

# INTERVIEWSAMTALE

## MEDICINSK ANTROPOLOGI

Fra kanon til blæksprutte

En samtale om den medicinske antropologis udvikling og aktualitet med Mette Nordahl Svendsen og Klaus Høyer, faciliteret og redigeret af Henriette List, Perle Møhl og Dorthe Brogård Kristensen

På Institut for Folkesundhed på Københavns Universitet møder vi to medicinske antropologer til en samtale om det medicinske antropologiske felts udvikling og aktualitet. Ifølge Mette Nordahl Svendsen og Klaus Høyer har feltet undergået store forandringer siden dets etablering for et halvt hundrede år siden. Fra at være et felt med en kanonlitteratur orienterer medicinske antropologer sig i dag mod mange forskellige felter som „en blæksprutte med mange arme“. Grundpræmissen for medicinsk antropologi er dog fortsat det interdisciplinære samarbejde, og medicinske antropologer er fortsat optaget af at udforske og udfordre grænser mellem liv og død, mellem mennesker og dyr, kroppe og teknologier og, ikke mindst, mellem individ og samfund. Ifølge Mette og Klaus er medicinsk antropologi en mere aktuel diskussionspartner for samfundet end nogensinde før, hvor logikker om sygdom og sundhed præger vores eksistens mere og mere, og hvor sundhedsteknologier bliver mere og mere betydningsfulde og formende aktører.

*Perle: Allererst, kan I beskrive det generelle felt, medicinsk antropologi, og hvilken retninger det bevæger sig i aktuelt?*

*Mette:* Jeg synes, det er sådan et fantastisk spændende felt at være i. Hvis man tænker på dengang, da det startede med Mary Douglas, der var kroppen en spejling af samfundet. Samfundet foregik et andet sted, og så kunne det spejles i kroppen. Og nu føler man jo, at når det handler om krop og medicin, så er det faktisk der, nogle af de drivende kræfter i samfundet udspiller sig og bliver formende for rigtig mange domæner. Så det spændende ved den medicinske antro-

pologi er, at den har alle de forbindelser ud til økonomi, transnationale, globale bevægelser, selve menneskets eksistens, følelser, emotioner, affekter. Og også forbindelser til alle de liminale eksistenser, jeg har arbejdet rigtig meget med, i form af det semimenneskelige, det, som er på kanten af det menneskelige, om det er embryoner eller stamceller eller fostre, grise, for tidligt fødte børn – forskellige former for liv, der er kommet til kraft af teknologi og videnskab. Så teknologierne har også i de empiriske felter været formende for, hvordan vi overhovedet kan forstå det menneskelige. Analytisk har medicinsk antropologi været med til at sætte spørgsmålstejn ved alle de grænser, som vi troede var nogle ontologiske størrelser, vi bare tog for givet, mellem liv og død, mellem dyr og menneske, mellem teknologi og krop, ja, og mellem individ og samfund – mange af de der grænser, som antropologien egentlig er bygget op omkring. Dialogerne med andre felter gør det også til et spændende sted at være. Vi har jo været meget involveret i Science and Technology-studies, og jeg tror, at hvis man arbejdede i det globale syd, var man måske i forbindelse med nogle andre felter. Det er, som om den medicinske antropologi altid har haft de der åbne døre ud til andre dele af antropologien og også andre fagfelter og stået i samtaler, som jo har været formende for den måde, vi kan tænke krop og medicin på. Noget andet, jeg synes er spændende lige nu, er hele forbindelsen til „environmental humanities“ (miljøhumaniora).

