

Sygdommens rum

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 18, 2013

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 18: Sygdommens rum

© 2013 forfatterne og udgiverne.

Redaktion:

Mette Bech Risør (ansv.), Forskningsenheden for Almen Praksis, Universitetet i Tromsø
Torsten Risør, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Universitetet i Tromsø
Gitte Wind, Institut for Kultur og Samfund - Antropologi, Aarhus Universitet
Ann Dorrit Guassora, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet
Susanne Rentvlow, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet
Rikke Sand Andersen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet
Claus Bossen, Institut for Medie- og Informationsvidenskab, Aarhus Universitet
Helle Ploug Hansen, Helbred, Menneske og Samfund, Syddansk Universitet

Peer review: Foretages af et tværvideenskabeligt panel bestående af bl.a. læger, antropologer, filosoffer, historikere, psykologer, politologer og sociologer.

Proof: Stine Haslund Jønsson

Layout og prepress: Stine Haslund Jønsson

Tryk: Werk Offset, Højbjerg.

Udgiver:

Foreningen Medicinsk Antropologisk Forum,
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg.

Bestilling, abonnement, henvendelser og hjemmeside:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund.
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg
Tirsdag kl. 10-13, tlf. 87162063,
Email: sygdomogsamfund@hum.au.dk
Hjemmeside og artikler online:
ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sygdomsamfund/index

ISSN (tryk): 1604-3405

ISSN (online): 1904-7975

Tidsskriftet er udgivet med støtte fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation.

Formål:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund er et tværfagligt tidsskrift, der tager udgangspunkt i medicinsk antropologi. Tidsskriftet har til formål at fremme og udvikle den forskning, der ligger i grænsfeltet mellem sundhedsvidenskab og humaniora/samfundsvidenskab. Tidsskriftets målsætning er at fungere som et forum, hvor disse fag kan mødes og inspirere hinanden – epistemologisk, metodisk og teoretisk – i forskellige forskningssammenhænge. Tidsskriftet formidler den debat og teoretiske udvikling, der foregår i de voksende faglige samarbejds- og forskningsinitiativer, der udspringer af dette grænsfelt. Tidsskriftet henvender sig til alle med interesse for forskning i sygdom og samfund og i særlig grad til sundhedsmedarbejdere i forsknings- og undervisningssammenhæng med forbindelse til tværfaglige miljøer.

Aims and scopes

The Journal for Research in Sickness and Society is an interdisciplinary journal which has a theoretical background in medical anthropology. The aim and purpose of the journal is to promote and develop research in the borderland between the health sciences and the humanities/the social sciences. The goal of the journal is to function as a forum in which these disciplines may meet and inspire each other – epistemologically, methodologically and theoretically. The journal conveys the debate and theoretical development which takes place in the growing collaboration and research initiatives emerging from this borderland. The journal addresses all with an interest in research in sickness and society and especially health professionals working with education and/or research in interdisciplinary institutions.

Indhold

Torsten Risør

Introduktion 5-11

Regner Birkelund

Det æstetiske indtryks betydning for sundhed, sygdom og velvære 13-20

Tenna Doktor Olsen Tvedebrink, Anna Marie Fisker & Poul Henning Kirkegaard

Sygdommens spiserum: Har arkitekturen en overset eller glemt betydning her? 21-38

Rikke Nygaard, Mia Brandhøj, Camilla Berg Christensen & Bent Egberg Mikkelsen

Måltidets Rum – rum for sundhedsfremme? 39-65

Hanne Bess Boelsbjerg

Det hellige rum: Sjælesorgssamtaler på hospitalet 67-86

Iben Emilie Christensen & Sofie Ilsvard

Sygdom og selvopfattelse på tværs af rum 87-111

Birgitte Schepelern Johansen & Katrine Schepelern Johansen

At tæmme nydelsen - en analyse af den rumlige indretning af en dansk heroinklinik 113-134

Anne Kathrine Frandsen

Environmental qualities and patient well-being in hospital settings 135-158

Abstracts in English 159-163

Forfatterliste 165-167

Skrivevejledning 168-170

Beskrivelse af nr. 19 171

'Det hellige rum': Sjælesorgssamtaler på hospitalet

Hanne Bess Boelsbjerg

Sociologisk Institut, Københavns Universitet
hboelsbjerg@health.sdu.dk

Boelsbjerg, H. B. (2013). 'Det hellige rum': Sjælesorgssamtaler på hospitalet. *Tidskrift for forskning i Sygdom og samfund*, nr. 18, 67-86.

