

TILTRÆDELSESFORELÆSNING

„JEG“ OG „VI“

ANTROPOLOGISK ENGAGEMENT I PERSONLIG MEDICIN

Professor MSO, tiltrædelsesforelæsning, den 26. februar 2018¹

METTE NORDAHL SVENDSEN

Ingen kan være i tvivl om den aktuelle relevans af personlig medicin i det danske samfund. „Staten vil stjæle din DNA“² og „Kritik: DNA-projekt er højrisikabelt“³ er blot to ud af mange fængende avisoverskrifter fra disse måneders offentlige debat om Nationalt Genom Center, en national og statsstyret biobank, der rummer danskernes genomer.⁴ Diskussionen har omhandlet regeringens forslag til den organisatoriske og etiske ramme for indhentning, opbevaring og brug af genomer i forbindelse med implementeringen af personlig medicin i det danske sundhedssystem. Omtalen af indhentning af genomer som „tyveri“ og italesættelse af projektet som „højrisikabelt“ sætter fingeren på diskussionens centrale problemstilling: at genomer både kan forstås som del af individet og del af velfærdsstaten – som en del af personens „jeg“ og kollektivets „vi“. Antropologi har meget at bidrage med, når det gælder relationen mellem person og kollektiv. Men lad mig begynde med en introduktion til, hvad antropologi egentlig er.

Ordet „antropologi“ fortæller en grundlæggende historie om faget: studiet (logi) af mennesket (anthropos). Af de mange discipliner, der studerer mennesket, er det karakteristiske ved antropologi, at faget anskuer mennesket som et socialt væsen – jeget som en del af socialitetens og kulturens „vi“. Et af antropologiens kernespørgsmål er: „Hvad betyder det at være menneske?“ („what it means to be human“). Dette spørgsmål fremhæver en interesse for betydningsskabelse og dermed for mennesket som et reflekterende, talende og moralsk væsen.

Medicinsk antropologi handler om, hvordan fødsel, krop, helbred, lidelse og død begrebsliggøres og opleves til forskellige tider og i forskellige samfund (Innhorn & Wentzell 2012:2), og hvordan den menneskelige krop er relateret til større sociale og politiske problemstillinger i et globalt felt. Mere end nogen anden antropologisk specialisering er medicinsk antropologi blevet til igennem interdisciplinære samtaler, i særlig grad med Science and Technology

Studies (STS), historie, kønsstudier samt grene af sundhedsvidenskaben, for eksempel global sundhed, psykiatri, genetik, reproduktiv sundhed og ikke mindst folkesundhedsvidenskab.

Når jeg i dag tiltræder et professorat i medicinsk antropologi på Institut for Folkesundhedsvidenskab, står jeg på en solid platform af antropologiske tilgange til mennesket og agter at fortsætte de interdisciplinære samtaler, som altid har været centrale for den medicinske antropologi. På Institut for Folkesundhedsvidenskab vil jeg både kunne indskrive antropologi i folkesundhedsvidenskaben og bringe afgørende tilføjelser til den medicinske antropologi. I det følgende diskuterer jeg det antropologiske bidrag til personlig medicin ved at fortælle min egen historie med udgangspunkt i tidskategorierne fortid, nutid og fremtid. Kort sagt: Hvad har bragt mig til dette sted? Hvordan tilgår jeg „jeg“ og „vi“ i personlig medicin? Hvor er jeg på vej hen?

Liminale liv i den danske velfærdsstat

Gennem de seneste 15 år har min forskning været styret af en interesse for, hvordan ny medicinsk videnskab og teknologi forandrer måden, hvorpå vi forstår os selv som individer, både i relationer til andre og som art. Baseret på deltagerobservation i det danske sundhedsvæsen har jeg undersøgt, hvordan *embryoner bliver doneret til stamcelleforskning* som led i IVF-behandling, hvordan liv-og-død-beslutninger bliver taget, når *for tidligt fødte børn* er på kanten af livet, hvordan *ældre mennesker med fremskreden demens* bliver taget hånd om, når de mister hukommelse, sprog og bevægefunktioner, samt hvordan *smågrise* bruges som modeller for mennesker i eksperimentel videnskab. Disse eksistenser er alle på kanten af det menneskelige. I Susan Squires sprog er de „liminale liv“ (Squire 2003). Liminalitet betyder at „være på tærsklen“ mellem et socialt rum og et andet (Turner 1967, 1969). Antropologi har en lang tradition for at studere grænsen – det liminale – som et rum for potentialitet, eksperiment og kulturel forandring (se fx Kapferer 1991).⁵ I STS og feministiske studier har grænseeksistenser også dannet udgangspunkt for diskussioner af det posthumane (fx Haraway 1997; Braidotti 2013).

Embryoner, for tidligt fødte børn, mennesker med fremskreden demens og forsøgsgrise er liminale liv i den forstand, at de eksisterer i grænsezone mellem menneskelig person og ikke-person. Ved at placere mig i denne grænsezone opnåede jeg en enestående mulighed for at undersøge dominerende forestillinger om mennesket som person samt konkrete grænsedragningspraksisser i den daglige omsorg for disse liv i sundhedsvæsenets institutioner. De centrale spørgsmål var: Hvordan bliver man en person? Hvordan trækkes grænser mellem arterne? Mellem liv og død? Hvordan lukkes grænsegængerliv ud og ind af velfærdssam-

fundet? I grænsezonen, hvor det, vi i dag betragter som centrale markører for den menneskelige person (fx sprog, autonomi, intention), ikke er udviklede – eller er tabt – hvad er så en menneskelig person? Hvordan bliver en kødklump – en krop – til et menneske? Hvordan etableres livets værdi? Hvordan skal vi forstå vores ansvar over for disse liv?

Antropologi tilbyder rige analytiske muligheder for at undersøge disse spørgsmål om mennesket som person. En af antropologiens fædre, Marcel Mauss, så kategorien „person“ som den sociale maske, selvet ikklædes i forskellige samfund. Senere har Meyer Fortes i 1940'erne (1945, 1987) og Victor Turner i 1960'erne (1967) beskrevet, hvordan sådanne sociale masker reflekteres i ritualer og i forståelser af livets begyndelse og afslutning. Disse ældre antropologiske tekster anså person for at være en generisk a priori-kategori, som blev farvet af samfund og kultur og på den måde kom til at afspejle et samfunds struktur. I takt med at antropologien lagde afstand til forestillingen om kulturer som helstøbte afgrænsede betydningssystemer, som reflekteredes i sociale masker, begyndte antropologer og andre socialvidenskabelige forskere at undersøge de biopolitiske kræfter, medicinske teknologier, lovgivninger og erfaringer, som er med til at forme tilblivelsen af kategorien person. I denne optik er person ikke en a priori naturlig kategori, men et resultat af en række sociale dynamikker, som i særlig grad synliggøres i grænsezonerne, hvor væsener lukkes ind og ud af personkategorien, for eksempel i forbindelse med reproduktiv selektion (Franklin 2007; Koch 2014; Gammeltoft 2014; Morgan 2009; Rapp 1999; Taylor 2008a), organtransplantation (Sharp 2013; Lock 2001), handicap (Wool 2015) og død (Kaufman 2005, 2015; Lock 2001; Taylor 2008b; Verdery 1999). På mange måder står jeg på skuldrene af disse forskere og er endda så heldig at kende mange af dem og at have udviklet min faglighed igennem samtaler med dem. Trods forskellene på de gamle og de nye studier af personkategorien deler de alle interessen for det grundlæggende antropologiske spørgsmål om, *hvad det betyder at være menneske*.