*Perle: Kan du komme med nogle eksempler?*

*Mette:* I min seneste forskning har „bio“, altså den biologiske organisme, været udgangspunktet for det, jeg kiggede på. Jeg har haft en interesse for alle de eksistentielle og politiske spørgsmål i forbindelse med at skabe og forlænge liv med medicinsk teknologi. Jeg har udforsket grænsen mellem det biologiske og det teknologiske. Når jeg nu tænker på alt det, jeg har beskæftiget mig med, synes jeg måske, at jeg har været bred i min tilgang til liv, med embryoner og fostre og grise og demente og for tidligt fødte børn og genomer og data. Men på den anden side tager alle de eksistenser udgangspunkt i en celle, der kan fødes, vokse, reproducere sig selv og dø. Og der begynder man nu at se, at biologien hele tiden hænger sammen med noget, der ikke er biologi. Altså for eksempel økosystemer og klipper og bjerge og have og ...

*Klaus:* Og brændselsmotorer.

*Mette:* Og brændselsmotorer og alt muligt. Så når jeg har arbejdet med alt fra grise til for tidligt fødte børn til demente – så er de alle eksistenser, der kan fødes, vokse, reproducere sig selv og dø. Og hvordan skal vi begynde at tænke på dét i et større planetært perspektiv? Med udgangspunkt i environmental humani-

ties skal vi så ikke begynde at tænke, at enhver interaktion, enhver intervention på liv, også er en intervention på planet og jord?

*Klaus:* Post-antropos antropologi.

*Mette:* Ja, det er sådan et lidt nyt felt, og det er spændende at være der, i grænsfeltet mellem det, man kunne kalde medicinsk antropologi, og så sådan et felt som environmental humanities. Men det er jo en ny måde at tænke på liv på – det er rimelig svært. Også bare at finde tekster til undervisning.

*Klaus:* Det, du beskriver, er jo også en antropologi, der er gået fra at have medicinsk antropologi som et ret veldefineret felt, som havde en kernelitteratur, hvor man var enige om sin „kanon“ og sin genstand, ikke? At menneskets oplevelse af sygdom og sundhed var et kernefelt. Så vi ser et felt, der er begyndt at komme til syne mellem en masse andre. Lige pludselig går nogle mod digital sundhed, nogle går til dyrestudier, og nogle går til environmental humanities, og på den måde får den medicinske antropologi en masse felter, der ikke længere orienterer sig mod den samme kerne, men mod en masse forskellige andre felter. Og det er i substansen, altså genstandsfeltet. Men samtidig sker der også nogle ændringer i måderne, som vi arbejder med det på. For eksempel at nogle arbejder meget sammen med aktivister, altså, at nogle er blevet meget mere politiske, mens andre dele af medicinsk antropologi er gået sammen med designantropologi og går tættere på at udvikle konkrete teknologier i samspil med kommercielle interesser. Så vi ser også nogle splittelser i måderne at arbejde på, hvor vi ikke længere nødvendigvis orienterer os mod den samme kerne. Altså, både genstandsfelterne og i måderne at arbejde på, og hvor vi også er mere politisk orienteret.

*Mette:* Det er også noget, der faktisk gør det så spændende, fordi man hele tiden er i eller kan stille sig i forskellige skæringspunkter.

*Klaus:* Og vi kan jo selv godt lide at rykke os mellem dem. Jeg synes heller ikke, at jeg føler mig låst til et sted. Altså, jeg føler godt, at jeg kan lave noget, der er både aktivistisk-politisk og noget, som er tættere på teknologiudviklerne, uden at jeg skal være den ene eller den anden hele vejen igennem.

*Henriette:* Er det noget, der er særligt karakteristisk for den medicinske antropologi, eller er det måske hele det antropologiske felt?

*Mette:* Man kan i hvert fald sige, at helt fra start har den medicinske antropologi skullet indgå i tværdisciplinære samarbejder. Hvis man tænker på Arthur Kleinman, der var læge og antropolog og arbejdede for at få patientens perspektiv

ind i klinikken eller psykiatrien, så er det i hvert fald en del af den medicinske antropologis DNA.

*Klaus:* Og ofte er det simpelthen også en betingelse, fordi der er gatekeepere og sådan nogle ting. Så vi er født igennem samarbejder i vores akademiske projekter.

*Mette:* Og har så mange forskellige modtagere for det, vi laver, og dem, vi skriver til.

