

Helse, nasjonalstat og virkelighetspolitikk

Analogier fra Mongolia og Gambia¹

Health, nation-state and ontological politics

Analogies from Mongolia and The Gambia

Benedikte V. Lindskog

Førsteamanuensis, Institutt for Helse og Samfunn, UiO

b.v.lindskog@medisin.uio.no

Benedikte V. Lindskog er førsteamanuensis ved Institutt for Helse og Samfunn, Universitetet i Oslo (UiO). Hun har en PhD fra Sosialantropologisk Institutt ved UiO og har siden 1996 hatt Mongolia som forskningsfelt med fokus på pastoralisme, sosial og rituell organisasjon, natur samt postsosialisme og politiske endringer. De siste seks årene har interesseområdene omfavnet temaer som helse, helsesystemkritikk, mødrehelse, migrasjon og tradisjonell mongolsk medisin. Hun er for tiden også tilknyttet som seniorforsker på et NFR-finansiert prosjekt om migrasjon og mødrehelse ved Rikshospitalet.

Tone Sommerfelt

Post Doc, Institutt for sosialantropologi, NTNU

tone.sommerfelt@ntnu.no

Tone Sommerfelt har en PhD fra Sosialantropologisk Institutt ved UiO, basert på langvarige feltarbeider i Gambia (1995–96, 2003). Inntil nylig var hun ansatt som seniorforsker ved Forskningsstiftelsen Fafo, der hun har vært engasjert i prosjekter om religiøs reorientering i Mali, og om kunnskapsagendaer knyttet til barns beskyttelse, mobilitet og velferd, med kortere feltarbeid bla i Haiti, Georgia og Aserbajdsjan. Hennes faglige interesseområder inkluderer moralitet, materialitet, slektskap, antropologien om Islam, helbredelsespraksiser, og global styring av barns beskyttelse og velferd fundert i FN's bærekraftsmål.

SAMMENDRAG

Denne artikkelen er en antropologisk refleksjon rundt helse og nasjonalstat. Formålet er å utforske hvordan nasjonalstat og helse samskapes og sampraktiseres i historiske og geografiske kontekster der store, statlige helseprogrammer har gjennomgått dyptgripende endringer: i Mongolia under sosialismen og etter sosialismens fall, og i Gambia etter avko-

1. Denne artikkelen er en bearbejdet versjon av en innledning til en arbeidsgruppe om antropologi, helse og velferd som vi arrangerte på Norsk Antropologisk Årskonferanse i Lillehammer i mai 2017. Spesiell takk rettes til redaktørene av *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, Jan K. Simonsen og Kjersti Larsen, for innspill under bearbejdelsen av innlegget til manus, og til de to anonyme fagfellene, for grundig gjennomlesning og kritikk av artikkelutkast. Takk også til Sidsel Roaldkvam og Heidi Fjeld for tidligere diskusjoner omkring helse og nasjon. Sommerfelts bidrag til denne artikkelen ble dels skrevet mens hun var ansatt ved Forskningsstiftelsen Fafo, og dels i hennes ansettelsestid ved Institutt for sosialantropologi ved NTNU.

loniseringen og under landets påfølgende Andre Republikk. Vi utforsker helseprogrammernes betydninger i prosesser forbundet med etablering og forhandling om fellesskap knyttet til stat, og diskuterer paralleller og kontraster i konfigurasjoner av helse og nasjonalstat i de to landene i ulike faser. Oppmerksomheten rettes mot hvordan spesifikke behandlinger og tiltak, kropper og trusler mot helse skapes, gis motstand og/eller svinner hen. Artikkelforfatterne referer til dette analytiske rammeverket som et fokus på «virkelighetspolitikk», idet prosessene frembringer spesifikke virkeligheter og åpner for studier av styring, motstand, og hvordan kropper og helse konstitueres. Trusler mot liv og velferd gjør helsefeltet til en potent arena for slik virkelighetspolitikk. Artikkelen understreker at betydningen av det nasjonale ikke må undervurderes i pågående diskurser rundt global helse og globale styreformer.

Nøkkelord

Alternativ medisin, Kropp, Medisinsk antropologi, Ontologisk politikk, Pronatalisme, Styring

ABSTRACT

This article is an anthropological reflection on health and nation-state. The aim is to explore how these are mutually constituted: How they align and dynamically are practised in historical and geographical contexts in which large, public health programs have undergone sweeping change: In Mongolia during socialism and after its demise, and in The Gambia following independence and during the ensuing Second Republic. We scrutinise the significance of health programs in processes related to the establishment and negotiation of a shared community connected to the state and discuss parallels and contrasts in the particular configurations of health and nation-state in the two countries in different phases. Focus is directed towards the ways in which certain treatments and measures, bodies and threats to health are shaped, challenged and/or dwindle. An analytical focus on ontological politics can serve to illuminate how these processes produce particular worlds, and provides an entry point for studies of governance, resistance, and how bodies and health are constituted. Threats to lives and well-being contribute to making the field of health a compelling arena for ontological politics. The article emphasises that the significance of the national should not be underestimated within current global discourses on health and governance.

Keywords

Alternative medicine, Body, Medical anthropology, Ontological politics, Pro-natalism, Governance

INNLEDNING

Fokuset på globale styringsformer har fått en sentral plass i senere års medisinsk antropologi og i faglig og politisk diskurs rundt global helse og utvikling.² Dette kommer spesielt til syne i kritisk medisinsk antropologi, der den faglige agendaen er knyttet til dynamikken mellom globale og nasjonale former for styring, og hvordan ulike styringsformer får konsekvenser for tilgangen til helsetjenester og medisiner og dermed kan bidra til en ujevn fordeling av sykdomsbyrde. Globalisering av helsepolitikk innebærer at nasjonale helseagendaer og intervensjoner i stor utstrekning styres av internasjonale helseaktører, multilaterale donororganisasjoner, private sivilsamfunnsorganisasjoner og forskningsinstitusjoner. FNs bærekraftsmål, som har avløst tusenårsmålene for utvikling, bidrar til å styrke denne tendensen, idet rapporteringskrav på enkeltlands progresjon former nasjonale agendaer for helsepolitikk – og folks liv og helse (jf. Danielsen, 2017). Dette er spesielt synlig i land i det såkalte «globale sør» som er avhengige av internasjonale finansieringskilder. Medisinske programmer i mange utviklingsland preges i dag av eksternt initierte og finansierte teknologiske intervensjoner basert i forretningsorienterte styringsformer, snarere enn investeringer i landenes primærhelsetjenester. Dette står i kontrast til prinsipper nedfelt i den historiske Alma Ata deklarasjonen fra 1978, der det for første gang ble internasjonal enighet om å styrke primærhelsetjenester.³

Vektlegging av globale styringsformer i utviklings- og helselandskapet, og hva Pigg (2013: 132) har beskrevet som «the forward momentum of global health activity», har samtidig bidratt til manglende antropologisk oppmerksomhet om hvilke nye betydninger stat og nasjonalstat har i utforming av helse, uhelse og politikk (jf. Geissler, 2015). I denne artikkelen retter vi oppmerksomheten mot skjæringspunkter mellom nasjonalstat og helse. Nærmere bestemt fokuserer vi på nasjonale visjoner, narrativer og prosesser i helsepraksis, og på praktisering av nasjonalstat gjennom helseprogrammer. Mer enn detaljer i statlige styringsformer ønsker vi å utforske hvordan nasjonale prosesser utøves, befestes, styres og legitimeres gjennom helseprogrammer, bio-politiske strategier og terapeutiske regimer. Det etnografiske søkelyset er dels historisk, og rettes mot det sosialistiske og post-sosialistiske Mongolia, og mot det postkoloniale Gambia før og etter 1994. I begge land har nasjonsbyggingsprosesser vært fulgt av omfattende folkehelseprogrammer, og i senere år har disse programmene gjennomgått markante endringer. Allikevel fremstår helsepolitikk som en tydelig arena for fremvisning, forhandling og dragkamper om nasjonalstat. Stat og nasjonalstat forblir viktige i disse prosessene, om enn på nye måter.⁴

2. Se for eksempel Adams et al., 2008; Adams et al., 2014; Baer et al., 1986; Biehl & Petryna, 2013; Castro & Singer, 2004; Farmer, 2004; Fassin, 2010; Inhorn & Wentzell, 2012; Janes, 2004a, 2004b; Janes & Corbett, 2009; Lindskog, 2014; Nichter, 2008; Pfeiffer & Nichter, 2008; Prince & Marshland, 2013; Scheper-Hughes, 1993; Storeng & Mishra, 2014.
3. Intensjonene fra Alma Ata fremstår i dag som grundig falmet i store deler av Afrika og Asia. Som følge av denne endringen ser vi at *vertikale* intervensjoner som styres mot én sykdom, ett fenomen eller ett helseproblem, og der man enklere kan måle validitet og utfall post factum, er det som gjøres gjeldende på den globale helseagendaen (jf. Geissler & Tousignant 2016: 352). *Horisontale* intervensjoner basert på en styringsform der målet er styrking av de grunnleggende systemiske delene av et helsesystem blir ofte nedprioritert av internasjonale og multinasjonale institusjoner, i hovedsak fordi det er kostbart å bygge og vedlikeholde et fungerende helsesystem, men også fordi de landene som trenger internasjonal hjelp til å styrke grunnleggende helsetjenester, ofte er preget av krig og/eller politisk ustabilitet.
4. En helsesammenheng der oppmerksomheten i slående grad trekkes mot nasjoner og nasjonale grenser er i tilknytning til intervensjoner for såkalt global helsesikkerhet (*global health security*), der formålet er beskyttelse – ofte av land i Europa og USA – mot epidemier og sirkulasjon av patogener, slik som fugleinfluensa og Ebola. Se Lakoff (2010) for en diskusjon.

Wenzel Geissler utforsker beslektede prosesser knyttet til stat med referanse til medisinsk forskning i Afrika (2015). Han peker på at fremveksten av strukturer og enheter som opererer parallelt med stat, ikke er ensbetydende med en kategorisk *svekkelse* av nasjonalstaten. I denne artikkelen ønsker vi å fokusere nettopp på nasjonale innspill i prosesser som utspiller seg i skjæringspunktet mellom stat og helse – i en tid da helsepolitikk ikke lenger er knyttet like ensbetydende til nasjonalstaten, og der statens rolle som premissleverandør og aktør i helsesektoren er mindre åpenbar (jf. Geissler, 2015: 9). Nasjonalstater målbærer en ideologi om sammenfall av politiske og kulturelle grenser (Eriksen, 2010: 131), og vi forstår «nasjonalstat» i ordets videste betydning, som et territorium som utgjør en stat, og som omfatter en tanke om et kulturelt, men ikke nødvendigvis et etnisk, fellesskap. Her ønsker vi å trekke oppmerksomheten mot praktiseringen av nasjonalstaten, i tråd med Trouillots tilnærming til «stat» som «et sett av praksiser og prosesser og deres effekter» (2001: 131, egen oversettelse). Vi fokuserer på menneskers møter med disse prosessene i tilknytning til helse og uhelse, og med spesielt henblikk på hvordan politiske forsøk på å ta eierskap i, eller å gjenskape, nasjonal egenart, gjøres relevant i helsefeltet. Vi utforsker hvordan spesifikke behandlinger, helsetiltak, trusler mot helse og kropper gjøres virkelige, gis motstand og svinner hen (jf. Langwick, 2011: 9), i dynamisk samspill med praktisering av stat og promotering av visjoner for nasjonalstaten.