Selvom spørgsmålet om det menneskelige står centralt i mine feltarbejder om pasning og pleje af liminale liv, ville et snævert fokus på betydning fuldstændig overse alt det, som lå lige foran mit team og mig: det arbejde, som vores informanter – klinikere, forskere, plejere – gjorde for at opretholde liminale liv. Dette arbejde rettede min opmærksomhed mod ikke blot *betydningen* af at være menneske, men på, *hvad der skal til* for at blive menneske og for at opnå menneskets særlige moralske værdi. For det menneskelige er ikke blot et spørgsmål om, hvad der begrebsliggøres som menneskeligt, men også et stykke arbejde, som skal gøres. Ved at følge dagligdagen med embryoner i hvide plastikrør (såkaldte strå), øffende forsøgsgrise i kuvøselignende bure, spædbørn på størrelse med min

hånd i kuvøser og personer med demens uden tale- eller bevægefunktioner kunne jeg undersøge, hvordan deres „person“ blev skabt, opretholdt eller opløst i specifikke socio-moralske-materielle praksisser (Svendsen & Koch 2008; Svendsen 2011; Svendsen et al. 2017).

Særligt har mine studier af forsøgsgrise i biomedicinske eksperimenter (Svendsen & Koch 2013) og af for tidligt fødte børn på neonatalklinikker (Navne & Svendsen 2018) demonstreret, hvordan sociale, rumlige og temporale forestillinger er på spil i konstitueringen af den menneskelige person og i forhandlinger af livets værdi. Ved at sammenligne omsorgspraksisser for for tidligt fødte forsøgsgrise i laboratoriet med omsorgspraksisser for for tidligt fødte børn i neonatalklinikken har jeg kastet lys over, hvorfor og hvordan nogle liv etableres som kvalificerede *biografiske* liv – liv, som vi anerkender som personer – og hvorfor og hvordan andre liv etableres som ikke-personlige *biologiske* liv (Svendsen 2015).⁶ Min forskning viser, at det for tidligt fødte barn gøres til biografisk liv ved at blive situeret i en familie, forbundet til et hjem og omgærdet med en forventning om en åben fremtid (Svendsen et al. 2018). Til sammenligning gøres forsøgsgrisen i laboratoriet til biologiske liv, idet den afkobles sit slægtskab til soen (moderen) og rumligt integreres i den videnskabelige institution (laboratoriet/universitetet) uden forventning om, at den en dag vil bevæge sig frit rundt i verden. Yderligere var forsøgsgrisens tilblivelse og død dikteret af forskningsprotokollen, som markerede en på forhånd fastsat aflivningsdag og dermed forsynede grisen med en lukket fremtid i modsætning til barnets åbne fremtid i klinikken. Kort sagt viste sammenligningen, at forankring i slægtskab, forventning om fri bevægelse i rum samt en åben fremtid er afgørende for at etablere et væsen som person. Men sammenligningen viste også de mange tvetydigheder mellem biologi og biografi, som opstår i både menneskeklinik og dyrelaboratorium. Forsøgsgrisen kunne i det daglige pasningsarbejde opnå status som biografisk liv, mens spædbarnet kunne træde ind i kategorien af rent biologisk liv, når den efterstræbte åbne fremtid ikke kunne opnås (Svendsen 2015).

Ved at bevæge mig frem og tilbage imellem griselaboratorium og neonatalklinik udviklede jeg metodologien „thickness by comparison“ (tykke beskrivelser gennem sammenligning) (Svendsen et al. 2017, 2018). Siden Geertz introducerede begrebet „thick description“ (1973), har tykke beskrivelser været et stærkt ideal i antropologien. I modsætning til tynde faktuelle beretninger er tykke beskrivelser kontekstualiserede fremstillinger af begivenheder, igennem hvilke forskeren afkoder og fortolker de betydningsstrukturer, som kommer til udtryk i begivenhedens konkrete handlinger. Min metodologi „thickness by comparison“ søger at skabe tykke beskrivelser ved ikke blot at dykke ned i et enkelt etnografisk felt, men ved at lade ét empirisk felt (fx pasning af forsøgsgrise) være

prisme for et andet felt (fx pleje af for tidligt fødte børn eller mennesker med demens). Denne prismemethodologi har muliggjort en analyse af, hvordan grænser for den menneskelige person sættes i forskellige, men forbundne sites i den danske velfærdsstat. Hvor den klassiske tværkulturelle sammenligning udføres mellem samfund med stor geografisk afstand – for eksempel sammenligning af slægtskab, socialitet, økonomi og religion i forskellige dele af verden (fx Barth 1969; Mead 1977; Strathern 1991) – etablerer „thickness by comparison“ sammenligninger inden for det enkelte samfund. Og sammenligningen går på tværs af kategorier, for eksempel menneske og dyr, nyfødt og gammel og – som jeg vil vise lige om lidt – det digitale og det menneskelige. Denne metodologi er på en og samme tid „fler-stedet“, „fler-artslig“ og „fler-kategorisk“.

Ved at eksperimentere med denne metodologi opdagede mit team og jeg, at selvom for tidligt fødte børn, folk med demens og forsøgsgrise eksisterer i grænsezonen, befinder de sig samtidig i kernen af velfærdsstatens aktuelle debatter om, hvem der hører til i samfundet (Navne & Svendsen 2018; Dam et al. 2017; Gjødsbøl, Koch & Svendsen 2018). I både neonatalklinik, på demensplejehjem og i dyrelaboratorium indebar det daglige plejearbejde beslutninger om at lukke ind og ud af livet, hvilket også var beslutninger om at lukke ind og ud af samfundet. Når man står med et for tidligt født barn med meget dårlige chancer for at overleve; når man mader en plejehjemsbeboer, der kontinuerligt får maden i den gale hals og har svært ved at indtage føde; når en gris lider mere, end hvad der synes etisk forsvarligt, opstår moralske spørgsmål om, hvor længe man skal blive ved med at holde i live – spørgsmål om, hvor grænsen går. Om end disse situationer så meget forskellige ud i de tre felter, havde de professionelles overvejelser det til fælles, at de ikke blot angik det enkelte liv som individuel krop, men som individ i en større sammenhæng. Klinikerne i neonatalklinikken, plejerne på plejehjemmet og forskerne og dyrepasserne i griselaboratoriet reflekterede ikke kun over, hvad de selv forstod ved god pleje, men over, hvad de så som den rette pleje inden for en velfærdsstat (Svendsen et al. 2018). Det vil sige, at omsorgen for det enkelte individ også indebar en omsorg for et større kollektiv. Grænsezonen var ikke blot sted, hvor der blev truffet beslutninger om det enkelte individs behandling og pleje. Grænsezonen var også et sted, hvor grænsen for velfærdskollektivet, og hvem der hører til her, blev forhandlet og tegnet. Etableringen af personen (af „the me“) hang uløseligt sammen med etableringen af kollektivet („the we“).