*Henriette:* Nu siger I, at det er tæt integreret, det her med samarbejde. Hvem samarbejder I med, når I laver medicinsk antropologi?

*Klaus:* Først og fremmest er det ofte klinikere, som man arbejder sammen med. Og så er der mange, der arbejder tættere sammen med teknologiudviklere, der laver teknologi, der på en eller anden måde skal ud og arbejde for folk. Så er der rigtig mange, der arbejder sammen med forskellige former for aktivister. Patientaktivister og altså hele det felt af folk, der mobiliserer sig online og på andre måder.

*Mette:* Og så administratorer, altså forvaltere. Ikke mindst når man bliver inviteret til at deltage i etiske komiteer, som vi er blevet forskellige steder. Så det er et virkelig bredt udsnit af samfundet.

*Klaus:* Jeg vil sige, at det er stort set alle dele af samfundsvidenskaberne, som jeg har haft samarbejdsfelter med. Jeg tror ikke, at der er noget institut på KU, som jeg ikke på et eller andet tidspunkt har haft noget med at gøre. Så på den måde er medicinsk antropologi jo sådan en, hvad skal man sige, en blæksprutte med mange arme.

*Mette:* Ja, og virkelig mange fagligheder – medicinere, veterinærer, ingeniører, sygeplejersker, pædagoger, jurister. Det er mange fagligheder, så det bliver også en del af feltarbejdet at kunne være i de der samarbejdsrelationer. Og når vi undersøger videnskabelige praksisser, betyder det også, at vores informanter jo samtidig er vores kolleger. Så der er mange samtidige identiteter i rummet.

*Perle:* Man zoomer lidt ud fra det underforståede empiriske objekt.

*Klaus:* For eksempel da Dorte Brogård Kristensen og jeg sad med den der editoropgave på *The Anthropology of Technology*, så sad vi jo hele tiden med den der oplevelse af, at det var sindssygt svært for os at huske, hvem der var antropologer. Når vi skulle tænke over, hvem vi skulle invitere til forskellige ting, kom vi til at tænke på nogen. Og så tænkte vi, nårh nej, måske er de ikke an-

tropologer. Det siger på en eller anden måde noget om, hvor lidt vi er vant til at tænke i en antropologisk identitet.

*Mette:* Men det er jo også enormt befriende, at man ikke skal tænke på kun at orientere sig i forhold til antropologer. Altså også analytisk, at man kan trække på så mange ressourcer, så mange måder at tænke på og idéer, som ikke er født i antropologien.

*Dorthe:* Det kunne også være spændende at høre, om I oplever, at jeres professionelle identitet som antropolog, når I kommer ud i feltet, har forandret sig. Altså, den måde, som I bliver opfattet på af for eksempel klinikere og læger, og de typer samarbejder. Er der sket en udvikling eller forandring i det?

*Klaus:* Jeg tror, der er noget unikt også ved, at Mette og jeg, vi sidder på Institut for Folkesundhedsvidenskab. Det vil sige, at folk ser allerede flere kasketter, når vi kommer. Og hvilken en af dem der så bliver den relevante i samtalen, kan nogle gange være lidt tilfældigt. Jeg oplever absolut ikke, at det er en hindring at have en antropologisk baggrund, men det er heller ikke altid, at den bliver italesat. Altså, fordi nogle gange er vi lige så meget sundhedstjenesteforskere.

*Mette:* Men det er rigtigt nok. Antropologi siger folk noget, så det er en rar identitet at placere sig i. Der er sådan en klar fornemmelse af at, O.K., så ved du noget om samfund og kultur. Men derfor kan det stadig være eksotisk for folk. Jeg begyndte lige at samarbejde med nogle quinoaplantegenetikere, og jeg tror, at de synes, det virkelig er eksotisk. I det mere klassiske kliniske miljø er det derimod ret etableret.

*Perle:* I har allerede snakket en hel del om, at den medicinske antropologi er funderet i det tværdisciplinære. Er det noget, der adskiller den fra andre antropologiske felter, der måske definerer sig mere ud fra deres objekter, det, de studerer, for eksempel migration eller teknologi?