HELSE OG VIRKELIGHETSPOLITIKK

Disse prosessene – der kropper, behandling og trusler frembringes i spesifikke former – ligger i sentrum av strukturer for styresett. Langwick, med utgangspunkt i Annemarie Mols arbeider (se for eksempel Mol, 1999; 2002; 2014), referer til et slikt analytisk fokus som «ontological politics of health» (2011: 9). Inspirert av Langwicks historiske og politiske kontekstualisering av helse og medisin ønsker vi i norsk språkdrakt å belyse koblingen mellom nasjonalstat, helse og politikk som «virkelighetspolitikk». Et fokus på virkelighetspolitikk åpner for en forståelse av hvordan helseagendaer inngår i konstituering av, og dragkamper om, nasjonalstaters politiske virkelighet. Idet prosesser innen helse og velferd også dreier seg om hva som virker og ikke virker, hva som er virkelig og uvirkelig, mener vi at begrepet «virkelighetspolitikk» kan være et godt egnet analytisk redskap.

Langwick argumenterer for at ontologisk politikk knyttet til helse, medisin og behandling av kropper er en politisk kamp om hvilke virkeligheter, og hvilke praksiser som skaper disse virkelighetene, som gjøres eksplisitte og gyldige (2011: 9). Virkelighetene som frembringes i slike prosesser, og *hvordan* de frembringes, betinges av historiske forløp og utgjør grunnleggende etnografiske spørsmål (Langwick, 2011: 25). Langwicks studie er knyttet til terapeutiske praksiser i det postkoloniale Tanzania. Hun viser hvordan ulike kunnskapsformer og medisinske systemer overlapper hverandre og forhandles, og får frem at de politiske forhandlingene om virkelighet står sentralt. Politikk, i denne sammenhengen, forstås både som mikropolitikk knyttet til kunnskap og ressurser, og også som politikk knyttet til hvordan medisin, kunnskap og terapeutiske praksiser sammen skaper visse ansamlinger av handlende subjekter, historiske hendelser og relasjoner mellom mennesker og mellom mennesker og medisinske objekter. Helsepraksis og medisinske intervensjoner utgjør, i Langwicks perspektiv, høyst politiserte kamper om hvem og hva som har rett til å eksistere (2011: 232).

Hvordan kropper, helse og terapi blir gjenstand for styrende politiske og ideologiske narrativer om nasjonalstaten, inngår i slik virkelighetspolitikk. Samtidig skaper, legitimerer og tvinger staten frem kunnskapssystemer og helseprogrammer på måter som befester makt og eksistens. Annemarie Mol hevder at ontologi bør forstås som å inneha sin egen politikk – ikke en politikk om *hvem*, men en politikk om *hva* (Mol, 2014). I tråd med Langwick understreker vi samtidig den antropologiske nødvendigheten av å studere en politikk om *hvem*, så vel som om *hva*. Hvilken politisk virkelighet som utspilles i skjæringspunktene mellom helse, medisin, terapeutiske praksiser og kontroll over reproduktive kropper, og hvordan en stats befolkning styres inn i eller omfavner denne virkeligheten, er kjernen i hvordan styreformer struktureres, i hvilken grad den motstrides og når mulig, forhandles.

I eksemplene som følger fra henholdsvis Gambia og Mongolia, viser vi hvordan behandlinger, kropper og trusler mot kropper frembringes, elaboreres, og utsettes for motstand på måter som spesifikt er knyttet til styringsprosesser, politikk og ideologi fundert i nasjonalstaten eller til nasjonale politiske partier eller figurer. Vi setter vignetter – historier om relasjoner (jf. Lebner, 2017: 13) – fra det sosialistiske og post-sosialistiske Mongolia, side om side med konstallasjoner av kropp, helse, politikk og visjoner om nasjonalstaten i Gambia før og etter 1994, altså under den første nasjonsbyggingsperioden etter avkoloniseringen og i perioden som etterfulgte denne. Bruken av slike vignetter innebærer at vi trekker analogier mellom sett av relasjoner heller enn å sammenlikne avgrensede samfunn (Strathern, 2014). Vi ønsker å fokusere på fire felt, eller sett av relasjoner, der samskaping av helse og nasjonalstat kommer til syne, idet vi spør: 1) hvordan land og folk knyttes sammen gjennom helseprogrammer; 2) hvordan nasjonale ideologier og ideer om medisinsk omsorg og ansvar griper inn i kropper gjennom konkrete medisinske praksiser og helseintervensjoner; 3) hvordan nasjonale ideologier og kontroll over kunnskap nedfelles som kontroll over individuelle kropper, og hvilke former motstand antar; 4) hvordan kropper og behandling konfigureres i møte med ideologier knyttet til opprettholdelse og presisering av nasjonalstatens grenser, og nasjonal egenart.

Disse fire feltene tydeliggjør ulikheter og likheter i konstallasjoner av nasjonalstat og helse i Mongolia og Gambia: Likheter knytter seg til strukturerende prosesser i hvordan helse inngår i den territorielle sammenknytningen av staten, og i opprettholdelse og legitimering av nasjonal ideologi. Ulikheter kommer til uttrykk i utforming av konkrete helseprogrammer, intervensjoner og statlige politiske praksiser, i hvordan helsesystemer og terapeutiske regimer virkeliggjøres, og i hvilken utstrekning disse virkelighetene nedfelles som kontroll over individuelle kropper. Etnografien er dels historisk, dels hentet fra våre respektive feltarbeider siden 1995, og noe materiale er også tatt fra offentlige medier.

NASJONSBYGGING. OPPBYGGING OG DESENTRALISERING AV HELSETJENESTER

Gambia og Mongolia har vært gjennom store politiske endringer det siste århundret: Gambia som tidligere britisk protektorat og koloni til selvstendig stat i 1965 og republikk løst fra den britiske kronen i 1970; Mongolia som del av Manchu-Qing imperiet frem til

1911, etterfulgt fra 1921 av 70 år med sosialisme frem til 1990. De to landene har vært, og er, svært ulike nasjonalstater. Ved frigjøringen i 1965 var Gambia det minste landet på det afrikanske fastlandet, og besto av seks større, og en håndfull mindre etniske grupper. Den nye staten fikk engelsk som offisielt språk, en politisk struktur som bygget videre på det systemet av indirekte styre som britene hadde bygget, og skolesystem etter engelsk mønster (i motsetning til det omkringliggende Senegal, som fikk sin uavhengighet fra franske kolonimyndigheter i 1960).

Sammenliknet med Gambia var, og er, Mongolia langt mer etnisk og språklig homogent, der rundt 90 prosent av befolkningen består av Halh-mongoler, mens de resterende 10 består av ulike mindre etniske grupperinger. I 1911 kollapset Manchu-Qing imperiet som siden 1644 hadde kontrollert det som i dag er Mongolias landområder. Mongolia erklærte selvstendighet og 13 år senere – på bakgrunn av den sosialistiske revolusjonen i 1921 – ble Folkerepublikken Mongolia deklarerert og det Mongolske Folks Revolusjonære Parti tok over makten. Nasjonsbyggingsprosjektet var nært knyttet til sosialisme fra 1921 til 1990, hvilket vi diskuterer nedenfor. Fortellingen om Mongolia og prosessen med å artikulere den mongolske nasjonalstaten etter den sosialistiske æra har i stor utstrekning vært en fortelling om den dominerende nasjonaliteten i Mongolia – Halh – som emblematiske for den «genuine mongol» (*jinhene Mongol*) (Billé, 2013: 6).

Gambias og Mongolias svært ulike historiske forløp både politisk og ideologisk har bidratt til ulik utforming av helsetjenester, medisinsk ekspertise og folkehelseprogrammer – både i tid og i form. Allikevel er det fellestrekk: For det første har arbeid for sementering av nasjonale fellesskap vært direkte knyttet til etablering av helsetilbud og infrastruktur i både Gambia og Mongolia. For det andre har statlige intervensjoner og helsepraksiser – av nasjonal eller internasjonal opprinnelse – definert og formet syke og reproduktive kropper på dels radikalt ideologisk vis. I de påfølgende to avsnittene viser vi hvordan oppbygging og desentralisering av helsetjenester i henholdsvis Mongolia og Gambia ble koreografert som demokratiseringsprosesser som skulle knytte de respektive nasjonalstatene sammen: I Mongolia som en del av oppbyggingen og vedlikeholdet av en sosialistisk styreform og sosialistisk nasjonalisme; i Gambia som en del av post-kolonial utviklingspolitikk og nasjonsbygging.

HELSESYSTEM I FOLKEREPUBLIKKEN MONGOLIA

I de 70 årene sosialismen varte, fra 1921 til 1970, var Mongolias bånd til Sovjet sterke både ideologisk og økonomisk. De stalinistiske forfølgelsene som fant sted i Sovjet på slutten av 1930-tallet, ble også gjennomført i Mongolia, under den diktatoriske statslederen Choibalsan.⁵

Som del av en politisk planøkonomi ble Mongolias pastorale drift kollektivisert på slutten av 1950-tallet, etter tiår med iherdige forsøk og mye motstand fra befolkningen (Rosenberg, 1981). De påfølgende 30 årene var preget av at den sosialistiske staten, gjennom kollektivene og statlige subsidier, dekket alle grunnleggende sosiale og helserelaterte behov gjennom en omfattende intersektorisk organisering av produksjonen. Dette mulig-

5. De stalinistiske forfølgelsene hadde store konsekvenser for den mongolske befolkning: Intellektuelle ble drept eller sendt til fangeleirer i Sibir; 771 buddhistiske klostre ble revet og de 11 som sto igjen ble gjort om til museer (Baabar, 1999: 370); nærmere 30.000 munkere ble henrettet (Baabar, 1999; Rupen, 1979) og religiøse tekster, objekter og skrevne genealogier ble brent på store bål rundt omkring i landet.

gjorde en viss flyt av arbeidsoppgaver som kunne omfordeles ved sykdom, skader eller fødsel (Lindskog, 2014: 883).

Rundt 1960, og som et resultat av det anstrengte forholdet mellom Sovjet og Kina, ble Mongolias bånd til Sovjet enda sterkere – både politisk og økonomisk. Dette hadde også ideologiske implikasjoner i den forstand at Mongolias myndigheter fremhevet fellesskapsbånd til det internasjonale proletariatet, samtidig med at det nasjonalt ble en tydelig vektlegging av patriotisme. Det ideologiske målet var å sementere en progressiv sosialistisk nasjon (*ündesten*) og luke vekk tendenser til «lokalisme» (*nutgarah üzel*) og på den måten utvikle verdier som var «nasjonale i form, men sosialistiske i essens» (Bulag, 1998: 47, vår oversettelse). Økonomisk utvikling var det felles mål alle mongolere skulle strebe etter og arbeide hardt for, og helse og utdanning ble løftet opp som grunnleggende byggesteiner i den sosialistiske nasjonsbyggingen i Mongolia.

Det sosialistiske helse-systemet i Mongolia var mer eller mindre identisk med den sovjetiske «Semashko»-modellen som innebar høy grad av sentralisering av helsetjenester og vektlegging av kurativ behandling og lange sykehusopphold på større sykehus i provins-sentra og i hovedstaden Ulaanbaatar (Lindskog, 2014: 883). Frem til 1930 var helsetilbudene for den mongolske befolkningen hovedsakelig basert på tradisjonell buddhistisk medisin og folkemedisinske praksiser, og enkelte tjenester ble også tilbudt av kristne misjonærer. Vektleggingen i den sosialistiske staten på oppbyggingen av helsevesenet bidro til at det allerede i 1940 var etablert 10 sykehus og utdannet 108 leger – med god hjelp fra Sovjet (Tsolmongerel mfl., 2013: 19). Det sterke fokuset på helse og utdanning av leger bidro fra 1960 til en kraftig vekst i antall sykehus og medisinsk personell som igjen, sammen med store nasjonale immuniseringsprogrammer, medvirket til en markant forbedring i folkehelsen. En viktig årsak til dette var tilgjengeligheten til helsetjenester for den nomadiske befolkningen som utgjorde størsteparten av den mongolske befolkningen. Med kollektiviseringen av den pastorale driften og innlemming av nomadene i kollektivene (*negdel*) på slutten av 1950-tallet ble det mulig å organisere helsetjenester gjennom kollektivene. Dermed kunne primærhelsetjenester tilbys i relativ geografisk nærhet til nomadenes sesongbetonte beiter. På 1960-tallet ble det opprettet helseklinikker i alle distrikter i provinsene samt mobilt helsepersonell som enten ved bruk av hest eller bil kunne nå de mest avsidesliggende teltleirene (Rossabi, 2005: 167–168). I praksis betydde dette at alle hadde lik tilgang til gratis helsetjenester og at nomadene i akutte tilfeller kunne sende bud på hest til distriktklinikken for å tilkalle hjelp der de hadde slått leir.