Disse indsigter om, *hvad der skal til for at blive* en menneskelig person, leverer et unikt udgangspunkt for mit nystartede Semper Ardens-projekt, „Personalized Medicine in the Welfare State“ (MeInWe), som er bevilget af Carlsberg Fondet. MeInWe undersøger, hvordan det personlige forstås og etableres i personlig

medicin, og hvilke kollektiver som er impliceret i det personlige. Lad os nu bevæge os ind i nutiden.

„Jeg“ og „vi“ i personlig medicin

Personlig medicin er et hastigt fremvoksende medicinsk felt, der har som ambition at skræddersy diagnostik, behandling og forebyggelse til det enkelte individ.⁷ Genetiske teknologier spås en central rolle i fremtidens personlige medicin. At sekventere et menneskes genom – summen af en persons DNA – og samkøre disse genetiske data med andre former for data (fx kliniske data, information om livsstil og miljø) udgør kernen i visionen om personlig medicin (Tutton 2014). Udviklingen af personlig medicin foregår i et samspil mellem offentlige organisationer og private virksomheder og etablerer en enorm vækst i skabelse af, adgang til og behov for genetiske og andre sundhedsdata (Prainsack 2017, 2019; Reardon 2017). Denne udvikling har været medvirkende til en stigende etisk opmærksomhed på forvaltningen af sundhedsdata (Høyer 2019), og internationalt har ikke mindst skandalen om udvekslinger af data mellem Facebook og Cambridge Analytica problematiseret, hvordan data bliver indsamlet, brugt og især misbrugt. Brugere og befolkninger oplever, at data, som de troede sikrede, ikke er sikrede, og at teknologifirmaer som Google, Apple, Facebook og Amazon – de såkaldte GAFA-dynastier – ikke blot forbedrer deres liv, men også forvandler liv til profitable produkter.⁸

I Danmark lancerede Danske Regioner en handleplan for personlig medicin i juli 2015 (Danske Regioner 2015), som blev efterfulgt af en national strategi i december 2016 (Sundhedsministeriet 2016). I 2017 bevilgede Folketinget 1 million kroner til udviklingen af personlig medicin og til etableringen af en ny institution, Nationalt Genom Center (NGC), og i 2018 fulgte Novo Nordisk Fonden op med en bevilling på 1 milliard kroner til NGC. Visionen for NGC er at etablere en fælles national, teknologisk infrastruktur for opbevaring og brug af genomisk information og anden sundhedsrelateret information om borgerne – med det formål at forbedre behandling for patienterne. Ifølge de politiske strategier vil samarbejder med private firmaer og fonde være centralt for at nå dette mål, hvilket den store bevilling fra Novo Nordisk er eksempel på. De politiske strategier anskuer genetikken som omdrejningspunkt for personlig medicin og tydeliggør det forhold, at selvom personlig medicin associerer medicin til det enkelte menneske, er det en teknologi, som er betinget af et kollektiv. Uden et sundhedsvæsen, som økonomisk investerer i personlig medicin og lancerer nationale handleplaner, kan personlig medicin ikke realiseres. Uden datapopulationer, som den enkelte persons genom kan sammenlignes med, kan målet om

at præcisere diagnostik, behandling og forebyggelse ikke nås. Uden samarbejde med private fonde og virksomheder og uden en datainfrastruktur, som gør det muligt for forskere, klinikere og industri at få adgang til data, behandle data og viderebringe data, er der ingen personlig medicin. Uden befolkningens tillid til at lade deres genomer opbevare i Nationalt Genom Center mister personlig medicin sin legitimitet.

Jeg vil nu dele nogle af mine tanker om personlig medicin i Danmark og introducere tre analytiske figurer, som kan åbne en vej til at udforske de presserende spørgsmål om, hvordan genetiske teknologier former „jaget“ og „vi’et“ og deres indbyrdes relationer.

Den første figur er „the underground common“ (den fælles undergrund), som jeg henter fra antropologen Anna Tsing (2015:274). Min forskning om relationerne mellem dyrelaboratorium og neonatalklinik synliggjorde, at dyrelaboratoriet ikke er adskilt fra, men en forudsætning for klinikken for mennesker. Forsøgsdyr er en „undergrund“ i den forstand, at de sjældent nævnes i kliniske retningslinjer og artikler og tilmed befinder sig under jorden, da laboratorier ofte ligger i kældre (Bjørkdahl & Druglitrø 2016). Forsøgsdyr er også „fælles“, da deres liv, lidelse og død udgør en fælles ressource for menneskelig sundhed. Forsøgsdyrs liv, lidelse og død er med andre ord sammenvævet med menneskers sundhed og muligheder for livsforlængelse (Haraway 2008).

Genomer fra tusindvis af individer kan begrebsliggøres som en tilsvarende fælles ressource – en virtuel „fælles undergrund“, som er essentiel for at kunne skabe en dataintensiv karakterisering af det enkelte individ. Det er nemlig ved at sammenligne den enkelte person med andre personer på så mange datapunkter som muligt, at man kan nå en brugbar fortolkning af det enkelte individs genom og gøre sig forhåbninger om at skræddersy diagnostik og behandling til denne. Og netop fortolkning af data er en af de store udfordringer ved personlig medicin (Timmermans et al. 2017) og forudsætter en relation mellem den konkrete person i klinikken og de mange, mange tusind personer i databanken (samt selvfølgelig de fagfolk, som fortolker data). På denne måde bærer enhver karakterisering af det individuelle „jeg“ spor af „vi’et“ i den fælles undergrund. At stille skarpt på denne forbundethed mellem „jeg“ og „vi“ kan hjælpe os til at besvare presserende spørgsmål om, hvordan indholdet af den fælles undergrund (i form af datapopulationer) er bestemmende for, hvad man kan komme til at vide om en patient/borgers sygdom/sundhedstilstand, og hvem man kan levere behandling til (jf. Reardon 2017:161).