*Mette:* Dengang antropologerne kom ind i klinikken, der handlede det meget om at forstå, hvad der foregik i den her sammenhæng: Hvad er lægens perspektiv, hvad er patientens perspektiv, og hvilke livsverdener hænger det sammen med? Det virkelig spændende studie nu i medicinsk antropologi er den politiske og moralske økonomi, som de verdener er en del af. Det, tænker jeg, er en bevægelse, der også er sket i hele antropologien. Så hvis det handler om udviklingen af et lægemiddel eller en teknologi, er det jo også hele fødekæden tilbage til de sjældne jordarter i minerne i Congo eller DNA fra en plante i Sydafrika, eller hvor det nu er.

*Klaus:* Det kunne være en hypotese, at det også gælder for andre dele af antropologien, at der er flere, der arbejder mere aktivistisk og sammen med folk, der har en politisk agenda. Så er der nok en større grad af den medicinske antropologi, som også er gået den anden vej ved at arbejde tættere sammen med teknologiudviklere. Og det split, det giver i, at man måske nogle gange ikke læser hinandens tekster mere, fordi man er blevet forskellig i den måde, man positionerer sig på. Måske er jeg ikke opmærksom nok på, hvor meget designantropologien præger folk, der arbejder med alle mulige andre felter. I hvert fald tænker jeg, at måden, man arbejder med aktivisme på, nok præger rigtig mange felter inden for antropologien. Men jeg er lidt i tvivl om, hvorvidt det andet træk over imod at være teknologiudviklende er mere karakteristisk for medicinsk antropologi.

*Mette:* Når man kigger på for eksempel amerikansk antropologi, som er aktivistisk og også identitetspolitisk, er det et nyt område. Klaus og jeg arbejder jo meget inden for en europæisk sammenhæng. Men hvis vi lavede feltarbejde forskellige andre steder i verden, så skal man gøre det på nogle nye måder nu i forhold til adgang, og hvem man samarbejder med, og hvem der kommer med på publikationen.

*Henriette:* *Jeg får også lyst til at spørge, når du taler om amerikansk antropologi og europæisk antropologi, om der stadig er forskellige tendenser inden for medicinsk antropologi, eller hvordan fungerer det?*

*Klaus:* Jo, det er der.

*Mette:* Det er sådan, at man kan læse en artikel og genkende den position, den bliver skrevet fra. Da jeg begyndte at skrive mine første artikler som adjunkt, beskrev jeg den danske kontekst uden at skrive noget om etnicitet og race. Det blev påpeget af reviewere, som sandsynligvis var amerikanske reviewere. Der var en opmærksomhed på de vilkår, som skulle installeres i vores artikler. Det blev også peget på som en blindhed, vi havde, når vi ikke lagde vægt på det. Det siger jo noget om, hvordan viden er positioneret, og hvordan man kan have forskellige dagsordener forskellige steder.

*Perle:* *Skal vi se lidt på det samfundsaktuelle? Hvis man sådan over en bred kam kunne tale om den medicinske antropologis samfundsaktuelle værdi, hvor kan den gå ind og være en løftestang?*

*Klaus:* Jeg synes, det er svært spørgsmål. På den ene side synes jeg, at det er så åbenlyst vigtigt, at vi er der og er med til at løfte stemmer frem, som er blevet tavse. I forhold til områder, hvor der er så enorm diversitet i, hvilke typer behov folk har. Og hvor vi lige nu ser alle mulige forsøg på at standardisere og

harmonisere med digitale teknologier. Og vi bliver ved med at minde om den menneskelige diversitet. Og vi bliver ved med at vise, at der er stemmer, der ikke er blevet hørt. At der er skæbner, der ikke bliver set. Og vi bliver ved med at være opmærksomme på alle de måder, mennesker er i verden på som mennesker. På tidspunkter, hvor patienterne i større og større grad bliver repræsenteret med data eller set som nogen, der skal kunne favnes med data. Der har vi nogle grundredskaber, som er vigtigere end nogensinde før. Fordi vores sundhedssystemer i den grad arbejder mod en automatisering, som kun kan fungere, hvis vi hele tiden husker den menneskelige diversitet.