Statens fokus på et desentralisert helsetilbud, med et uttalt mål om å kunne nå hver krik og krok i verdens mest spredt befolkede land, sammenfalt i tid med en eksplisitt statlig vektlegging av propaganda, eller «kulturelle kampanjer» (*soyolin dovtolgoo*). Vesentlige ingredienser i disse kampanjene var blant annet kontroll og overvåking av folks adferd knyttet til hygiene, ivaretagelse av folks egen helse og kvinners reproduktive helse, folks arbeidsinnsats i kollektivene og deltagelse i fellesmøter. De konkrete praksisene og tiltakene som ble gjennomført overfor befolkningen gjennom kampanjene, var ideologisk formet og vedtatt utført av ulike statlige kommisjoner som «kulturell opplysning» (*soyol gegeerel*). Et viktig mål med disse kampanjene var at den mongolske befolkningen, og nomadene spesielt, skulle identifisere seg med den sosialistiske staten og tilpasse seg et moderne liv, og på den måten omfavne en nasjonalistisk identitet som var sosialistisk, men unikt mongolsk (Kaplonski, 1998: 45).

Fokuset på kulturell opplysning (*soyol gegeerel*) overlappet med andre ord i stor grad med ideologisk propaganda. På 1960-tallet ble Sentralkomiteens propagandakommisjon for helse, utdanning og kultur opprettet (Pegg, 2001: 255). Formålet med denne kommisjonen var å spre informasjon gjennom kulturelle uttrykk, om landets progressive sosialistiske ideologi og de konkrete samfunnsmessige, men også helsemessige, resultatene det sosialistiske styresettet hadde oppnådd og kunne oppnå for folket. Tilgangen til fri medisinsk behandling og sosiale ytelser ved sykdom og fødsler ble en fortelling om den sosialistiske statens omsorg og ansvar for Mongolias befolkning og arbeidere. Gjennom plakater, taler på samfunnshusene og i radio, og utdeling av medaljer, ble leger og jordmødre fremstilt som helter av den sosialistiske staten. De ulike kulturelle kampanjene og den omfattende spredningen av kulturell opplysning i forskjellige medier gir et godt bilde på at mye av den sosialistiske statens autoritet var basert på «seremoniell makt» (Marzluf, 2017: 143).⁶

De kulturelle kampanjene grep konkret inn i folks dagligliv gjennom overvåkning – på arbeidsplassen, i klasserommene, på fabrikkene og i kollektivene – og omfattet helse. Overvåkingen kom til uttrykk gjennom ukentlige kontroller gjennomført av utsendte inspektører. Med utgangspunkt i muntlige historier fra eldre mongolere samlet inn i et prosjekt ved Universitet i Cambridge – Oral History of Twentieth Century Mongolia – beskriver Marzluf (2017) hvordan kampanjer særskilt rettet mot hygiene og personlig helse ble utført, og da spesielt i hjemmene (teltene) til nomadiske familier. Inspektører (som ofte inkluderte helsepersonell) kunne dukke opp, ofte ukentlig – anmeldt eller uanmeldt – for å sjekke familiers hygiene: klær og sengetøy ble inspisert, familiemedlemmene måtte kle av seg og det ble sjekket om de hadde lus og hadde gjennomført kroppsvask og negler ble sjekket for skitt. Renhet og skittenhet ble møysommelig dokumentert i skriftlige protokoller. Familier og/eller personer som skåret lavt, fikk sine navn offentliggjort på møter i kollektivene eller brigadene (Marzluf, 2017: 144). «Renhet» ble et idiom for utførelsen av konkrete statlige inngriper i folks kropp gjennom de kulturelle kampanjene, legitimert gjennom ideologiske narrativer om solidaritet og felles omslutning rundt nasjonalt fellesskap og sosial og økonomisk utvikling. Som Marzluf (2017: 143) beskriver det: «The metanarrative of this society promoted modern values of social order and socialist subjects who possessed clean bodies, clean blood, clean minds...». Ideer om renhet slik det kom til uttrykk i Mongolias sosialistiske tid er like relevante i dag, men nå vektlegges renhet i relasjon til genetik, bevaring eller styrking av grenser rundt den mongolske befolkningen – i Mongolia – og deres genetiske forråd. Dette vil bli diskutert senere.

6. Et viktig instrument for spredning av kulturell opplysning utenom klasserommene og offentlige møter, var radioen. I 1960 importerte Mongolia 45.100 radioer fra Sovjet (Rupen, 1964: 819). På alle arbeidsplasser, offentlige steder og institusjoner samt i hjem som ikke var telt, men hus og leiligheter, ble det installert radioer i veggene som også fungerte som høyttaler og vekkerklokke. Klokka 06.00 hver morgen strømmet Internasjonalen ut av radioen, og det samme om kvelden kl. 23.00. Utover dette var det musikk, taler, propaganda, opplysning og påminnelser. Det var også et uttalt mål at hver enkelt nomadefamilie i Mongolia skulle ha en portabel radio.

HELSE OG NASJONSBYGGING I GAMBIA: DEN FØRSTE POST-KOLONIALE FASEN 1965–1994

Ved uavhengigheten i 1965 reflekterte helsetilbudet i Gambia under britene hadde vært inndelt i en liten koloni («St. Mary's») rundt hovedstaden Banjul, og i et protektorat som omfattet det rurale innlandet. Helsetilbudet var i realiteten konsentrert i kolonien i det urbane området, rundt Royal Victoria Hospital, som betjente offentlige ansatte, handelsfolk og andre bosatt i urbane strøk, tidligere også koloniadministrasjonen. I rurale strøk, på den annen side, var det etablert noen få helsesentre som tilbød primærhelsetjenester, svangerskapskontroll og behandling for de mest vanlige sykdommene, malaria i særdeleshet, og mindre skader (jf. Sundby, 2014: 899). Tilbudet var svakt, og Sundby oppsummerer at helsetjenester hovedsakelig var forbeholdt folk bosatt i urbane strøk (2014: 900).

Etter uavhengigheten intensiverte myndighetene arbeidet med å bedre helsetjenester. Dette ble drevet frem av et knippe utenlandsutdannede gambiske leger og helsepersonell som samtidig inngikk i den sentrale helseadministrasjonen (jf. Sundby, 2014). Et hovedmål var å bygge bro over splittelsen mellom den tidligere kolonien og protektoratet, en deling som hadde inngått i britenes styringsteknikk. Arbeidet gikk ut på å knytte land og by sammen gjennom etablering av rurale helsestasjoner og forbedrede henvisningsrutiner til spesialhelsetjenester ved Royal Victoria Hospital. Helseengasjementet var dermed en helt sentral del i den post-koloniale nasjonsbyggingen. President Jawara, som styrte fra 1965 til 1994, var personlig opptatt av dette: Hans allmenne popularitet var nettopp forankret i hans bakgrunn fra protektoratet heller enn fra kolonien, i motsetning til offentlig ansatte under kolonitiden. Hans oppslutning var også knyttet til hans tidligere virke som veterinær, da han hadde reist mellom lokalsamfunn i hele landet i forbindelse med vaksinasjon av kveg (se Hughes, 1975).

Etter Alma Ata-erklæringen i 1978, som markerte et gjennomslag for primærhelsetjenester, innførte gambiske myndigheter et system med desentraliserte tjenester i 1983. Primærhelssystemet ble bygget opp rundt rurale helsestasjoner, og i alle landsbyer med innbyggertall over en viss størrelse, ble det ansatt helsearbeidere. Disse inngikk i lokale helse-team, som også inkluderte det som ble kalt «tradisjonelle fødselshjelpere», utdannet av staten (Sundby, 2014: 901). Med støtte fra Verdensbanken ble systemet utviklet i et *National Development Health Program* der et hovedfokus var mødre- og barnehelse. Slik Sundby beskriver innebar programmet opprettelsen av et nettverk for større helsesentre med styrket stab, og mulighetene for å bringe pasienter til helsesentrene ble bedret ved hjelp av nye og gamle kommunikasjonsformer: motorsykler til lokale helsearbeidere, eselkjerrer, ambulanser og feltkjøretøy knyttet til helsesentrene, ambulansebåter til ferdsel på Gambiafloden, radionettverk og solcelledrevet telenett (Sundby, 2014: 902). Systemet skulle ideelt sett rekke ut til hver krok av landet.

Sykepleiere var helt sentrale i denne strukturen, og sykepleiestudiet var ett av få løp for høyere utdanning som fantes i Gambia frem til etableringen av landets første universitet så sent som i 1999.⁷ Et sykehus i det rurale Bansang-området var en kjerne i primærhelssystemet, der sykepleiere ble plassert i turnus. En stor, privat, britisk forskningsinstitusjon, Medical Research Council (MRC), inngikk også i helsetilbudet idet deres forskningsaktivi-

7. De andre studietilbudene i offentlig regi var jordbruks- og veterinærfag, samt lærerutdanning.

tet, med hovedtyngde på malaria, ernæring og vaksinasjon mot såkalt vektor-bårne sykdommer (inkludert sykdommer som smitter mellom dyr/insekter og mennesker), ble komplettert av en begrenset klinikkvirksomhet (jf. Kelly, 2015: 315; Cassidy & Leach, 2009: 565). Forskning på reproduktiv helse og barnehelse, med antropologiske bidrag (se f.eks. Bledsoe, 2002), inngikk også i en periode i MRCs virksomhet og var bakgrunnen for etableringen av en forskningsstasjon i den rurale småbyen Farafenni, der Sommerfelt gjorde sitt første feltarbeid fra 1995 til 1996.

Helseengasjementet i den første postkoloniale fasen var finansiert av en rekke bilaterale avtaler, etter hvert også med bidrag fra FN organisasjoner og Verdensbanken (jf. Sundby, 2014: 900–902).⁸ Utfordringene var store, og mye energi ble brukt på å sikre tilgang til strøm og vann for å betjene de mest elementære sidene ved helsesentrene. På 1970-tallet ga innsatsen innen primærhelsetjenesten og koplingen opp mot spesialisthelsetjenestene ved Royal Victoria Hospital allikevel Gambias helsesystem et omdømme som relativt sterkt i regionen (Cassidy & Leach, 2009: 565). Samtidig økte befolkningstallet eksplosivt i de første tiårene etter uavhengigheten. Da Jawara ble avsatt i et militærkupp i 1994, av en liten gruppe unge offiserer ledet av Yahya Jammeh, var spedbarnsdødeligheten synkende, men fremdeles høy (ca. 74 per 1000 levendefødte).⁹ På dette tidspunktet sviktet støtten fra bilaterale donorer, og Gambias primærhelsesystem kunne fremdeles ikke drives uten medisinske bidrag fra utlandet.