På de fleste danske hospitaler er der tilknyttet en præst og i enkelte tilfælde også en imam. Disse hospitalspræster og -imamer varetager samtaler med patienter og pårørende, samt superviserer flere steder personalet i forhold til etiske problemstillinger. Når samtalerne foregår én til én, omtales de som 'sjælesorgssamtaler'. Artiklen viser, hvordan disse samtaler medvirker til at skabe et rum for eksistentielle og religiøse overvejelser om sygdommens betydning. Der argumenteres i artiklen for, at dette rum optræder som 'et helligt rum'. Rummet adskiller sig fra den bio-medicinske kontekst i kraft af de ritualer og det sprog, der tages i brug, når patienten i samspil med sjælesørgeren søger at tillægge sygdommen betydning. Beskrivelsen af, hvad der foregår i sjælesorgsrummet er set fra sjælesørgerens perspektiv, da det empiriske materiale stammer fra 15 interviews med sjælesørgere¹. Dette suppleres med en kort deltagerobservation. Der gøres rede for de begrænsninger, som var forbundet med udførelsen af feltarbejde, hvilket indgår som en del af analysen af 'det hellige rum'. Ved at inddrage Batesons forståelse af 'det hellige' samt Turners ritual-forståelse, udskilles de elementer, der symbolsk viser, hvilket forståelses-rum sjælesørgeren og patienten befinder sig i. Slutteligt konkluderer artiklen, at disse sjælesorgssamtaler skaber et nyt rum for patientens oplevelse af sygdom. Det karakteristiske ved rummet er, at det giver patien-

ten mulighed for at forandre sit perspektiv på lidelsen - det er at være syg. Dette perspektivskifte sker ved at forbinde personens liv til noget andet og større end sig selv. Til selve livet, eller det, der i mange kulturer omtales som helligt.

Baggrund for sjælesorg blandt syge

I dag er der en officiel anerkendelse af, at alvorligt syge og døende patienter skal kunne modtage sjælesorg på hospitaler, uanset hvilken trosgruppering de tilhører (Det Ethiske Råd, 2002). Begrebet 'sjælesorg' stammer ellers fra den kristne tradition. Ordet kommer fra det tyske 'Seelsorge', der betyder at drage omsorg for sjælen ved at forkynde Guds ord. Begrebet har eksisteret siden oldkirken og tager afsæt i en religiøs omsorg for den enkelte ved (traditionelt set) at tale om sjælens frelse gennem syndernes forladelse og ved, mere generelt, at række ud til alle mennesker i nød (Grevbo, 2006).

Inden for islam findes der lignende opfordringer til at drage omsorg for syge og lidende. Indholdet minder om den kristne udøvelse af sjælesorg, hvor styrkelsen af troen står i centrum. Trods det er disse trosmotiverede handlinger ikke samlet i et enkelt koncept, selvom der er tiltag til dette inden for islam i en vestlig kontekst (Baig, 2007; Ahmed, 2011). Fælles for den kristne og muslimske baggrund for at bedrive sjælesorg blandt syge er bestræbelsen på at lette deres lidelser gennem opmuntring, åndelig og teologisk vejledning, forbøn og andre former for omsorg og pleje med udgangspunkt i religiøse forbilleder (ibid.). Sjælesorg er derfor en aktiv form for trosudøvelse, hvilket understreges af tilknytningen til et trossamfund (Grevbo, 2006). I tilfældet med hospitalspræsten er denne som oftest ansat under kirkeministeriet og udøver derved officielt en gejstlig funktion på stedet², selvom der findes ordninger, hvor hospitalet bidrager til sjælesørgerens løn.