*Mette:* Også de nye måder at blive menneske på, som opstår med nye vidensformer og nye teknologier. Og grænsefladen mellem det biologiske og teknologiske, som udvikler sig. At vi er i stand til, i kraft af at vi har grundredskaber fra antropologien, at udforske og sætte spørgsmålstejn ved det selvfølgelig. Det er også vanvittigt vigtigt i en sundhedsfelt, hvor forlængelse af menneskeliv er så stærk en værdi og en motor, der driver store forskningsfelter og økonomier. At kunne træde ind og huske det, man nærmest lærte på første, andet, tredje semester: at have en opmærksomhed på at stille sig et andet sted, så man kan se på det, der sker, på nye måder. At kunne artikulere det eller sætte spørgsmålstejn ved det og forstå, hvordan dominerende logikker bliver formende for menneskers liv. Min egen interesse for det med planeten begyndte med en interesse for det usynlige. Jeg har de seneste år undersøgt højteknologiske felter med genetik og personlig medicin, der rejser ind i forskellige dele af sundhedsvæsenet og ikke længere er en niche, men kommer ind i kardiologien, onkologien, diabetesfeltet, psykiatrien. Personlig medicin bliver en ny måde at forstå sygdom på og bliver formende for måder, man ser krop og behandling og liv på. Det er dyre behandlinger, og det handler om at forlænge menneskelivet. Og samtidig er der klimakrise og en offentlig diskussion om jordens begrænsede ressourcer, men det er fuldstændig usynligt i det her felt. Selvom det er illegitimt at stille det spørgsmål til ambitionen om at forlænge menneskeliv, så er der jo brug for antropologer, der tør det: Skal vi overhovedet investere i disse teknologier? Hvad er konsekvenserne af det både ressourcemæssigt og i forhold til global ulighed? Men det er et svært projekt at kigge på, at se, hvordan tavsheden produceres. Men det er noget af det, vi kan, apropos de tavse stemmer.

*Klaus:* Jeg sidder med et tilsvarende eksempel for tiden: Jeg har lige holdt oplæg for stamcelleforskere, som udvikler sindssygt dyre nye behandlinger. Jeg prøver at sige, at hvis vi ser på, hvordan penge i vores samfund bliver brugt, at flere og flere af dem bliver brugt på sundhed, og en mindre del af dem bliver brugt på uddannelser og social service, så vil det sige, at vi på mange måder betaler for

sundhed med uddannelse og velfærd, som egentlig er det, der bedst reducerer ulighed i sundhed. Og det gør vi for at kunne betale for stadig dyrere behandlinger. Kan vi tænke over, om der er en øvre grænse for, hvad det må koste? Og kan vi gøre noget andet, når vi udvikler vores teknologier? Med stamceller står du nogle gange et sted, hvor du kan tænke: Skal jeg lave lægemiddelscreeningsmodeller, eller skal jeg lave behandlinger? Og lægemiddelscreening kan reducere udgiften til ny medicin, og behandlinger kan blive sindssygt dyre. Altså, kan bevidstheden om det samfund, vores teknologier skal operere i, være med til meget tidligere i processen at forme, hvad vi vil med vores nye teknologier? I forbindelse med pandemien så vi jo også meget tydeligt, at der er nogle mennesker, der orienterer sig mod nogle helt andre former for autoritet. Nogle andre måder at forstå på, hvilke værdier der er væsentlige i forhold til sundhed. Og den der form for tvedeling eller mangleformede deling i vores samfund skaber nogle enorme udfordringer for vores sundhedsvæsen fremover, men også for vores samfund som noget, der hænger sammen. Og der tror jeg, at nogle af de der tidlige-semester-antropologiske indsigter, der handler om at være den bro, der gør det fremmede kendt og det kendte fremmed, kan være nyttige. At få os til at se, at nogle af dem, som vi tænker på som rationelle, jo i virkeligheden ikke er specielt meget mere rationelle end dem, vi siger er irrationelle. At vise paralleliteterne i de måder, vi tænker på, er med til at skabe en god bund for at bringe mennesker i respektfuld dialog med hinanden. Og der tror jeg også, at helt klassiske tilgange i antropologien er højaktuelle, fordi de adresserer nogle af de største udfordringer, vi står over for som samfund, med mennesker, der føler, de simpelthen lever på hver deres planet.