Oppbyggingen av helsetjenester i både Gambia og Mongolia hadde klare forbindelser til globale aktører og ambisjoner – til FNs Alma Ata deklarasjon, og i Mongolias tilfelle, til en internasjonal sosialistisk fremtidsvisjon. Samtidig frembragte de desentraliserte helsetjenestene nasjonale politiske felleskap av en spesifikk art: Ny henvisningspraksis og tilreisende helsetjenester – muliggjort av forbedret kommunikasjon i beiteområder, langs elveleier og i landsbyer – etablerte nasjonalstatens nærvær i områder og lokalsamfunn i alle deler av territoriet. Samtidig var de nasjonale helseprogrammene rammeverk for hvordan helseutfordringer ble definert og forstått. I de neste to delene diskuterer vi hvordan nasjonale ideologier og programmer for medisinsk omsorg har blitt utformet som konkrete helsepraksiser i Mongolia og Gambia, og hvordan disse helsepraksisenes behandling og kontrollmekanismer produserte kropper i særskilte former. I Mongolias tilfelle fremhever vi hvordan medisinsk virkelighet ble praktisert og kropper ble formet i den sosialistiske staten, og deretter vi beveger oss til perioden etter Yahya Jammehs maktovertakelse i Gambia.

PRONATALISME OG DEN FERTILE KROPPEN I MONGOLIA

I 1920-årene da Mongolia var blitt en sosialistisk stat utgjorde befolkningen, i et land fire ganger så stort som Frankrike, knappe 700.000 innbyggere. Den lave befolkningsveksten var knyttet til en rekke faktorer: høy spedbarnsdødelighet; lav levealder; høy forekomst av syfilis; og det faktum at 30 prosent av den mannlige befolkningen var munker i de mange

8. Medical Research Council var på plass alt i 1949 og utgjorde en «hub for medical research» på kontinentet (Cassidy & Leach, 2009: 565).

9. Spedbarnsdødeligheten sank fra skyhøye 133 per 1000 fødsler i 1966 til 47/1000 i 2015 (Knoema, udatert).

buddhistiske klostrene som var spredt over hele Mongolia. Ett viktig mål for den nye sosialistiske staten var å transformere Mongolia fra å være et land med hovedsakelig nomadisk pastoral økonomi til et moderne industrielt- og jordbrukssamfunn. For å nå dette målet var befolkningsøkning påkrevet, spesielt i et land med et så enormt geografisk territorium, og ikke minst fordi den ønskede økonomiske utviklingen krevde en ung og arbeidsdyktig, befolkning.

Allerede fra 1920 fikk Mongolia en eksplisitt pronatalistisk politikk. Denne ble ytterligere vektlagt i tiden etter de stalinistiske forfølgelsene i 1930 da nærmere 40.000 mennesker (hovedsakelig menn) forsvant eller ble likvidert. Denne perioden var også preget av sterk statlig kontroll og et ønske om å viske ut tidligere kulturelle, religiøse og sosiale former som ble sett på som «simple», «tilbakestående» og som trusler mot den moderne sosialistiske utviklingen. For å øke fødselsraten i landet ble pronatalistiske intervensjoner bakt inn i femårsplaner. Helt konkrete tiltak ble iverksatt for å øke befolkningen, i hovedsak ved å begrense tilgang på abort og prevensjonsmidler, men også gjennom nøye planlagte opplysningskampanjer. Det var allikevel ikke før på slutten av 1950-tallet, da hele den pastorale driften og gjeterne var kollektivisert, at den mongolske staten i sin tredje femårsplan skisserte økonomiske mål som også inkluderte kostnader for konkrete pronatalistiske tiltak og insentiver. Regjeringens Kvinneunion fikk ansvar for å promotere store familier som et sosialistisk ideal, samt informere om de statlige godene som tilkom kvinner som fikk mange barn (Neupert, 1994: 18).

Den sosialistiske staten nedla mye arbeid i å belønne hardt arbeid. Medaljer og økonomisk belønning ble gitt til arbeidere som utpreget seg som gode industriarbeidere eller eksemplariske gjeterne. Det samme gjaldt for kvinner som fødte mange barn: Mødre som fødte mer enn fem levende barn, fikk medalje med navnet «Ordenen for mødrenes heder og ære – klasse 2» (*Aldart Eh 2*); de som fødte flere enn åtte barn, fikk samme medalje av klasse 1 (*Aldart Eh 1*). Kvinner med flere barn enn fem fikk mulighet til å gå av med pensjon i en alder av 50 år. I tillegg ble det innført 101 dager barselpermisjon; det ble gitt en engangssum per levendefødte barn; barnehager ble bygget; og mødrenes rettigheter og rett til finansiell bistand ble innlemmet i arbeidsloven (Neupert, 1994: 18).

Gjennom ulike statlige propagandakanaler og gjennom skolen ble unge jenter oppfordret til å gifte seg tidlig. Kvinner mellom 20 og 50 år som ikke var gift og/eller ikke hadde barn ble ilagt en spesiell skatt, og det fulgte sosialt stigma med barnløshet. Det ble innført en restriktiv politikk knyttet til abort og sterilisering, og i 1969 ble det innført et forbud mot import og distribusjon av nyere moderne prevensjonsmidler (Neupert, 1994: 18). Frem til 1970 steg befolkningstallet sakte, men sikkert, men etter den tid sank det drastisk. Tentative forklaringer på dette kan være den høye barne- og mødredødeligheten, særlig i de mest perifere områdene av Mongolia der tilgang til helsetjenester var dårligere på grunn av store avstander. En annen tentativ forklaring, som også henger sammen med manglende tilgang på mødrehelsetjenester, kan være direktivene fra staten på 1960-tallet om at kvinnene skulle føde på sykehus og ikke hjemme. Dette innebar at den tidligere mobile jordmortjenesten kun kunne utføres ved svangerskapsoppfølging og ikke ved fødsler. Høygravide kvinner ble sterkt oppfordret til å flytte på ventehjem knyttet til sykehusene i distriktene 3–4 uker før termin. I følge eldre jordmødre Lindskog har intervjuet var det mange kvinner som prøvde å unngå denne ordningen enten fordi de syntes det var skremmende

eller hadde dårlig erfaring med å føde på sykehus; fordi de ikke hadde mulighet eller ønsket å være borte fra sine andre barn eller det daglige arbeidet i leiren. Andre forklaringer knyttes til illegale aborter, spontanaborter, kvinnenes unge alder og økt risiko for neonatal død og mødredødelighet ved hyppige fødsler, mange fødsler og mors alder (for høy eller for lav) (Neupert, 1992; 1994). Forståelsen av koblingen mellom disse faktorene og høy dødelighet bidro til at helsemyndigheten åpnet opp for visse typer intrauterine prevensjonsmidler i tilfeller der kvinnen hadde mange fødsler bak seg, dårlig helse eller led av kronisk sykdom. På grunnlag av de vedvarende høye tallene på mødre- og spedbarnsdødelighet ble det i 1989 offisielt innført full legalisering av abort innenfor de første tre månedene av graviditeten. I 2017 hadde befolkningen i Mongolia økt til 3 millioner. I dag, som tidligere, er det fremdeles et statlig mål å øke befolkningen, men de omfattende tiltakene som fant sted under sosialismen er borte.

I motsetning til kvinner som levde sine liv under Manchu-Qing imperiet ble kvinner i den sosialistiske staten verdsatt som arbeidere, på lik linje med menn. Mange kvinner opplevde at staten, gjennom praktisk tilrettelegging, økonomisk kompensasjon og fri tilgang til helse- og velferdstilbud, viste omsorg. Fra statens side kan de ulike pronatalistiske tiltakene og de nasjonale narrativene som ble etablert rundt disse, forstås som uttrykk for statens omsorg og ansvar for befolkningen. I samtaler med nomadene om tiden før og etter sosialismen opplevde Lindskog at mange uttrykte bitterhet over at staten ikke lenger tar ansvar for deres helse og velferd, i motsetning til under sosialismen da staten – på godt og vondt – hadde vært så tett innvevd i deres liv.

Definisjonen av pronatalistiske intervensjoner som et nasjonalt fellesprosjekt og som et omsorgsprosjekt viser tydelig hvordan den sosialistiske staten trengte seg inn i folks hjem, og ikke minst hvordan den formet kvinners kropp og liv. En liknende samskaping av nasjonalstat, helse og kropp kommer også frem i beskrivelser fra Gambia under Yahya Jammeh. Jammeh søkte å etablere seg som det gambiske folks leder gjennom behandlingspraksiser relatert til sykdom generelt og HIV/AIDS spesielt.

FRA DØENDE TIL HELBREDBARE KROPPER: JAMMEHS ALTERNATIVE NASJONALSTAT 1994–2017

Jammeh tok makten i Gambia den 22. juli 1994, under påskudd av å skulle bekjempe korrupsjon, og erklærte Gambias Andre Republikk. Han spant raskt sin politiske profil rundt slagordet «utvikling» (*development*). I løpet av sine 22 år i presidentembetet etablerte han en stadig mer autoritær styreform. Han kom tidlig på kant med internasjonale donorer, ikke bare fordi han hadde tatt makten ved militærkupp, men også, etter at han ble demokratisk valgt i 1996, på grunn av innskrenkning av presse- og trykkefrihet, utenomrettslig fengsling og henrettelser, tortur, forsvinninger, gjeninnføring av dødsstraff, og en serie utspill og trusler mot politiske motstandere og mot seksuelle minoriteter (se Sommerfelt, 2016).

Helse ble en pilar i Jammehs uttalte utviklingsprosjekt. Under Jammeh ble landets første medisinstudium etablert, og de første medisinstudentene ble uteksaminert fra universitetets *School of Medicine and Allied Health Services* i 2005. Utvikling av spesialisthelsetjenester sto sentralt i det allmenne helseprosjektet, og også målsetningen om å tilby gratis helsetjeneste for gravide og barn under fem år. Samtidig var helseprogrammet preget av store, låne-

finansierte byggeprosjekter, for eksempel APRC General Hospital i Farafenni, som sto ferdig i 1999, men lenge manglet kvalifisert personell og medisinsk utstyr, noe enheten fremdeles lider under.¹⁰ Bilateral støtte til helsepolitikken bortfalt gradvis etter 1994, og i rykk og napp på 2000-tallet, i tråd med Jammehs ulike utspill og trusler mot egen befolkning, og EU fjernet Gambia fra listen over samarbeidsland. Dette sammenfalt med en mer global trend der utviklingshjelp fra multilaterale organisasjoner erstattet bilateral bistand innrettet mot primærhelsetjenester. I Gambia skapte dessuten høy inflasjon, stigende mat- og bensinpriser og politisk turbulens, en eksplosiv vekst i emigrasjon, og fra 2000 til 2010 økte antallet gambiere bosatt utenfor Gambia dramatisk.¹¹ Dette forsterket allerede problematiske tendenser i helsevesenet: høy omsetning og tap av skolert helsepersonell.

Jammehs helseprogram besto med andre ord av flere elementer. Helt sentralt sto promoteringen av «alternativ» og «tradisjonell» medisinsk behandling. I 2007 annonserte Jammeh at han hadde utviklet en urtemedisin mot AIDS, og han etablerte en stor klinikk i det urbane området som tilbød alternative behandlingsformer. Dette senteret inngikk i *The President's Alternative Medical Treatment Programme*. Programmet ble etablert «with the sole aim of aiding people with medical ailments conceptualized as incurable by the wider world».¹² På en av nettsidene til presidentpalasset (Gambian State House) som sto publisert helt til Jammeh trakk seg fra makten i 2017, ble programmet beskrevet som et:

laudable initiative [that] has contributed immensely to the improvement of the health status of Gambians in particular and the human populace in general. People from all walks of life, all over the world have been treated with different health predicaments ranging from HIV/AIDS, diabetes, asthma, hypertension, stroke, sickle cell anemia, infertility, impotency amongst others, some of which were once believed to be incurable diseases/illnesses [...].¹³

Svært mange gambiere oppsøker jevnlig lokale medisinske behandlere, og ber om hjelp til helseproblematikk fra religiøse spesialister (*seriñ*). Under Sommerfelts feltarbeid i Niumi-distriktet i 2003, altså forut for lanseringen av Jammehs behandlingsopplegg mot AIDS, definerte folk Jammeh inn i en kategori av lokale behandlere. Det var allment kjent at Jammeh kom fra en familie med lange tradisjoner innen lokal medisin, og behandling mot bruddskader var en spesialitet. Jammehs *Alternative Medical Treatment Programme* var under utvikling den gang, og mange håpet at programmet ville innebære profesjonalisering av utdanning innen tradisjonell medisin, som en parallell til det forespeilede biomedisinstudiet ved det nyopprettede universitetet.