Forholdet mellem individ og data samt forvaltningen af denne relation bliver løbende diskuteret. Den aktuelle danske debat om Nationalt Genom Center har rejst spørgsmål som for eksempel: Hvordan skal borgere give samtykke til at lade deres genomer blive opbevaret i Nationalt Genom Center? Hvad er genom-

nes værdi, og hvordan vil og må de anvendes? Hvem kan og må de udveksles med?⁹ Disse spørgsmål handler om genomernes sociale liv og fremtid. Debatten om Nationalt Genom Center viser, at der blandt de diskuterende parter er mange forskellige synspunkter på opbevaring, anvendelse og udveksling af genomer. Men debatten tydeliggør også en stor enighed på trods af forskelle. Den enighed handler om, at ingen betragter genomer og andre sundhedsdata som neutrale eller uskyldige informationer. Dette gælder ikke kun i den offentlige debat, men også i klinikken. Når molekylærbiologer og klinikere fortolker genomer med henblik på at skabe personlig medicin, bliver genomerne betragtet som en forlængelse af og markør for den enkelte patient.

Som min kollega Klaus Høyer har vist i sin banebrydende forskning om udvekslinger af humant væv, rejser sådanne udvekslinger fundamentale spørgsmål om forholdet mellem væv, data og person (Høyer 2013). Høyers arbejde har inspireret mig til at udforske, hvordan personlig medicin skaber forskellige digitale og kropslige manifestationer af „jeget“, hvilke relationer mellem disse „jeg'er“, som artikuleres og erfares, og hvordan forholdet mellem genom og det kropslige subjekt begrebsliggøres og gøres.

For at besvare disse spørgsmål om personens forskellige manifestationer finder jeg begrebet om substitution brugbart. Substitution er min anden analytiske figur. Substitution henviser til den proces at træde i stedet for en anden. Konceptet reflekterer en euroamerikansk forståelse af den autonome unikke person – originalen – som kan adskilles fra dens erstatning – substitutten – (Franklin 2007:203-04; Svendsen et al. 2018). Personlig medicin sigter på mange måder på at skabe og mobilisere præcise og overbevisende digitale substitutter¹⁰ ved at samkøre genomet med andre former for data. I en globaliseret og privatiseret dataøkonomi kan sådanne substitutter bevæge sig vidt omkring og få deres eget liv og muligvis overleve det kropslige subjekt. Vi kan ikke længere antage, at den digitale substitut dør, når subjektet dør. At den digitale substitut kan adskilles fra subjektet og få sit eget sociale liv, synliggør dens „tøjningspotentialer“ (Hinterberger & Porter 2015:362). Den kan tøjres til forskellige former for transnational forskning, til kommercielle interesser og/eller til nationalstater (Tupasela 2017) og opnå værdi gennem cirkulation.

I en nordisk kontekst, hvor indsamling og opbevaring af data i høj grad sker gennem statslige institutioner, rejser genomernes sociale liv særlige spørgsmål og udfordringer. I Danmark betragtes statslige institutioner som den selvfølgeligelige ramme om borgeres liv fra fødsel til død (Hansen 2002; Jensen 2016; Jenkins 2011), og ligesom det er tilfældet i de andre nordiske lande, har danskere stor tillid til staten. Man kan måske sige, at det i Danmark i høj grad er gennem statslige institutioner, at vi bliver til personer og oplever, at vi opnår livsmulighed-

er og frihed. Som den svenske historiker Lars Trägårdh argumenterer for, skelner borgere i de nordiske lande ikke skarpt imellem stat, samfund og folk, men oplever organiske relationer mellem dem (Trägårdh 2002). For eksempel ser de fleste borgere det skattefinansierede sundhedsvæsen som den bedste måde at forvalte befolkningens sundhed på. Som danskere betragter vi cpr-nummersystemet som en fantastisk forvaltning af relationen mellem stat og person. Vi bliver som regel mere irriterede, hvis sundhedspersonalet ikke har læst op på vores journal, end hvis lægen har fået adgang til vores data uden eksplicit samtykke. Men hvilken dataøkonomi kommer digitale substitutter til at indgå i, når personlig medicin realiseres i private-offentlige partnerskaber? Hvilke fællesskaber kommer de til at tjene? Vil borgere fortsat opleve organiske sammenhænge imellem sig selv, samfundet og staten og fortsat stole på statens omsorg for deres digitale substitutter? Den nuværende debat om Nationalt Genom Center understreger det forhold, at digitale substitutter administreret af statslige institutioner har stort potentiale, men også at forvaltningen af dem skaber en bekymring, som er svær at ignorere – selv for mennesker, som er fortalere for Nationalt Genom Center. Hvordan skal vi forstå den bekymring, som klæber til digitale substitutter i statens varetægt?

Begrebet „substitution“ indebærer en forståelse af originalen som overlegen og substitutten som kopien, der følger efter. Med udgangspunkt i denne figur udtrykker kontroversen om Nationalt Genom Center en bekymring for, at de digitale substitutter ikke respekterer dette hierarki, og at originalen – det kropslige subjekt – mister kontrollen over stedfortræderen. Det kan for eksempel ske, hvis digitale substitutter får deres eget liv uafhængigt af originalen og måske ender hos kommercielle firmaer og kommer til at arbejde for dagsordener, som originalen ikke bifalder. Med andre ord udfordrer digitale substitutter vores forståelse af originalitet; en forståelse, der ligger til grund for juridiske principper om menneskerettigheder og beskyttelse af det autonome individ. Begrebet om substitution kan stille skarpt på de tvetydigheder, spændinger og magtforhold, der er involveret i at skabe og fortolke genomer som en del af både person og velfærdsstat – og som har skabt avisoverskrifter om Nationalt Genom Center som „højrisikabelt“ (jf. Politiken). Substitution retter den analytiske opmærksomhed mod repræsentationer, der ikke blot passivt reflekterer eller beskriver en person, men som også får materielle, sociale, juridiske og videnskabelige effekter. Med dette begreb kan vi udforske, hvem og hvad som kan blive stedfortræder for hvem og hvad, og analysere, hvordan tillid til velfærdsstatens institutioner kan oprettholdes, når genomer genereres, opbevares, udveksles og fortolkes.

Genomer kan således begrebsliggøres som både en fælles undergrund, der kan forbedre den offentlige sundhed, og som digitale substitutter for personer. Kort

sagt betragtes genomer som et potentiale, der både kan manifestere velfærdsstat og person. Denne observation danner udgangspunkt for min tredje analytiske figur: velfærdsstatens metabolisme. Før jeg præsenterer denne, er der brug for lidt introduktion.