*Henriette: Hvad er det for nogle klassiske problemstillinger?*

*Klaus:* Altså i forhold til det med umiddelbart at tænke, at du er en anden og fremmed og sådan nogle ting. At vise paralleliteten i de måder, vi når til vores beslutninger på, hvad enten vi støtter regeringens restriktioner, eller vi ikke gør. At prøve at vise, at det egentlig ikke er så fremmed, det, de gør.

*Perle: Altså rationaliteterne i anti-vax, for eksempel?*

*Klaus:* Ja, sådan nogle ting. Og det, tror jeg også, er med til at gøre, at der er nogle mennesker, som ellers føler sig mere og mere marginale, der igen kan føle, at de er med i en dialog. Det er jo ikke nyt for antropologien at prøve at forstå mennesker, der er blevet marginaliserede. Men det er mere vigtigt måske, end det har været i lang tid, når vi ser sådan en stigende tvedeling i vores samfund. Og en politisering, at de er irrationelle og forkerte.



*Mette:* Ja, det er jo det, som antropologer kan, følge de logikker og forstå dem indefra – hvordan de lever i forskellige sammenhænge og også sameksisterer med andre forståelser af verden.

*Perle:* Her tænker jeg også på *personaliseret medicin, som sameksisterer med logikken om standardiserede behandlingsformer.*

*Mette:* Ja, de er jo fuldstændig spundet ind i hinanden. Man har kun det personlige i kraft af viden om og data fra store befolkninger. Og det er det, jeg synes har været spændende ved den personlige medicin. At se på, hvordan personen konfigureres, og hvad det er for nogle fællesskaber, der opstår i den praksis. Fordi individ og kollektiv konstitueres samtidig.

*Henriette:* *Det kan være, at vi her som det sidste bare lige skal høre lidt om, hvad I selv arbejder med aktuelt.*

*Mette:* Jeg undersøger personlig medicin og den måde, den nye teknologi introduceres på i forskellige medicinske felter og bliver formende for diagnostik og behandling og professionelle og patienters liv. Og den forståelse af både person og kollektiv, der opstår i den proces. Og så håber jeg, at det der med forbindelsen til planeten ligger et sted derude i fremtiden. Det projekt er stadig under udvikling.

*Klaus:* Og jeg er fortsat optaget af de måder, som vi lever på med især digitale teknologier og dataintensitet som konsekvens af, at vi har digitaliseret vores omgang med sundhed i en sådan grad. Jeg er optaget af, hvordan vi opfatter digitale teknologier som menneskekroppe og ikke som tænkende, analytiske, semicomputerhjerners, men som mennesker. Det er ét spor i min forskning. Og så er jeg selv ved at opbygge et nyt spor, som jeg nævnte før, med at arbejde sammen med stamcelleforskere. Og tænke i, hvordan vi kan indarbejde social bevidsthed og bevidsthed om social bæredygtighed meget tidligere i forskningen. Hvordan kan vi bringe patientstemmer helt ind i laboratoriet? Og snakke med folk om det. Snakke med forskerne: Hvad tænker I, der er brug for, for at skabe evidens for jeres teknologi? Og så snakke med patienterne: Hvilke krav stiller det til jer? Er det overhovedet realistisk? Det vil sige prøve at lave en meget tidligere indarbejdning af de værdier, som præger de mennesker, for hvem vi siger, at vi vil lave teknologier. I stedet for at tænke, at nu laver vi lige teknologien færdig og så prøve at skyde den ud i befolkningen bagefter.