Sammenliknet med andre land på kontinentet har Gambia hatt relativt lave forekomster av HIV-smitte, og 2007-estimatet fra UNAIDS var på 0.9 prosent smitte i befolkningen (UNAIDS/WHO 2008). I det rurale Niumi gikk det rykter om hvem som kunne være HIV-

10. APRC, Alliance for Patriotic Reorientation and Construction, er Jammehs politiske parti.

11. Tallene steg fra omkring 35,000 i 2000 til 65,000 i 2010, selv om noen anslag går opp mot 90,000. Tallet på 65,000 gambiske emigranter i 2010 utgjorde omtrent fire prosent av den gambiske befolkningen på tidspunktet, et lavt tall hvis man sammenlikner med andre land i Afrika sør for Sahara. Ikke desto mindre hadde Gambias netto migrasjon i 2013 steget til det tiende høyeste i Afrika (Kebbeh, 2013).

12. Opplysningene er hentet fra presidentpalassets (Statehouse) hjemmeside under Jammeh, <http://www.statehouse.gm/patp.htm>. Siden ble fjernet da Jammeh trakk seg fra makten. Sist nedlastet i mars 2016.

13. <http://www.statehouse.gm/patp.htle>. Som over.

positive, og noen dødsfall ble forklart med referanse til AIDS. Mistanke om smitte medførte ikke sosial utestengelse, og seremonielle og sosiale markeringer av dødsfall antatt forårsaket av AIDS ble gjennomført på lik linje med andre begravelser. AIDS ble imidlertid ikke snakket om i disse sammenhengene, og samtaler om personlige diagnoser knyttet til HIV og AIDS ble holdt i lukkede rom. I landsbyer i Niimi var imidlertid biomedisinsk HIV og AIDS-diagnostikk og behandling gjenstand for diskusjon og skepsis, spesielt blant spesialister på medisin (*garab*) fremstilt av lokale planter og urter, blant behandlere som hentet sin kunnskap og behandling kraft fra Koranen og blant andre lokale medisinske praktikere. Disse behandlerne var særlig skeptiske til biomedisinens kommunikasjon av kategorisk diagnostikk av helse og uhelse, som kom til uttrykk i diskusjoner om AIDS. Selv om distinksjoner mellom sykdomstilstander (*feebur*, *wéradi*) og friskhet eller god helse (*wér-gi-yaram*) rammer inn ytterpunkter i lokal diagnostikk blant lokale helbredere, er klassifikasjon av sykdom og lidelse dimensjonell og gradvis mer enn kategorisk. I forhold til AIDS fokuserte lokale kritikere i Niimi på at pasienters helsetilstand avhenger av hvilke dimensjoner ved deres liv og funksjonsnivå som rammes av sykdom, og i hvilken grad dette reduserer deres «gode helse» (*wér-gi-yaram*). I samtaler pekte de spesielt på den store variasjonen i funksjonsnivå blant AIDS-pasienter som hadde stått frem i offentlige medier. Biomedisinsk kommunikasjon av AIDS som «dødelig», og som noe man enten «har» eller «ikke har», ble spesielt problematisert, med referanse til variasjonen i kjente AIDS-pasienters livslengde, til at alle menneskers livslengde er begrenset, og at kunnskap om personers livslengde er et privilegium forbeholdt Gud – ikke mennesker eller helsepersonell.

Jammehs AIDS-kur må forstås i lys av slike dimensjoner ved diagnostisk praksis. Det alternative helseprogrammet definerte syke AIDS-kropper som potensielt helbredbare, og det produserte visuelle forbedringer i de tidligste pasientenes helsetilstand. Da Jammehs AIDS-kur først ble lansert, ble ni pasienter kjørt gjennom behandlingsopplegget. Disse pasientene ble intervjuet i reportasjer på Gambias eneste TV-stasjon. I timelange reportasjer ble det vist hvordan pasientene var svært svake, og dels avmagret, ved ankomst til klinikken. Programmene viste også hvordan Jammeh personlig ga dem medisin i væskeform, og hvordan flere av pasientene brakk seg ved inntak av medisinen. Filmkameraet hvilte lenge ved Jammehs massasjebehandling, der han smurte inn kvinners og menns nakne hud med ulike flytende medikamenter. Behandlingseffektiviteten ble også vist: Etter relativt kort tid med stell og bedret kosthold fortalte pasientene om den bedringen i almenntilstand de hadde opplevd, og som bildene hadde produsert visuelle bevis på.¹⁴

Vitnesbyrdene fra de ni første pasientene ble komplettert av blodprøvebevis, som ble sendt til laboratorier i henholdsvis Senegal og Marokko. Resultatene ble presentert på myndighetenes hjemmesider og opplest i TV-reportasjer. Blodprøvene viste en øking av anti-stoffnivåer (CD4-nivå) og fallende virus-verdier. Noen pasienter ble etter hvert beskrevet som «kurert». Som Cassidy og Leach påpeker, var resultatene i biomedisinsk perspektiv forenelige med en bedring av allmenntilstand som resultat av kosthold og hvile (2009: 573).

14. Se for eksempel reportasjeprogram fremdeles tilgjengelig på nett: <https://gambia.smbcgo.com/2016/08/19/documentary-the-breakthrough-i/> og <https://gambia.smbcgo.com/2016/08/19/documentary-the-breakthrough-ii/>. Cassidy & Leach har diskutert hvordan Jammehs behandlingsprogram må tolkes som reaksjoner på styringsmekanismer innen global helse (2009: 561). I denne artikkelen fokuserer vi på de nasjonale effektene av Jammehs behandlingspraksis.

For noen av AIDS-pasientene som deltok i programmets første fase, innebar behandlingen en klar fysisk bedring, og fjernet opplevelsen av stigma. I ukene som fulgte ble en rekke nye pasienter rekruttert, og i midten av april hadde ytterligere 60 pasienter blitt innskrevet, ifølge offisielle kilder. For pasienter med AIDS, som hadde et svært begrenset tilbud i Gambia, var behandlingen forbundet med håp. Tvil om virkning av effekten av behandling som pasienter måtte ha, ble aldri løftet frem.

Jammehs alternative behandlingsprogram definerte AIDS-syke kropper som helbredbare, og den virkeligheten som ble politisk skapt i programmets første fase innrammet kropp, liv og overlevelse på nye måter (jf. Mol, 2002: viii). Slik vi beskriver senere, knyttet programmet også an til identifikasjon av nasjonal egenart. Regimets alternative behandlingssystem var imidlertid langt fra hegemonisk. Allikevel belyser de to foregående beskrivelsene av Jammehs regime i Gambia og det sosialistiske styresettet i Mongolia hvordan helseprogrammer bidro til sammenveving av subjektive kropper og politiske maktprosesser. Helse ble arena for nasjonal styringspraksis og ideologi, kroppsliggjort i behandling og kontroll, materialisert i medisinske intervensjoner og verbalisert i fortellinger og opplysningskampanjer i offentlig regi. Kontroll over individuelle kropper og kontroll over kunnskap sto sentralt i disse styringspraksisene. I de følgende to analogiene beskriver vi hvordan kontrollpraksiser fra statens side ble utfordret i skjulte motstandspraksiser. Motstand tok en form som Scott (1992: 19) har beskrevet som «infrapolitisk» – motstandspraksis med lav profil og utenfor statens synsfelt.

IDEOLOGISK MAKT OG SKJULT MOTSTAND. MONGOLIA

Pronatalisme har ligget, med varierende intensitet, som et bakteppe for reproduktiv helsepolitikk i Mongolia i nesten 100 år og har i ulike tidsperioder påvirket og grepet inn i kvinnekropper. Den politiske utformingen av pronatalisme under sosialismen viser hvordan sosiale og biologiske prosesser og konkrete teknikker og teknologier ble samprodusert. Denne samproduksjonen inngikk som del av et politisk felt der intervensjoner på kvinnekroppen ikke kun handlet om reproduksjon av liv, men like mye handlet om å rasjonalisere et spesifikt kunnskapsregime og legitimere en konkret virkelighetspolitikk. Pronatalisme som bio-politisk intervensjon (Foucault, 2012) i Mongolia belyser hvordan reproduktiv helse ble mobilisert som et konkret prosjekt og med en uttalt ideologisk agenda rettet mot individuelle kropper som del av en bredere nasjonalt utviklingsprosjekt. Det positive fokuset på morsrollen og kvinners bidrag til det nasjonale felleskapet gjennom reproduksjon og økonomisk produksjon ble formidlet gjennom kulturell opplysning, medaljer, tilrettelegging, økonomisk kompensasjon og gjennom statlig tallfesting av økende fødselstall. Disse praksisene uttrykker en eksplisitt statlig utøvelse av bio-makt overfor befolkningen, og samtidig antyder de en internalisering av denne biomakten, og en normalisering av de pronatalistiske intervensjonene. Flere av de eldre kvinnene Lindskog snakket med under sine feltarbeid fortalte med stolthet om hvordan de følte de hadde bidratt til utviklingen av Mongolia gjennom å føde mange barn og gjennom å bidra med arbeid i kollektivene. Men medaljene hadde en bakside: Det fantes også kvinner som ikke ble gravide, som spontanaborterte eller som av medisinske grunner ikke kunne føde. Noen av Lindskogs informanter beskrev disse kvinnenes liv som vanskelige (*hetsu*), men de fortalte om praksiser der

barnløse overtok andres, ofte slektingers, barn gjennom fostring, og i noen tilfeller adopsjon. På den måten ble det sosiale stigmaet knyttet til barnløshet redusert.

Sosialismen som prosjekt omfavnet en idé om at staten og dens folk skapte sin egen fremtid gjennom en modell for suksessiv sosial utvikling og på den måten formet, gjennom politisk makt og monopolisering av sannhet, en sosialistisk virkelighet. Gjennom overvåkningsteknikker og kontroll over de fleste aspekter ved folks liv, inklusive deres reproduksjon, skapte den sosialistiske staten et enormt press på individer i forhold til å oppnå suksess og progresjon for landets beste. Implisitt i denne kontrollen var også de effektene den var ment til å produsere, nemlig frykt og tilpasning. Humphrey beskriver tiden under de stalinistiske forfølgelsene i 1930-årene og årene etter, slik: «The tiniest everyday things, like hairstyles or the kind of carpet an official had in his office, became ideological signs and potential entrapments for the unwary» (1992: 380).

På tross av en den sterke kontrollen, legitimert og justert i forhold til marxist-leninistiske retningslinjer for begrepsmessig orientering og teoretisk berettigelse, fantes det motstand, om enn i det skjulte. Lindskogs verter under hennes første feltarbeid, Öböo og Emee, gravde ned nedarvede religiøse sutraer i bakken hver gang de flyttet teltene og dyrene sine videre til en ny leir; hver morgen ofret Emee te til åndene i landet og himmelguden som fortsatte å prege mye av hverdagen hennes selv om religion offisielt var avskaffet; og de brygget mongolsk vodka, som var forbudt, i smug, for å nevne noen eksempler. De store avstandene mellom leirene og fysisk isolasjon skapte et friere spillerom for motstand. Allikevel var de alltid på vakt, for lederen av kollektivet eller hygieneinspektører kunne komme på uanmeldt besøk. På mange måter var de i to virkeligheter samtidig: Som subjekter i statens regime var de motstandere og medvirkende på samme tid, noen ganger det ene, noen ganger det andre (Bulag, 2002: 202).

