitt, eller om det var viktigere med et kritisk blikk på helsevesenets rutiner for å senke keisersnittfrekvensen. Det er flere aspekter som kan påvirke svaret, enn det er rom for å gå inn på her, men poenget er at jeg fra starten hadde et ønske om å skape en forståelse som i siste instans kunne bidra til at det ble bedre for infibulerte kvinner å føde i Norge.

Et aspekt ved publiseringen handler også om hvem du skriver for, og hvorfor. Her knyttes trådene tilbake til de til dels ulike målsettingene mellom medisin og antropologi. Jeg nevnte at medisin i mye større grad er «nytteorientert». Det meste av forskningen innenfor medisin har som overordnet mål å kunne brukes til helsefremmende tiltak, mens antropologiens overordnede mål er å forstå mennesket i alle dets varianter. Om et rent antropologisk tidsskrift ville vært interessert i å publisere noe fra avhandlingen, vet jeg ikke. Men fordi jeg syntes det var viktig at informasjonen skulle nå helsevesenet, ønsket jeg å publisere i et medisinsk antropologisk tidsskrift og ikke i et rent antropologisk tidsskrift.

Her kan vi også trekke inn igjen de ulike fagtradisjonenes forhold til medforfatterskap. Innenfor medisin er veilederen en naturlig medforfatter på stipendiatens arbeid. Det samme er andre sentrale personer som har lest og kommentert artikkelen, eller som har bidratt til datainnsamling eller analyse (men ikke intervjuerne). Dette er helt fremmed for antropologer. I samarbeid mellom forskere fra ulike fagdisipliner er det derfor viktig å være klar over disse ulikhetene på forhånd, slik at man blir enig om arbeidsfordeling, rollefordeling, kreditering og tilgang. Mye av dette kom overraskende på meg, og veien ble av og til litt kronglete av den grunn.

Oppsummering

I arbeidet med min doktorgrad har jeg opplevd at tverrfaglighet, i form av samarbeid med medisinske forskere og gjennom innsikt jeg har fått fra biomedisinsk forskning, har bidratt til en dypere forståelse av fenomenet kvinnelig omskjæring, både slik det oppleves av somaliske kvinner og menn, og av hvorfor det blir så problematisk for helsepersonell å forholde seg til det.

Oppsummert vil jeg trekke frem tre kvaliteter Donald Joralemon legger vekt på ved medisinsk antropologi som jeg mener viser fruktbarheten av tverrfaglighet:

- 1 Biologi og kultur er like viktige for menneskers erfaring av sykdom og helse. I dette perspektivet er en biokulturell tilnærming essensiell for å unngå et reduksjonistisk syn på sykdom.
- 2 Medisinsk antropologi kan bidra til å avhjelpe menneskelig lidelse. Antropologisk forskning kan bidra til å planlegge, gjennomføre og evaluere helsetiltak ved å presentere kulturell informasjon om involverte individer: pasienter, helsepersonell, helsesystemer etc.
- 3 Etnografi er et essensielt verktøy for å forstå menneskelig lidelse på bakgrunn av sykdom (disease and illness). Dette er nødvendig for å få en helhetsforståelse av sykdom og helse.

Antropologers kunnskap er også viktig fordi antropologer i Norge har hatt en ganske fremtredende rolle i offentlig debatt, de holder foredrag og vitner i rettssaker og skriver veiledningsmateriell. Dette bidrar til at antropologiske forskningsresultater relativt ofte kan få praktiske konsekvenser, som at et menneske blir dømt for en kriminell handling, at en lov blir etablert, eller at rutinemessige undersøkelser av småjenter for omskjæring blir innført.

Referanser

- Bernard, H.R. (2000). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage.
- Das, V. (ed.). (1995). *Critical events: An alternative anthropology of identity*. London: Routledge.
- Eriksen, T. (2003). *Hva er sosialantropologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Evans-Pritchard, E.E. (1937). *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford: Oxford University Press.
- Farmer, P. (1992). *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame*. Berkeley: University of California Press.
- Joralemon, D. (2006). *Exploring medical anthropology* (2nd ed.). Boston: Pearson.
- Kleinmann, A., Das, V. & Lock, M. (eds.). (1997). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Johansen, R.E.B. & Leseth, A. (1998). Antropologen og metoden – hva kan vi, hva vet vi og hvordan gjør vi det? *Antropolognytt 1*.
- Martin, E. (1989). *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Milton Keynes: Open University Press.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. (1987). The mindful body: A Prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1(1), 6–41.
- Strathern, A.J. (1996). *Body thoughts*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Avhandling og artikler

Johansen, R.E.B. (2006). *Experiences and perceptions of pain, sexuality and childbirth. A study of female genital cutting among Somalis in Norwegian exile, and their health care providers*. PhD.-dissertation, December 2006, Section of Medical Anthropology, Institute of General Practice and Community Medicine, University of Oslo.

Johansen, R.E.B. (2002). Pain as a counterpoint to culture: Towards an analysis of pain associated with infibulation among Somali immigrants in Norway. *Medical Anthropology Quarterly* 16(3), 312–340.

Johansen, R.E.B. (2007). Experiencing sex in exile – can genitals change their gender? In Y. Hernlund & B. Shell-Duncan (eds.), *Transcultural bodies: Female genital cutting in global context*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Johansen, R.E.B. (2006). Care for infibulated women giving birth in Norway – An anthropological analysis of health workers management of a medically and culturally unfamiliar issue. *Medical Anthropology Quarterly* 20(4), 516–544.

Vangen, S., Johansen R.E.B., Træen, B., Sundby, J. & Stray-Pedersen, B. (2004). Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 112, 29–35.