Forståelsen af borgernes genomer som en ressource for velfærdsstaten vokser ud af velfærdsstatens livspolitikker. For det første har det danske sundhedsvæsen en lang tradition for omfattende sundhedsregistre, som udgør en unik ressource i arbejdet med at dokumentere, analysere og forbedre folkesundheden. For det andet har Danmark en lang tradition for at begrebsliggøre borgernes liv som en ressource for samfundet. I den offentlige diskussion om velfærdsstaten og dens fordelingspolitik bliver borgeres arbejde og virksomheder i velfærdsstaten skildret som samfundets brændstof: Skatteindtægter konverteres til velfærdsydelser (skoler, hospitaler, infrastruktur osv.), der muliggør gode borgerliv. På samme måde begrebsliggør de politiske strategier for personlig medicin borgernes genomer som en naturlig ressource, et brændstof, for samfundet.¹¹ Disse politiske strategier og diskussioner om udvekslingen af borgernes genomer fremstiller velfærdsstaten som en metabolisme: en organisme, der udveksler materiale for at kunne opretholde sig selv og leve. Interessen for at forstå samfundet som organisme rækker langt tilbage. Tidlige sociologiske funktionalistiske studier så det moderne samfund som en organisme, hvor arbejdsdeling i samfundet svarede til kroppens organer, der *inden for samfundet* varetog en funktion for kroppens/samfundets livsopretholdelse (se Landecker 2013 for en udforskning af forholdet mellem biologiske og socialvidenskabelige teorier om metabolisme i det 20. århundrede). Den velfærdsstatslige metabolisme, som reflekteres i nutidens diskussioner om personlig medicin, er dog ganske forskellig fra denne ældre sociologiske forestilling om samfundet som selvopretholdende enhed. Nutidens velfærdsstatslige metabolisme er i modsætning til tidligere tiders samfundskroppe en metabolisme med porøse grænser til aktører og praksisser – forskere, biobanker, bioteknologi, dataudvekslinger – *uden for* velfærdsstaten.¹²

Min tredje analytiske figur, velfærdsstatens metabolisme, retter opmærksomheden mod kulturelle forståelser af de processer, hvorigennem velfærdsstaten opnår sin form i kraft af det materiale, som indtræder, forlader eller transformeres i velfærdsstaten. Med dette perspektiv kan vi spørge: Hvilke digitale substitutter bliver lukket ind i velfærdsstatens stofskifte, igennem hvilke forskningssamarbejder og selskaber rejser de, og igennem hvilke passager, hvis overhovedet, bliver de transformeret til sundhed og velfærd?

Mine tidligere studier har demonstreret, at liminale liv befinder sig i centrum af velfærdsstaten. Liminale liv synliggør, hvordan velfærdsstaten regulerer, hvem der hører til i den. Genomer kan anskues som liminale liv i den forstand,

at de begrebsliggøres som både person og ting (Palsson & Prainsack 2011). I lyset af de politiske strategiers forståelse af genomer som en ressource, et brændstof, i velfærdsstaten kan vi undersøge, hvordan udvekslingen af disse ressourcer forestilles at forme samfundets krop og dens grænser. Perspektivet udvides yderligere, hvis vi sammenligner forvaltningen af genomerne med forvaltningen af andre liminale liv som for eksempel for tidligt fødte børn på grænsen til liv og borgerskab, mennesker med fremskreden demens, forsøgsdyr, der gøres til næsten-mennesker i biomedicinsk forskning, eller migranter, som søger asyl i Danmark. Hvordan formulerer velfærdsstatens politikker og praksisser nogle liminale liv som livgivende kræfter og andre som livsdrænende kræfter for samfundet? Hvordan opfordrer velfærdsstatslige politikker og praksisser til visse inkluderinger, absorberinger og udskillelser af nogle mere end andre liminale liv? Sådanne sammenligninger af metabolismens grænsezoner har potentiale til at tydeliggøre, hvad der skal til for at blive person i velfærdsstaten og at komme til at høre til i velfærdsstaten. Men før jeg kan nå en sådan sammenligning på tværs af liminale liv i velfærdsstaten, må hverdagen med personlig medicin først udforskes. I det følgende bevæger jeg mig hen imod den nære fremtid.

Menneskets moralske agens

Mit foreslåede analytiske skift fra, hvad det betyder („what it means“), til hvad der skal til („what it takes“) for at blive en menneskelig person, indebærer, at den menneskelige person ikke eksisterer a priori. I den forstand er dette analytiske udgangspunkt med til at afspore mennesket som det naturlige udgangspunkt i antropologien og i stedet rette opmærksomheden mod, hvordan den menneskelige person formes i socio-moralske-materielle praksisser og i relation til historisk specifikke forståelser af kategorierne person og stat samt de rettigheder og forpligtelser, som disse kategorier aktualiserer. Betyder dette skift så, at jeg flytter mig væk fra den antropologiske interesse for menneskelig subjektivitet? Nej, dette er ikke tilfældet. Samtidig med mit fokus på, hvordan den menneskelige person formes i konkrete sammenhænge, fastholder jeg en interesse for de humane aktørers moralske agens, da netop denne moralske agens er afgørende for at forstå det moralske arbejde med at gøre til person. Jeg ønsker at undersøge, hvordan professionelles, patienters og borgeres hverdagslige omgang med genomet rejser spørgsmål om „det gode“ – om hvad der tæller som et godt liv, og hvad der tæller som det fælles gode. Jeg gør dette på to måder. For det første spørger jeg, hvad der etisk er på spil for den store og heterogene gruppe af mennesker, som er involveret i personlig medicin. Dette studie af, hvordan mennesker handler, erfarer, reflekterer, forundres og etablerer håb, handler ikke blot om at tilføje nye empiriske data til studiet af personlig

medicin. Min insisteren på den moralske agens er et spørgsmål om rammesætning og perspektiv. Det er et spørgsmål om at udforske „jeg“ og „vi“ som etiske og eksistentielle anliggender (Kuan & Grøn 2017; Lambek 2015; Mattingly 2013) i konkrete situationer, hvor den personlige medicin etableres.

For det andet undersøger jeg menneskers moralske agens gennem interdisciplinær dialog. Ved at samarbejde med klinikere, forskere, dyrepassere, bioinformatikere og administratorer fortsætter jeg de interdisciplinære samtaler, som altid har været afgørende for medicinsk antropologi så vel som for folkesundhedsvidenskaben. Mit begreb om „kritisk engageret forskning“ (2009) har hjulpet mig til at adressere den dobbelte rolle, som jeg og mine biomedicinske kollegaer befinder os i, når vi samarbejder på tværs af socialvidenskab, naturvidenskab og kliniske praksisser. Som *antropolog* er jeg oplært i at adressere de dominerende antagelser, der eksisterer i den felt, jeg studerer. Dette kritiske blik fordrer, at jeg ikke tager det selvfølgelige for givet, men undersøger, hvad det selvfølgelige producerer. Målet er at skabe historier om de felter, jeg studerer, som ikke blot reproducerer biomedicinens dominerende narrativer, men sigter på at forstå feltets bærende logikker og sociale og kulturelle forankring. Men som *kollega* til mine informanter, som ofte er ansat på samme fakultet, som jeg selv, ønsker jeg ikke blot kritisk at analysere deres praksisser og institutionelle logikker, men at *engagere* mig i de udfordringer, de oplever, og de bekymringer, de har. Dette er et engagement, der er forankret i konkrete interaktioner og solidariske relationer til mine kolleger i det biomedicinske felt.