Motstand fantes også innenfor helsevesenet og helsepersonell kunne ofte finne alternative løsninger som i praksis var uforenlige med statens direktiver i forhold til organiseringen og utførelsen av helsetjenester. Dette kunne komme til uttrykk gjennom bruk av tradisjonelle medisinske praksiser som var forbudt, for eksempel bruk av kunnskap fra «bensettere» i forbindelse med graviditeter og bruk av medisiner basert på urter lett tilgjengelig fra steppen og skogene. En tidligere jordmor på over 90 år som bodde i telt i utkanten av Ulaanbaatar beskrev sitt arbeid som jordmor slik:

Jeg startet å arbeide som jordmor da jeg var bare 16 år gammel. Da ble nesten alle barn født hjemme. Jeg fødte mine 16 barn hjemme og mange av dem tok jeg imot helt selv. Rundt 1960-70 skulle alle barn fødes på sykehus. De som fødte hjemme fikk ikke fødselspenger av staten, bare de som fødte på sykehus. Men, det de ikke skjønnte var at flere barn døde på sykehus enn hjemme fordi legene der ikke hadde god kunnskap. Da jeg arbeidet som jordmor pleide jeg å massere mager der barn lå i feil posisjon. Moren min var bensetter. Dette var ulovlig og jeg gjorde dette i mange år til jeg ble oppdaget. Da sluttet jeg som jordmor for ikke å komme i fengsel. Staten ønsket mange barn og de ønsket å fremstå som moderne, men de skjønnte ikke hva de egentlig gjorde ... da ville vi ikke hatt alle dødsfallene hos mor og barn som skjedde på sykehusene ...

Den pronatalistiske politikken innebar streng kontroll med graviditeter og fødsler. Regler knyttet til oppfølging av gravide kvinner og til fødsler var nedfelt i lovverket, og i en regelbok som jordmødrene var pålagt å følge. Regelbrudd ble straffet med inndragning av en

månedslønn eller flere – og ved alvorlige brudd med fengsel. En pensjonert jordmor intervjuet i 2011, som hadde arbeidet siden 1967 på sykehuset i et lite distrikt i provinsen Arhangai, beskrev sitt virke som jordmor under sosialisttiden slik:

Arbeidet som jordmor var strevsomt. Jeg måtte noen ganger ri lange avstander for å komme til kvinner i fødsel. Noen ganger var det så kaldt som minus 50 grader. Ofte ble jeg værende i teltleiren i flere dager til fødselen var over. Mange kvinner ønsket å føde hjemme, og føde lenende over en arag (stor bolle av flettverk brukt til å samle inn tørket møkk til å fyre i ildstedet), men begge disse praksisene var ulovlige. Det var en brutal tid. Så jeg fant på historier til ledelsen om at jeg ikke rakk å komme frem til kvinnen før fødselen var over eller at jeg ikke fikk ordnet med oksekjerre for å transportere kvinnen til sykehus. For meg var det viktigste kvinnene, hva de ønsket og at barnet overlevde. For staten var det at ingen barn skulle dø.

Den sosialistiske statens gjennomgående kontroll ga få muligheter for kontra-sosialistisk handling. Motstand mot den virkeligheten sosialismen skapte tok form gjennom skjulte, og ofte hverdagslige, handlinger. For mange var hverdagslig motstand en måte å bevare det kulturelt mongolske på. Som beskrevet tidligere i relasjon til pronatalisme og narrativer om kvinnen som forvalter av nasjonen, lå det en underliggende agenda under de kulturelle kampanjene og den kulturelle opplysningen som skulle omfavne hele den spredte befolkningen: Å gjøre den private sfæren til et offentlig anliggende og på den måten kue eller eliminere motstand. Målet var dermed å løfte subjekter og folks private liv inn i en felles «public transcript» (Scott, 1992, Marzluf, 2017: 144).

Selv om mange eldre i dag ser tilbake på den sosialistiske tiden som en tid der solidaritet og lik fordeling av goder bidro til gode liv, var frykten over å bli tatt for feil handlinger og holdninger stor. Frykten var spesielt knyttet til at hva som gjaldt som kontra-sosialistisk ofte kunne oppleves som vilkårlig. De rutinemessige inspeksjonene av folks hjem og deres hygiene, og kontrollene som ble gjennomført i jakt på religiøse objekter, tekster eller annet kontra-sosialistisk materiale, opplevde alle Lindskog har snakket med, som knyttet til redsel og til enorm lettelse når inspeksjonen var over. Samtidig, og som Marzluf hevder i sine analyser av muntlige historier blant eldre mongolere (2017), lå det også motstand i «hidden transcripts»: «These ‘hidden transcripts’ were subtle and muted, expressed by humor, mocking sarcasm, resignation, and apathy». (Marzluf, 2017: 151)¹⁵

KONSTELLASJONER AV KUNNSKAP. TERAPEUTISK NASJONALISME OG MOTSTAND I GAMBIA

Jammehs alternative behandlingsopplegg og urtemedisinen mot AIDS bar med seg komplekse konstellasjoner av kunnskap, behandlingsteknikker og medikamenter. Delvis innebar programmet en grenseoppdragning mot ikke-afrikansk kunnskap, og regimets egen retorikk var tidvis eksplisitt anti-vestlig. I etterkant av en pressekonferanse som ble avholdt i hovedstaden Banjul, publiserte myndighetene en pressemelding som konstaterte at fremmøtte pressefolk fra internasjonale medier hadde forlatt hendelsen, blottet for all tvil: «They left, startled that an African man from a rich African heritage, solved what the so-

15. Marzluf henter begrepet *hidden transcript* fra Scott (1992).

called superior whites have always deemed unsolvable».¹⁶ Representanter for Gambias helsemyndigheter beskrev også det alternative programmet som kunnskap med «African roots» (sitert i Janson, 2014: 52). Dels var kunnskapen også etnisk innrammet som «Jola» tradisjoner. I så henseende ble programmet utformet som en motsetning til biomedisin. Pasienter på programmet ble tatt av antivirale medikamenter (anti-retroviral drugs) – og dette var et kriterium for innlemmelse i Jammehs behandlingsprogram.

På denne måten avtegnet det seg konstellasjoner av kunnskap, behandlingsteknikker og medikamenter som ble avgrenset som særegne for Afrika. En viktig innramming var imidlertid knyttet til nasjonalstaten, idet Jammehs AIDS-behandling ble beskrevet som en «Gambian cure» av helsemyndigheter, praktikere og tilhengere (se Cassidy & Leach, 2009: 570). Jammehs behandlingsprogram og «terapeutiske nasjonalisme» (Cassidy & Leach, 2009: 570) kuttet allikevel ikke entydig bånd til globale kunnskapstradisjoner, og både Islam, biomedisin og generalisert «alternativ medisin» og homeopati var referanser i ulike sammenhenger. For eksempel hevdet Jammeh selv at hans evne til å kurere AIDS var en gave fra Gud, og initiativet ble begrunnet med referanse til anvisninger i Koranen – og syv urter som er beskrevet der – og et mandat foreskrevet av Allah. I tråd med dette påpeker Janson at Jammeh's AIDS-initiativ «is invoking a pan-Islamic notion of allegiance that is no less global than that suggested by global AIDS therapies» (Janson, 2014: 52, se også Cassidy & Leach, 2009). Mer generelt sett balanserte Jammehs alternative helseprogram på en skarp knivsegg mellom en appell til globalisert Islam på den ene side, og på den andre, medisinske tradisjoner assosiert med afrikanske «tradisjoner» og «afrikanske» former for Islam som ikke appellerte til de muslimske reformistene Jammeh ellers henvende seg til, som i de fleste sammenhenger argumenterer for en renselse av Islam for overtro og lokale tilpasninger.¹⁷

Det alternative behandlingsprogrammet var heller ikke definert i motsetning til biomedisin i alle sammenhenger. Behandlingen av de første ni AIDS-pasientene ved Jammehs klinikk i 2007 ble nøye dokumentert i media, og som nevnt ble kuren fremholdt som effektiv med referanse til bevis fra blodprøver, CD4 nivå (antistoffer) og viruskonsentrasjon («viral load» på Gambisk engelsk, se også Cassidy & Leach, 2009: 573). Vestlig homeopati var også involvert i presidentens alternative behandlingsprogram, og Jammeh imøteså etableringen av en klinisk praksis i regi av en britisk homeopatisk organisasjon, som tilbød behandling for blant annet slangebitt og malaria.¹⁸

Det nasjonalistiske (og pan-afrikanske) terapeutiske regimet som ble virkeliggjort under Jammeh innbefattet dermed elementer fra global medisin og fra globalisert religion, og konfigurasjonen av de ulike elementene varierte. Alternativ medisin ble delvis holdt

16. <http://www.statehouse.gm/patp.htm>, en nettside nå fjernet.

17. Jammehs presidentperiode(r) var preget av en «ny muslimsk politikk» som gjorde Islam om til et stadig mer offentlig anliggende (Janson, 2014). Gambia ble erklært som islamsk republikk i 2015. I *andre* sammenhenger enn de medisinske var Jammehs muslimske politikk preget av retorikk som reflekterte reform-budskap fra Saudi-Arabia, en retorikk som promoterer en «renere» og påstått mer opprinnelig form for Islam, uten lokal overtro. Etter konflikter med det internasjonale samfunn over menneskerettighetsbrudd, og svikt i økonomisk støtte fra EU, vendte Jammeh seg nettopp mot øst. I de senere årene var hans moderniseringsprosjekt knyttet til nære økonomiske relasjoner til den arabiske verden.

18. <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/africaandindianocean/gambia/11472815/The-Gambian-despot-who-cured-HIV-AIDS-and-his-British-homeopath-allies.html>.

separat, fysisk og kunnskapsmessig, i egne klinikker og med pasienter som ble isolert fra slekt og omgangskrets. Behandlingsformene ble også medikamentelt separert: For å fortsette behandling måtte deltakere garantere at de ikke skulle innta annen type medisin enn dem som ble foreskrevet i det alternative behandlingsopplegget. I andre sammenhenger ble «alternativ medisin» ikke satt i motsetning til eller avgrenset fra biomedisin på samme måte, slik AIDS-programmets bruk av blodtesting viser. Det gambiske Sosial og Helsedepartementet arbeidet dessuten systematisk for å integrere alternative helsetilbud i det offentlige helsevesenet, for eksempel gjennom en lisensordning for utøvere.¹⁹ Mer generelt viser dette hvordan behandlingsregimer frembringes i spesifikke former, og hvordan statlige strukturer for styresett er med i formgivningsprosessen. Innlemmelsen av alternativ medisin i spesialisthelsetjenesten, og helsemyndighetenes initiativ for å inkorporere alternativ medisin i primærhelsetjenesten, illustrerer videre at den faktiske utøvelsen av alternativ medisin formet virkelighet på konkret vis, mer enn bare en oppfatning av virkelighet (jf. Droney, 2016: 440).

Det er uvisst om de første nyhetene om dødsfall blant pasientene som deltok i presidentens alternative program faktisk nådde inn til Yahya Jammeh selv. De ble ikke videreført i nasjonale medier, selv om de var kjent blant ansatte i det biomedisinske behandlingsopplegget for AIDS, som var finansiert blant annet av The Global Fund (Cassidy & Leach, 2009). Å uttrykke motstand eller tvil offentlig var ansett som farlig og uaktuelt, og mange fryktet at offentlig uttrykt skepsis ville likestilles med æreskrenkelse av presidenten, hvilket var blitt gjort straffbart etter lovendringer innført under Jammeh. Jammeh-regimets medisinske virkelighet ble dermed også gjort gyldig ved at narrativer om død og sykdom knyttet til det alternative programmet forsvant fra den offentlige sfære.