*Perle:* *Så har I jo også cellen til fælles. Og stamcellen er i sig selv et utroligt interessant begreb, fordi den kan blive til alt.*

*Klaus:* Ja, vi bliver jo ved med også at interessere os for det der grundlæggende. Der tror jeg, vi begge to er grundforskere, på den måde. Vi har masser af anvendte outputs og mennesker, der booker møder med os for at få feedback på deres ny strategi og alt sådan noget. Det er ikke sådan, at det er esoterisk. Men jeg tror, at vi bliver relevante diskussionspartnere for dem, fordi vi også insisterer på at være grundforskere. Og netop prøver at snakke om, om det ændrer måderne, vi tænker om vores krop på, når vi bruger stamceller. Altså vores ontologi som mennesker. Jeg tror, vi bliver mere interessante samtalepartnere i det anvendte perspektiv, fordi vi ikke kun prøver at være nyttige. Fordi vi insisterer på at være nysgerrige.

*Mette:* Og netop ikke nødvendigvis bliver inden for en gængs forståelse af problemet, der peger på en bestemt løsning, men er parate til at gå til problemet på helt andre måder.

*Klaus:* Og bliver ved med at spørge, løsning for hvem? I forhold til hvilke kriterier? Er I sikre på, at det er det, I vil?

*Mette:* Og hele tiden insistere på at stille sig et andet sted med nogle andre logikker end dem, der eksisterer i feltet selv. Det er det, der er det fede ved at være på universitet, og derfor er vi ikke ude i en konsulentvirksomhed eller noget andet. Det er den der form for forskningshøjde, der skal være.

*Klaus:* Og som jeg synes, at vi hele tiden mærker, at folk ser behovet for. Det ses som nyttigt, når du er i konkrete samarbejdsrelationer med mennesker og dem, der skriver til os, og hospitalsledelser. Folk, der sidder med stort ansvar for at implementere ting, kan godt lide at have samarbejdsaftaler, hvor de får et lille fortroligt rum, hvor de kan vende ting.

*Mette:* Og selv bliver udfordret lidt på deres måder at forstå verden på.

*Perle:* Fantastisk. Så kom vi jo faktisk tilbage til både det samfundsaktuelle og det særlige, vi har snakket om her i jeres egne felter.

*Henriette:* Jeg tænker, at vi er nået til vejs ende.

## Deltagerne

**Mette Nordahl Svendsen** er professor i medicinsk antropologi ved Institut for Folkesundhed på Københavns Universitet. Mette forsker i de etiske, sociale og eksistentielle aspekter af ny medicinsk teknologi og videnskab. Hun er blandt

andet leder af forskningsprojektet „Personalized Medicine in the Welfare State“ om, hvordan personaliseret medicin udfordrer eksisterende etiske, organisatoriske og juridiske rammer i sundhed.

**Klaus Høyer** er antropolog og professor i medicinske videnskabs- og teknologistudier ved Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet. Klaus forsker blandt andet i datapolitik og sociale implikationer af stamcelleforskning. Han er aktuelt leder af forskningsprojektet „Data spaces“ og er aktuell med bogen *Data Paradoxes. The Politics of Intensified Data Sourcing in Healthcare* (MIT Press 2023).

**Henriette List** er uddannet antropolog fra Københavns Universitet og ph.d.-studerende ved Syddansk Universitet, hvor hun forsker i sundhedsprofessionel-les tværfaglige samarbejde om behandlingsbeslutninger til kræftpatienter på de danske hospitaler.

**Perle Møhl** er antropolog og lektor ved Syddansk Universitet. Hun forsker aktuelt i samspillet mellem kunstig intelligens og radiologers sensoriske ekspertise i brystkræftscreening samt i værdier og forestillinger forbundet med brugen af kunstig intelligens i radiologi, grænsekontrol og brugerovervågning.

**Dorthe Brogård Kristensen** er antropolog og professor ved Syddansk Universitet.