Kritisk engageret forskning er sjældent en nemt opgave at udføre. At udføre kritisk engageret videnskab er ikke blot et spørgsmål om at transportere viden fra socialvidenskaberne til biomedicinen. At bevæge sig over disciplinære grænser involverer diskussioner om, hvad der tæller som viden, og det indebærer ofte en form for oversættelse imellem forskellige disciplinære „arter“. Det kan være en meget foruroligende oplevelse for en biomedicinsk forsker at være objekt for en antropologs blik, og det kan være en meget foruroligende oplevelse for antropologen at udføre kritisk forskning, samtidig med at hun står i en solidarisk relation til sine kollegaer og værter, som ofte – måske med en lille indre uro – har indbudt hende i deres biomedicinske verden. På trods af dette har en gensidig vilighed til at engagere sig i hinandens perspektiver og moralske agens ikke blot været bærende i mine samarbejdsrelationer, men også medført fælles forfatter-skaber, som i sig selv er udtryk for en slags oversættelsesopgave (Dam et al. 2017, 2018). På daglig basis har disse samarbejder vist mig, hvor sammenfiltret „jeg“ og „vi“ er. Mit „jag“ er blevet formet af min involvering i og forpligtelser over for „vi“ i interdisciplinære dialoger og interdisciplinært samarbejde. Mit netop igangsatte projekt om personlig medicin, MeInWe, tager dette kri-

tiske engagement til et nyt niveau. Gennem samarbejde med centrale aktører inden for personlig medicin søger mit forskningsteam og jeg at skabe et *etisk laboratorium*, hvor vi undersøger robuste måder at integrere personlig medicin på i den danske velfærdsstat. Vi vil invitere klinikere, forskere, industriansatte, patienter og administratorer ind i det etiske laboratorium for at diskutere de etiske spørgsmål, de møder i relation til personlig medicin. Det etiske laboratorium er et rum for refleksion og diskussion af forskellige måder at anvende og forme personlig medicin på. Med det etiske laboratorium bidrager antropologen ikke blot med kritiske analyser, men sætter disse analyser på spil i forhold til feltet selv. Antropologen bliver selv aktør i indlejringen og formningen af personlig medicin i sundhedsvæsenet og fortsætter en lang tradition for stærke interdisciplinære samtaler i både medicinsk antropologi og folkesundhedsvidenskab. Den bærende idé med det etiske laboratorium er på ny at stille spørgsmålet om, hvordan det gode liv for individ og fællesskab formes i hverdagens konkrete praksisser med personlig medicin.

MeInWe er et unikt projekt. Det unikke ved projektet er ikke kun dets størrelse, den generøse finansiering fra Carlsberg Fondet og de eliteforskere, som er del af det – selvom alt dette er af stor betydning. Det unikke ved projektet er også vores interne samarbejdsrelationer. Et nært samarbejde mellem de enkelte delprojekter gør det muligt at sammenligne forvaltningen af genomer i forskellige felter og skabe tykke beskrivelser, som kan generere kritisk og analytisk overraskende indsigter om personlig medicin. I MeInWe vil hvert etnografisk eller tekstdefineret felt fungere som en prisme for at opnå indsigt i en anden felt. Helt konkret gør vi dette ved at udføre empirisk forskning sammen og ved at etablere vores møder som „parasitic encounters“ (parasitiske møder) (Kirksey & Helmreich 2010:558), i hvilke hvert empirisk felt kommer til at eksistere og få liv gennem en anden forskers felt. Kort sagt bruger vi forskellighederne mellem vores discipliner og empiriske felter som en kilde til at rejse nye spørgsmål om, hvordan person og kollektiv bliver til inden for personlig medicin.

Denne samarbejdende tilgang kropsliggør i bogstaveligste forstand „jeg“-forskeren i „vi“-teamet og tager antropologiens grundlæggende indsigt om, at livet leves relationelt, alvorligt. „Jeg“ er altid afhængig af „vi“.

Tak

MeInWe er på alle måder min personlige historie i den akademiske verden. I modsætning til mange andre antropologer, som arbejder alene, har jeg igennem hele min karriere været privilegeret ved at kunne arbejde i grupper og etablere mine egne grupper. Som afslutning på denne tiltrædelsesforelæsning ønsker

jeg at udtrykke min dybe og oprigtige TAKNEMMELIGHED over for mit LifeWorth-team og mit MeInWe-team. Jeg siger samtidig stor TAK til professor Lene Koch, som har været min mentor, kollega og ven fra begyndelsen af mine ph.d.-studier og til nu. Hun har givet mig den største gave, man kan ønske sig: en semper ardens- („altid brændende“) tilgang til verden, som gør det muligt at skabe exceptionel forskning.