Majoriteten av Gambias HIV-positive og AIDS-syke som mottok behandling i offentlig helsevesen forble imidlertid innrullert i det biomedisinske behandlingssystemet, som var basert på antivirale midler. Inntil Jammehs lansering av det alternative helseprogrammet hadde folks valg av behandlingsform ikke inngått i partipolitisk diskurs. Under Jammeh ble deltakelse i offentlige alternative helseprogrammer, spesielt knyttet til AIDS og astma, omskapt til ytringer om politisk lojalitet, til støtte for inneværende regjering. At tiltro til et terapeutiske program omfattet partipolitisk lojalitet mer allment sett, ble tydeliggjort i forbindelse med myndighetenes lansering av en «National Traditional Medicines Day», der fremmøtte på arrangementer i sentrum av hovedstaden ble beskrevet som «patrioter» i myndighetenes rapporter i etterkant.

For motstandere av Jammeh legemliggjorde AIDS-pasientenes deltakelse i programmet deres politiske og økonomiske avmakt. For mange gambiere var Jammehs behandlingsopplegg mot AIDS forbundet med tvil, mens andre benektet den alternative AIDS-kurens realitet, og fastholdt at resultater fra blodprøver, som viste en øking av anti-stoffnivåer (CD4-nivå) og fallende virus-verdier, ikke ga grunnlag for å erklære pasientene som HIV-negative (jf. Cassidy & Leach, 2009: 573). Andre hevdet at resultatene fra blodprøvene var ugyldige eller manipulert. I den politisk engasjerte diasporaen i Norge, ble Jammehs behandlingstilbud omtalt som antivitenskaplig, en vei til uhelse og en strategi for kontroll gjennom falske påskudd om gudegave.

19. <http://allafrica.com/stories/201501191664.html>.

I månedene etter Jammehs fall i januar 2017, fortelles mange av historiene om Jammehs regime som historier om det alternative helseprogrammet. Mediene rapporterer om kirkegårder fylt med avdøde AIDS-pasienter som ble frarøvet biomedisinsk behandling.²⁰ I den gambiske diasporaen i Norge er Jammehs AIDS-kur ikke et spørsmål om tro og tvil, men historier om tvang utført av helsepersonell på diktatorens kommando, motivert av galskap og/eller ondskap. I oktober 2017 ble det også varslet at Jammehs medisinske «eksperimenter» vil bli en del av rettsoppjøret som for tiden arbeides frem av *Gambia Center for Victims of Human Rights Violations*. Her trer med andre ord svært ulike konstellasjoner av kropp, behandling og trusler frem, og på ulike måter er de knyttet til styresett i behandlingsprogram og i stat, til kunnskap, og til separasjon av religion, tradisjon og medisin.

Makt og avmakt, i denne sammenhengen, kan forstå i lys av muligheter – og manglende muligheter – til å yte motstand. I et slikt perspektiv viser regimefallet i 2017, og tvilen og motstanden som kom for en dag da frykten forsvant, hvordan statlige styreformere skaper og legitimerer konkrete behandlingspraksiser, kunnskapstradisjoner og helseprogrammer med appell til det nasjonale, men også hvordan de inngår i kamp om politisk kontroll og om produksjon av nasjonal egenart. *Politikk* dreier seg imidlertid også om hvordan ulike terapeutiske regimer – og ansamlinger av behandlingspraksiser, medisinske objekter, kropp og perspektiver – gjøres virkelige i spesifikke former. Det som var diffuse og komplekse sammenslutninger av urtemedisin, kunnskap med «afrikanske røtter», «gambisk kur», politisk lojalitet og biomedisin i offisiell helsediskurs under Jammeh, får nye former når grenser mellom medisinsk kunnskap, vranglære, religion og overtro tegnes på nye måter. Jammehs alternative helseprogram – og dets ettermæle – er i støpeskjeen, og vil inngå i produksjonen av medisinsk virkelighet i Gambia i kommende år.

Sampraktiseringen av Jammehs helseprogram og nasjonalstat innebar delvis grenseoppdragning mot eksterne kunnskapsregimer og praksiser. I Mongolia fikk konfigurasjonen av nasjonalstat og helse etter sosialismens fall preg av grensoppdragning rundt det mongolske folks genetiske renhet.

NASJONENS GRENSE. REPRODUKSJON OG RENHET I MONGOLIA ETTER 1990

I 1990, etter det som betegnes som «den stille revolusjonen», kollapset den sosialistiske staten og Mongolia gikk inn i et tiår med store endringer og kaotiske tilstander både politisk og økonomisk: Den pastorale driften ble dekollektivisert og tidligere statseide foretak ble privatisert; nyliberale makroøkonomiske reformer ble implementert og det som har blitt stående som «markedets æra» (*zah zeeliin üye*) var et faktum (Lindskog, 2011, 2014). I de første årene etter 1990 var det mange leger, jordmødre og sykepleiere som ikke mottok lønn, spesielt de som arbeidet utenfor Ulaanabaatar. Som en konsekvens av dette, og kombinert med matmangel og statlig rasjonering, forlot mange yrkene sine. Mangelen på helsepersonell og kraftig reduserte statlige tilskudd til sykehus utenfor hovedstaden bidro til at ventehjemmene for gravide gjeterkvinner ble lagt ned, det ble akutt mangel på medisiner og vaksiner, og klinikker og

20. Se for eksempel <http://www.aljazeera.com/video/news/2017/03/gambia-hiv-patients-recount-herbal-treatment-jammeh-170301113744385.html>.

sykehus i distriktene gikk for halv maskin og forfalt. Det var ikke før mot slutten av 1990-tallet at helsesystemet ble reformert og styrket og da med økonomisk bistand og konkrete intervensjoner fra Asian Development Bank og med lån fra IMF og Verdensbanken.

Etter å ha gjennomgått en rekke helsereformer og med stort tilfang av donorpenger er Mongolias helsesystem i dag betydelig styrket. Økende fattigdom og en rekke andre faktorer har allikevel skapt et system der de aller fattigste mangler tilgang til helsetjenester utover grunnleggende primærhelsetjenester (se Lindskog, 2014, Janes, 2004a, Janes et al., 2006). På tross av enorme inntekter fra den voksende gruvedriften som har funnet sted de siste 15 årene, har svært lite blitt investert i forbedringer av helsetjenester og i statlige sosiale ytelser (Snyder mfl., 2012: 84). Parallelt med tiltakende misnøye over at store deler av inntektene forsvinner ut av landet til multinasjonale gruveselskaper og frustrasjon over den mongolske stats mangel på ansvar overfor den mongolske befolkning, pågår det en fremvekst av motstandsgrupper med stort nedslagsfelt blant unge urbane arbeidsløse menn. De fleste av disse gruppene er xenofobiske nasjonalistiske nynazistbevegelser med både Gingga Khan og Hitler som forbilder, som opptre aggressivt i det offentlige rom, ofte med truende atferd og voldelige angrep rettet mot utlendinger, særlig mot kinesiske kontraktsarbeidere (Billé, 2015). Tilfanget av utlendinger i Mongolia blir omtalt av disse gruppene som en «nasjonal krise» (Tumursukh, 2001: 136) som i hovedsak handler om at flere seksuelle relasjoner mellom mongolske kvinner og utenlandske menn resulterer i barn som er «halvblods» (*erliiz*). Disse bevegelsene tar til orde for en nasjonalstat fri for ikke-mongolere og har som mål å skape et rent (*tsever*) Mongolia med rent, uforyttnet blod (*tsever tsus*) og på den måten bevare kvaliteten i det mongolske folks genetiske forråd (*udamiin sang*). I denne konteksten blir kontrollen over kvinners reproduktive liv ikke bare et spørsmål om blanding av blod, men også et spørsmål om landet og folkets sikkerhet og egenart.

Mye av retorikken blant nasjonalistiske grupperinger, knyttet til trusselen om reproduktiv assimilering og genetisk urenheter, er også inkorporert i offentlige narrativer om nasjonal suverenitet og «mongolskhet». I sistnevnte narrativer blir det mongolske folks renhet fortalt gjennom biologiske metaforer og normative stereotyper om den ekte mongolske kvinnen som «mor» og «husmor», og det er kvinnen som blir ansvarliggjort for å reprodusere nasjonen (Bulag, 1998: 149).

Mongolias tidligere uttalte pronatalisme under sosialismen og diskurser rundt biologi og nasjonal egenart siden revolusjonen i 1990 til i dag har to ting til felles: 1) Nasjonal ideologi og nasjonens egenart er forstått som nedfelt i en idé om nasjonal endogami der kvinner og deres kropp bærer ansvaret for reproduksjon og videreføring av det mongolske folks egenart; 2) Den mongolske nasjonalistiske diskursen slik den utartet seg under den sosialistiske perioden og deretter i den post-sosialistiske tiden hentyder at nasjonen er analog til kroppen; for at den skal være frisk og overleve, må den holdes sterk og frisk.

Kvinner fremstår som nasjonens reproduktive idealer og fremstilles som «mødre» til den mongolske nasjonen. Et kjent mongolsk ordtak oppsummerer dette godt:

Hvis menn går til grunne, vil staten forvitte.

Hvis kvinner går til grunne vil nasjonen forvitte²¹

21. *Ers sadarlaval uls möhnö, ems sadarlaval ündesten möhnö.*

Ordtaket illustrerer de idealiserte kjønnede aspektene ved forholdet mellom nasjon og stat i Mongolia; menn som politisk styrende og knyttet til statens virke og kvinner som forvaltere av nasjonen. Kontroll over kvinners kropp og seksualitet, både gjennom statlig- og sosial kontroll, gjøres til et nasjonalt anliggende samtidig med at kvinner pålegges et patriotisk ansvar for landets ve og vel. Pronatalisme som nært knyttet opp mot statens styreform og ideologi manifesterer en virkelighetspolitikk der kropp, helse og reproduksjon koreograferes og formes av bio-politiske strategier som har sitt utspring i klare ideologiske føringer og en eksplisitt nasjonalisme – både under sosialismen, og i de siste 27 årene etter sosialismens fall. Reproduksjon, kontroll over kvinners seksualitet og narrativer om den 'rene mongolske kvinnen' inngår i dag i en politisk diskurs om hva nasjonalstaten skal være og hvor porøs eller solid dens grenser skal være. I de nasjonalistiske nynazistbevegelsenes tilfelle innebærer dette produksjon av en nasjonalstat med mål om ett land, ett folk.

KONKLUSJON

Desentralisering av helsetjenester gjennom nye og gamle kommunikasjonsformer og transportmidler, knyttet folk og territorium sammen i Mongolia fra 1920-tallet, og i Gambia etter avkoloniseringen. Folkehelseprogrammene bidro til å etablere bindeledd mellom stat og folk, og til konstitueringen av nasjonalstatene som territorielle enheter. Kontraster mellom konfigurasjoner av helse og nasjonalstat i Gambias Andre Republikk (under Jammeh) og i det sosialistiske Mongolia, kommer til syne i hvordan terapi og behandling ble virkeliggjort som medisinske systemer. Dette kan knyttes til hvordan medisinsk behandling ble atskilt fra eller relatert til religion, hvordan og i hvilke sammenhenger ulike aktører deltok, hvilke medikamenter og metoder som ble tatt i bruk, og mer generelt, hvordan terapeutiske kunnskapssystemer ble gjort gyldige. I Jammehs Gambia frembragte dette to parallelle, offentlige medisinske programmer og terapeutiske regimer, definert rundt alternativ medisin og biomedisin. Religion og tradisjon var en inkorporert del av førstnevnte, og internasjonale koplinger inngikk gjennom situasjonell tilknytning til internasjonale NGOer som praktiserte alternative behandlingsformer, så vel som til biomedisinsk laboratorieteknologi. I den offentlige biomedisinen, derimot, var religion utdefinert på en mer kategorisk måte. De to programmene produserte ulike kropp: En kurerbar kropp i den ene tradisjonen var en døende kropp i den andre. Det *politiske* defineres i denne sammenhengen av *hva* som blir virkeliggjort, *hva* som gjøres gyldig og gis rett til å eksistere, men også av *hvem* som blir innlemmet, og hvordan makt blir utøvet i relasjon til *hvem* (Langwick, 2011: 232).

I Mongolia frembragte den sosialistiske nasjonalstaten en hegemonisk medisinsk virkelighet. Buddhistiske praksiser ble aktivt separert fra den medisinske virkeligheten, og utgjorde «folkelig», subversiv, forbudt religiøs aktivitet. I et slikt altomfattende medisinsk system, der sannhet ble monopolisert av staten, innebar virkelighetspolitikk en dyrkning av produktive kvinnekropper – og *motstand* ble praktisert ved å trakassere og bryte interne regler i det skjulte, og ved å utøve jordmorskap på andre måter enn foreskrevet. I Mongolias sosialistiske tid var virkelighetspolitikk knyttet til reproduksjon, og helse omfattet av et sterkt pronatalistisk fokus som ble innlemmet i styrende politiske og ideologiske narrativer om nasjonalstaten. Pronatalisme i Mongolia ble dermed praktisert både som helsetiltak og

som sosialistisk nasjonalisme, og som maktutøvelse over reproduksjon og reproduktive kropper. Kamp om virkeligheten, som kom til syne i motstandsstrategier både innenfor helse systemet og utenfor det, i ulovlig religiøs praksis, handlet dermed om *hva* som skulle gjelde politisk, ideologisk og nasjonalt. Samtidig handlet den om *hvem* som skulle kontrollere og kontrolleres.

De to landenes befolkninger inngikk i medisinske virkeligheter på ulike måter, og formene motstand antok var forskjellige: Skjult motstand innenfor den Mongolske sosialismens medisinske virkelighet – og skjult religiøs praksis parallelt med den – men avstandtagen fra ett av to terapeutiske regimer, i Gambias tilfelle. Til tross for globale agendaers innvirkninger på nasjonal helsepolitikk, gjenskapes dermed nasjonal ideologisk kamp – og historiske brudd i staters politikk – i helse. I denne artikkelen har vi trukket oppmerksomheten mot de komplekse formene som medisinske og terapeutiske virkeligheter får, i møte med nasjonale visjoner og produksjon av nasjonal egenart.

REFERANSER

- Adams, V., Novotny, T. E. & Leslie, H. (2008). Global health diplomacy. *Medical Anthropology*, 27(4), 315–323.
- Adams, V., Burke, N. J. & Whitmarsh, I. (2014). Slow research: Thoughts for a movement in global health. *Medical Anthropology*, 33(3), 179–197.
- Baer, H. A., Singer, M. & Johnsen, J. H. (1986). Toward a critical medical anthropology. *Social science & medicine*, 23(2), 95–98.
- Baabar (Bat-Erdene Batbayar). (1999). *Twentieth Century Mongolia*. Cambridge: White Horse.
- Biehl, J. & Petryna, A. (Red.). (2013). *When people come first: Critical studies in global health*. Princeton NJ, Princeton University Press.
- Billé, F. (2015). *Sinophobia. Anxiety, violence, and the making of Mongolian identity*. Honolulu, HI: University of Hawai'i Press.
- Bledsoe, C. H. (2002). *Contingent lives: Fertility, time, and aging in West Africa*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bulag, U. E. (1998). *Nationalism and hybridity in Mongolia*. Oxford: Oxford University Press.
- Bulag, U. E. (2002). *The Mongols at China's edge: history and the politics of national unity*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.
- Cassidy, R. & Leach M. (2009) Science, politics, and the presidential Aids 'cure'. *African Affairs* 108(433), 559–580.
- Castro, A. & Singer, M. (Eds.). (2004). *Unhealthy health policy: A critical anthropological examination*. New York, NY: Rowman Altamira.
- Danielsen, L. (2017). Enforcing 'Progress': A Story of an MDG 5 Indicator and Maternal Health in Malawi. *Development and Change*, 48(3), 429–451.
- Dronoy, D. (2016). Scientific capacity building and the ontologies of herbal medicine in Ghana. *Canadian Journal of African Studies/Revue canadienne des études africaines* 50(3), 437–454.
- Eriksen, T. H. (2010). *Ethnicity and Nationalism: Anthropological Perspectives* (tredje utgave). London: Pluto Press.
- Farmer, P (2004). An anthropology of structural violence. *Current anthropology*, 45(3), 305–325.
- Fassin, D. (2012). That obscure object of global health. Medical anthropology at the intersections: histories, activisms, and futures. I M. C. Inhorn & Wentzell, E. A. (Red.), *Medical anthropology at the intersections: Histories, activisms, and futures* (s. 95–115). Durham and London: Duke University Press.

- Foucault, M. (2012). *The history of sexuality, vol. 2: The use of pleasure*. New York: Vintage.
- Gal, S. & Kligman, G. (2012). *The politics of gender after socialism: A comparative-historical essay*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- Geissler, P. W. (2015). Introduction: A life science in its African para-state. I P. W. Geissler (Red.), *Para-states and medical science: Making African global health* (s. 1–44). Durham and London: Duke University Press.
- Geissler, P. W. & Tousignant, N. (2016). Capacity as history and horizon: Infrastructure, autonomy and future in African health science and care. *Canadian Journal of African Studies/Revue canadienne des études africaines* 50(3), 349–359.
- Hughes, A. (1975). From Green Uprising to National Reconciliation: The People's Progressive Party in the Gambia 1959–1973. *Canadian Journal of African Studies/La Revue canadienne des études africaines* 9(1), 61–74.
- Humphrey, C. (1992). The moral authority of the past in post-socialist Mongolia. *Religion, State and Society: The Keston Journal* 20(3–4), 375–389.
- Inhorn, M. C. & Wentzell, E. A. (Red.) (2012). *Medical anthropology at the intersections: Histories, activisms, and futures*. Durham, NC: Duke University Press.
- Janes, C. R. (2004). Free Markets and Dead Mothers: The Social Ecology of Maternal Mortality in Post-Socialist Mongolia. *Medical Anthropology Quarterly* 18(2), 230–257.
- Janes, C. R. (2004). Going global in century XXI: medical anthropology and the new primary health care. *Human Organization* 63(4), 457–471.
- Janes, C. R. & Corbett, K. K. (2009). Anthropology and global health. *Annual Review of Anthropology* 38, 167–183.
- Janes, C. R., Chuluundorj, O., Hilliard, C. E., Rak, K. & Janchiv, K. (2006). Poor medicine for poor people? Assessing the impact of neoliberal reform on health care equity in a post-socialist context. *Global Public Health* 1(1), 5–30.
- Janson, M. (2013). *Islam, youth and modernity in the Gambia: the Tablighi Jama'at* (No. 45). New York, NY: Cambridge University Press.
- Kaplonski, C. (2004). *Truth, history and politics in Mongolia: Memory of heroes*. London: Routledge.
- Kebbeh, O. (2013). The Gambia: Migration in Africa's 'Smiling Coast'. *Migration Information Source*, 15. August 2013. Washington D.C.: Migration Policy Institute. Hentet mai 2017 fra <http://www.migrationpolicy.org/article/gambia-migration-africas-smiling-coast>.
- Kelly, A. H. (2015). The territory of medical research: Experimentation in Africa's Smallest State. I Geissler, P. W. (Red.), *Para-states and medical science: Making African global health* (s. 303–332). Durham: Duke University Press.
- Knoema (webside) uten dato. Gambia – Mortality – Infant Mortality Rate. World Data Atlas. Hentet 10. oktober 2017 fra <https://knoema.com/atlas/Gambia/topics/Demographics/Mortality/Infant-mortality-rate>.
- Lakoff, A. (2010). Two regimes of global health. *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development* 1(1), 59–79.
- Langwick, S. A. (2011). *Bodies, politics, and African healing: the matter of maladies in Tanzania*. Bloomington: Indiana University Press.
- Lebner, A. (2017). Introduction. I A. Lebner (Red.), *Redescribing relations: Strathernian conversations on ethnography, knowledge and politics* (s. 1–38). New York: Berghahn Books.
- Lindskog, B. V. (2014). Natural calamities and 'the Big Migration': challenges to the Mongolian health system in 'the Age of the Market'. *Global public health* 9(8), 880–893.
- Mol, A. (1999). Ontological politics. A word and some questions. *The Sociological Review* 47(1 Suppl.), 74–89.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.

- Mol, A. (2014). A Reader's Guide to the "ontological Turn" –Part 4: *Somatosphere*. <http://somatosphere.net/2014/03/a-readers-guide-to-the-ontological-turn-part-4.html>
- Neupert, R. F. (1994). Fertility decline in Mongolia: trends, policies and explanations. *International family planning perspectives* 20(1), 18–22.
- Neupert, R. F. (1992). Mongolia: Recent demographic trends and implications. *Asia-Pacific population journal*, 7(4), 3.
- Nichter, M. (2008). *Global health: Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter*. Tucson: University of Arizona Press.
- Pfeiffer, J. & Nichter, M. (2008). What can critical medical anthropology contribute to global health? *Medical anthropology quarterly*, 22(4), 410–415.
- Pegg, C. (2001). *Mongolian music, dance, & oral narrative: performing diverse identities* (Vol. 1). Seattle: University of Washington Press.
- Pigg, S. L. (2013). On sitting and doing: Ethnography as action in global health. *Social Science & Medicine* 99, 127–134.
- Prince, R. J. & Marsland, R. (Eds.). (2013). *Making and unmaking public health in Africa: Ethnographic and historical perspectives*. Athens: Ohio University Press.
- Rosenberg, D. (1981). The Collectivization of Mongolia's Pastoral Production. *Nomadic Peoples* 9, 23–39.
- Rossabi, M. (2005). *Modern Mongolia: from khans to commissars to capitalists*. London: University of California Press.
- Rupen, R. A. (1964). Recent trends in the Mongolian People's Republic. *Asian Survey*, 812–820.
- Rupen, R. A. (1979). *How Mongolia is really ruled: A political history of the Mongolian People's Republic, 1900–1978* (Vol. 212). Stanford: Hoover Institution Press.
- Scott, J. C. (1990). *Domination and the arts of resistance: Hidden transcripts*. New Haven, Conn.: Yale University press.
- Scheper-Hughes, N. (1993). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Los Angeles: University of California Press.
- Snyder, J., Wagler, M., Lkhagvasuren, O., Laing, L., Davison, C. & Janes, C. (2012). An equity tool for health impact assessments: Reflections from Mongolia. *Environmental Impact Assessment Review* 34, 83–91.
- Sommerfelt, T. (2016). Yahya Jammeh's tribalism. *Africa is a Country*, 26. desember 2016. <http://africasacountry.com/2016/12/yahya-jammehs-tribalism/>
- Storeng, K. T. & Mishra, A. (2014). Politics and practices of global health: Critical ethnographies of health systems. *Global public health* 9(8): 858–909.
- Strathern, M. (2005). *Partial connections*. Updated edition. Walnut Creek, California: AltaMira Press.
- Sundby, J. (2014). A rollercoaster of policy shifts: Global trends and reproductive health policy in The Gambia. *Global public health*, 9(8), 894–909.
- Trouillot, M., Hann, C., Krti, L. & Trouillot, M. (2001). The anthropology of the state in the age of globalization: Close encounters of the deceptive kind. *Current anthropology*, 42(1), 125–138.
- Tsolmongerel, T., Evlegsuren, S. O., Bulganchimeg, B., Ganbat, B., Oyunbileg, S., Kwoon, S. & Richardson, E. (2013). Mongolia health system review. *Health Systems in Transition*, 3(2), 1–162.
- Tumursukh, U. (2001). Fighting over the reinterpretation of the Mongolian woman in Mongolia's post-socialist identity construction discourse. *East Asia*, 19(3), 119–146.
- UNAIDS/WHO (2008). Adult (15–49) HIV prevalence percent by country, 1990–2007. *2008 Report on the global AIDS epidemic*, UNAIDS/WHO, July 2008.