Oversat fra engelsk af Clara von Stöcken Musaeus og Mette Nordahl Svendsen

Noter

1. Originaltitel: „The Me in the We: Anthropological Engagements with Personalized Medicine“. Den originale engelske version af tiltrædelsesforelæsningen er bragt i tidsskriftet *Encounters* 10(5):1-26.
2. *Ekstra Bladet*, dobbeltsidet indlæg, 3. december 2017.
3. *Politiken*, forsiden, 25. februar 2018.
4. Betegnelsen genom refererer til et individs komplette genetiske information.
5. Min egen interesse for liminalitet i relation til sundhed og sygdom blev allerede skabt i løbet af mine bachelorstudier af professor Susan Whyte, som introducerede medicinsk antropologi i dansk antropologi, samt af lektor Vibeke Steffen, som senere blev en uvurderlig vejleder for mig i løbet af mine ph.d.-studier. Min analytiske interesse for relationen mellem krop og samfund blev formet af Kirsten Hastrups afgørende vejledning i specialeforløbet.
6. Dette arbejde har været muligt i kraft af mange års samarbejde med professor i klinisk og eksperimentel ernæring Per Sangild og hans gruppe ved det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet og i kraft af samarbejde med Neonatalklinikken ved Rigshospitalet.
7. Ambitionen om at skræddersy behandling har forskellige betegnelser som for eksempel præcisionsmedicin, targeteret medicin, stratificeret medicin og P4-medicin. Da personlig medicin er det begreb, som bruges i en nordisk – og dermed dansk – sammenhæng, og som lanceres i de politiske strategier, hvis implementering min forskning følger, har jeg valgt at bruge dette begreb.
8. Skandalen om samarbejdet mellem Facebook og Cambridge Analytica (marts 2018) er et eksempel på en gratis service for brugerne (gratis adgang til Facebook), som blev forvandlet til profitable data for firmaerne, som tilbød service baseret på denne data (fx Facebook og deres samarbejdspartnere). Disse firmaer kunne udvikle algoritmer og modeller for folks handlinger og bruge dem til at ramme specifikke borgere og brugere, som skulle stemme ved valg, med reklamer, som var rettet direkte mod deres psykologiske karakteristika. Selvom skandalen fik Facebook til at annoncere, at man ville tilintetgøre de grundlæggende data, der var brugt til at udvikle modellerne, eksisterer modellerne stadig og bliver stadig brugt og solgt – potentielt til at forme vælgerebefolkninger (Metcalf 2018).
9. Eksempler på overskrifter fra danske aviser mellem november 2017 og marts 2018 lyder: „Pas på: Staten vil tage dit dna“, *Politiken* 2. november 2017; „Stop skræmmekampagne mod et genomcenter“, *Politiken* 22. november 2017; „Bekymringskultur“, *Weekendavisen* 1. december 2017; „Staten vil stjæle dit DNA“, *Ekstra Bladet* 2. december 2017; *Kritik: DNA-projekt er højrisikabelt*, *Politiken* 26. februar 2018; „Er det fornuftigt at samle og opbevare genmateriale i en national dna-bank?“, *Kristeligt Dagblad* 9. marts 2018.

10. Socialvidenskabelige studier af digitalisering og overvågning har brugt begrebet „data double“ (datastedfortræderen) til at undersøge, hvordan akkumulering af data kommer til at træde i stedet for individet (Elmer 2003; Haggerty & Ericson 2000; Lyon 2007). Disse studier ser det kropslige subjekt som det „virkelige“ og de virtuelle data som dets falske repræsentant. Omend jeg finder inspiration i disse studier, betragter jeg ikke det kropslige selv som a priori andre manifestationer af selvet. I stedet muliggør mit begreb om substitution en interesse for at forstå de forskellige materielle manifestationer af personen og for at følge de processer, hvorigennem nogen eller noget konfigureres som henholdsvis original og substitut (jf. Grew & Svendsen 2017).
11. Danske Regioners strategidokument om personlig medicin (Danske Regioner 2015) lægger ud med at præsentere de unikke sundhedsregistre i Danmark som fundamentet for en forbedring af folkesundheden, og dokumentet slutter med at betragte danske biobanker og sundhedsregistre som en samfundsressource, der er attraktiv for biotekvirksomheder, og som derfor kan være med til at skabe økonomisk vækst for Danmark. Rapportens overordnede argument er, at de danske sundhedsregistre skaber unikke muligheder for at udvikle personlig medicin.
12. Samfundsvidenskabelige studier af metabolismeforskningen i det 20.-århundrede fremstiller et skift i de biologiske videnskabers begrebsliggørelse af metabolisme fra en forståelse af metabolismen som en fabrik (der konverterer mad til energi) til en forståelse af metabolismen som en regulerende zone (der responderer på information fra miljøet og forbinder miljø og organisme) (Solomon 2016; Law & Mol 2008; Landecker 2011, 2013; Wilson 2015).

Litteratur

- Barth, Fredrik
1969 Ethnic Groups and Boundaries. Long Grove, IL: Waveland Press, Inc.
- Bjørkdahl, K. & T. Druglitrø (eds)
2016 Animal Housing and Human-Animal Relations. Politics, Practices and Infrastructures. London and New York: Routledge Animal Studies Series.
- Braidotti, R.
2013 The Posthuman. Cambridge: Polity Press.
- Dam, M.S., S.M. Petersen, P. T. Sangild & Mette Nordahl Svendsen.
2017 Feeding Premature Neonates. Kinship and Species in Translational Neonatology. Social Science and Medicine 179:129-36.
- Dam, M.S., P.T. Sangild & Mette Nordahl Svendsen
2018 Translational Neonatology Research. Transformative Encounters across Species and Disciplines. History and Philosophy of the Life Sciences 40(1):artikel 21.
- Danske Regioner
2015 Handlingsplan for personlig medicin. København: Danske Regioner.
- Elmer, G.
2003 A Diagram of Panoptic Surveillance. New Media & Society 5(2):231-47.
- Franklin, S.
2007 Dolly Mixtures. The Remaking of Genealogy. Durham: Duke University Press.
- Fortes, M.
1945 The Dynamics of Clanship among the Tallensi. Cambridge: Cambridge University Press.
1987 Religion, Morality, and the Person. Essays on Tallensi Religion. Cambridge: Cambridge University Press.

- Gammeltoft, Tine
2014 Haunting Images. A Cultural Account of Selective Reproduction in Vietnam. Berkeley: University of California Press.
- Geertz, Clifford
1973 The Interpretation of Cultures. Selected Essays. New York: Basic Books.
- Gjødtsbøl, I.M., L. Koch & Mette Nordahl Svendsen
2017 Resisting Decay. Disposing (of) and (Re)valuing People with Late Stage Dementia in the Nursing Home. *Social Science and Medicine* 184(July):116-23.
- Grew, J. & Mette Nordahl Svendsen
2017 Wireless Patients and the Quantified Self. *Body and Society* 23(1):64-90.
- Haggerty K.D. & R. V. Ericson.
2000 The Surveillant Assemblage. *British Journal of Sociology* 51(4):605-22.
- Hansen, L.
2002 Sustaining Sovereignty. The Danish Approach to Europe. In: L. Hansen & O. Væver (eds): *European Integration and National Identity*. London: Routledge.
- Haraway, D.
2008 When Species Meet. Minneapolis: University of Minnesota Press
- Hinterberger, A. & N. Porter
2015 Genomic and Viral Sovereignty. Tethering the Materials of Global Biomedicine. *Public Culture* 27(2 (76)):361-86.
- Høyer, Klaus
2013 Exchanging Human Bodily Material. Rethinking Bodies and Markets. Dordrecht: Springer.
- Inhorn, M.C. & E. A. Wentzell
2012 Medical Anthropology at the Intersections. Histories, Activisms, and Futures. Durham: Duke University Press.
- Jenkins, R.
2011 Being Danish. Paradoxes of Identity in Everyday Life. København: Museum Tusulanum Press.
- Jensen, H.J.
2016 Derfra vores verden går. Essays om fædrelandskærlighed. København: Kristeligt Dagblads Forlag.
- Jensen, Jacob H.
2017 Lægeforening advarer: Staten vil tage din DNA uden at spørge dig. *Ekstra Bladet* 3. december.
- Kapferer, Bruce
1991 A Celebration of Demons. Exorcism and the Aesthetics of Healing in Sri Lanka. Oxford: Berg Publishers
- Kaufman, S.
2005 And a Time to Die. How American Hospitals Shape the End of Life. Chicago: Chicago University Press.
2015 Ordinary Medicine. Extraordinary Treatments, Longer Lives, and Where to Draw the Line. Durham: Duke University Press.

- Kirksey, S. & S. Helmreich
2010 The Emergence of Multispecies Ethnography. *Cultural Anthropology* 25(4):545-76.
- Koch, Lene
2014 *Racehygiejne i Danmark 1920-1956*. København: Informations Forlag.
- Kuan, T. & L. Grøn
2017 Introduction to »Moral and (Other) Laboratories«. *Culture, Medicine and Psychiatry* 41(2):185-201.
- Lambek, M.
2015 *The Ethical Condition. Essays on Action, Person, and Value*. Chicago: Chicago University Press.
- Landecker, H.
2011 Food as Exposure. *Nutritional Epigenetics and the New Metabolism*. *Biosocieties* 6(2):167-94.
2013 Post-industrial Metabolism. *Fat Knowledge*. *Public Culture* 25(3):495-522.
- Law, J. & A. Mol
2008 Globalisation in Practice. On the Politics of Boiling Pigswill. *GeoForum* 39(1): 133-43.
- Lock, M.
2001 *Twice Dead. Organ Transplants and the Reinvention of Death*. Berkeley: University of California Press.
- Lyon, D.
2007 *Surveillance Studies. An Overview*. Cambridge: Polity Press.
- Mauss, Marcel
1985 [1938] A Category of the Human Mind. The Notion of Person; the Notion of Self. In: M. Carrithers, S. Collins & S. Lukes (eds): *The Category of the Person*. *Anthropology, Philosophy, History*. Pp. 1-25. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mattingly, C.
2013 *Moral Laboratories. Family Peril and the Struggle for a Good Life*. Oakland: University of California Press.
- Mead, Margaret
1977 [1928] *Coming of Age in Samoa*. New York: Penguin Books
- Morgan, L.
2009 *Icons of Life. A Cultural History of Human Embryos*. Berkeley: University of California Press.
- Navne, L.E. & Mette Nordahl Svendsen.
2017 Careography. Staff Experiences of Navigating Decisions in Neonatology in Denmark. *Medical Anthropology*. Først online 4. april 2017. Doi:10.1080/01459740.2017.1313841.
- Prainsack, B.
2017 *Personalized Medicine. Who Does it Empower?* New York: New York University Press.

- Rapp, R.
1999 Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America. New York: Routledge.
- Reardon, J.
2017 The Post-Genomic Condition. Ethics, Justice and Knowledge after the Genome. Chicago: Chicago University Press.
- Sharp, L.A.
2013 The Transplant Imaginary. Mechanical Hearts, Animal Parts and Moral Thinking in Highly Experimental Science. Berkeley: University of California Press.
- Solomon, H.
2016 Metabolic Living. Food, Fat, and the Absorption of Illness in India. Durham: Duke University Press.
- Straka, Rasmus & Sebastian Kjeldtoft
2018 Kritik: Dna-projekt er højrisikabelt for hele den danske befolkning. Politiken 25. februar.
- Strathern, Marilyn
1992 After Nature. English Kinship in the Late Twentieth Century. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sundheds- og Ældreministeriet & Danske Regioner
2016 Personlig medicin til gavn for patienterne. København: Sundheds- og Ældreministeriet.
- Svendsen, Mette Nordahl
2008 Kritisk engageret videnskab. Erfaringer fra forskning i gen- og forplantningsteknologier. Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund 10.
2011 Articulating Potentiality. Notes on the Delineation of the Blank Figure in Human Embryonic Stem Cell Research. Cultural Anthropology 26(3):414-37.
2015 Selective Reproduction. Social and Temporal Imaginaries for Negotiating the Value of Life in Human and Animal Neonates. Medical Anthropology Quarterly 29(2):178-95.
2017 Pigs in Public Health. Critical Public Health 27(3):384-90.
2018 The “Me” in “We”. Anthropological Engagements with Personalized Medicine. Encounters 10(5):2-26.
- Svendsen, Mette Nordahl & Lene Koch
2008 Unpacking the “Spare Embryo”. Facilitating Stem Cell Research in a Moral Landscape. Social Studies of Science 38(1):93-110.
2013 Potentializing the Research Piglet in Experimental Neonatal Research. Current Anthropology 54(supplement 7):118-28.
- Svendsen, Mette Nordahl, I.M. Gjødsbøl, M.S. Dam & L.E. Navne.
2017 Humanity at the Edge. The Moral Laboratory of Feeding Precarious Lives. Culture, Medicine, and Psychiatry 41:202-23.
- Svendsen, Mette Nordahl, L.E. Navne, I.M. Gjødsbøl, I.M. & M.S. Dam
2018 A Life Worth Living. Temporality, Care and Personhood. American Ethnologist 45(1):20-33.
- Squier, S.M.
2004 Liminal Lives. Imagining the Human and the Frontiers of Biomedicine. Durham, NC: Duke University Press.

- Taylor, Janelle S.
 2008a The Public Life of the Fetal Sonogram. Technology Consumption, and the Politics of Reproduction. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
 2008b On Recognition, Caring, and Dementia. *Medical Anthropology Quarterly* 22(4): 313-35.
- Thompson, C.
 2013 Good Science. The Ethical Choreography of Stem Cell Research. Cambridge: MIT Press.
- Tsing, A.L.
 2015 The Mushroom at the End of the World. On the Possibility of Life in Capitalist Ruins. Princeton: Princeton University Press.
- Tupasela, A.
 2017 Populations as Brands in Medial Research. Placing Genes on the Global Genetic Atlas. *Biosocieties* 1:47-65.
- Turner, Victor
 1967 The Forest of Symbols. Aspects of Ndembu Ritual. Ithaca, NY: Cornell University Press.
 1969 The Ritual Process. Structure and Anti-Structure. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Tutton, R.
 2014 Genomics and the Reimagining of Personalized Medicine. Surrey: Ashgate.
- Trägårdh, Lars
 2002 Sweden and the EU. Welfare State Nationalism and the Spectre of Europe. In: L. Hansen & O. Væver (eds): *European Integration and National Identity*. London: Routledge.
 2010 Rethinking the Nordic Welfare State through a Neo-Hegelian Theory of State and Civil Society. *Journal of Political Ideologies* 15(3):227-39.
- Verdery, K.
 1999 The Political Lives of Dead Bodies. Reburial and Postsocialist Change. New York: Columbia University Press.
- Wilson, E.A.
 2015 Gut Feminism. Durham: Duke University Press.
- Wool, Z.H.
 2015 After War. The Weight of Life at Walter Reed. Durham: Duke University Press.