Til trods for at troen for mange patienter ikke længere spiller en central rolle i hverdagslivet, viser en religionssociologisk undersøgelse på Rigshospitalet, at en relativ stor del oplever en intensivering af deres eksistentielle overvejelser under indlæggelse samt en øgning i religiøs adfærd (Ausker et al. 2009). I tråd med det vurderer de sundhedsfaglige, at deres henvisninger til hospitalspræsten er støt stigende (Gehlert, 2009). Der foreligger imidlertid ingen officiel statistik for sundhedspersonalets henvisninger, hvilket kan skyldes, at der er tavshedspligt i forbindelse med sjælesorgssamtalen.

Sjælesorg er at betragte som en institutionaliseret form for åndelig og eksistentiel omsorg³, som patienter, uanset hvorvidt de opfatter sig selv som troende, får tilbudt. Det, at modtage sjælesorg, afhænger ikke nødvendigvis af, hvorvidt man

bekender sig til den religion, som sjælesørgeren repræsenterer, men snarere at patienten giver udtryk for et behov for at dele sine eksistentielle og eventuelt religiøse overvejelser med en tillidsvækkende og kompetent person. Men hvilke konsekvenser dette møde har for den enkelte patient er endnu ikke blevet forskningsmæssigt dokumenteret.

Dette skyldes ifølge McCurdy (2002) tre forhold: 1. En tendens blandt præster til at modsætte sig forskning i sjælesorg, da man frygter en reduktionistisk tilgang fra videnskabeligt hold. 2: En udtrykt skepsis overfor, hvorvidt det er muligt at indfange sjælesorgssamtalens kvaliteter gennem fx spørgeskemaer. 3: En antagelse af, at selve udforskningen vil indvirke på sjælesorgssamtalen, der finder sted og derfor ikke er etisk forsvarlig. I en oversigtsartikel over den internationale forskning i sjælesorg i relation til sundhedssektoren gør Weaver et al. (2008) ligeledes opmærksom på disse tre beskrevne forbehold. De tilføjer, at det sundhedsfaglige felt er præget af, at alle handlinger ideelt set er evidensbaserede. Derved bliver det svært at opnå en anerkendelse af sin viden, når man beskæftiger sig med religiøs vejledning i en medicinsk kontekst. Kravet om effektivitet og målbarhed i en sundhedsfaglig kontekst bliver derved en indirekte årsag til at undlade at involvere sig i forskningen, da man ikke har villet 'bevise' sjælesorgens virkning. For som artiklen påviser, er spørgsmålet om, hvordan sjælesorgssamtalen efterfølgende indvirker på den enkeltes liv meget kompleks at undersøge. Derfor anbefaler Weaver et al., at der først foreligger en videnskabelig udredning af hvilke elementer, der er til stede i en sjælesorgssamtale for dernæst at kunne undersøge, hvilke processer denne samtale igangsætter (ibid.).

Forskningsspørgsmålene, der danner baggrund for denne artikel, er derfor centret omkring følgende erkendelsesinteresse: Hvad foregår der under en sjælesorgssamtale, og hvordan er det medvirkende til at skabe et nyt forståelsesrum for sygdom? Hvordan fremstår dette 'hellige rum', som er artiklens analytiske betegnelse for det forståelsesrum, der opstår i samspillet mellem sjælesørger og patient, og hvordan står det i forhold til den kliniske kontekst? I det følgende afsnit vil sjælesorgens funktion på hospitalet blive uddybet ved at anskueliggøre de forskellige opfattelser af mennesket og de dertil knyttede behov.

Menneskesynet i behandlingen

På de hospitaler, der tilbyder sjælesorg, opdeler man de forskelligartede behov, som patienten har, så de falder ind under de tilstedeværende faggrupper. Denne praksis er funderet i et menneskesyn, der anerkender, at vidt forskellige aspekter

af tilværelsen bliver berørt af sygdom (Engel, 1977). Sygdomssituationen afføder en række behov, som man i sundhedsvæsnet imødekommer vha. særskilte eksperter som læger, psykologer, socialrådgiver eller præster. Til trods herfor er synet på patientens sygdomstilstand dog stadig domineret af biomedicinens behandlingsfokus. Biomedicinen, der består af den vestlige lægevidenskabelige tradition, udspringer af en materiel virkelighedsforståelse, der forklarer sygdomsårsag ud fra en naturvidenskabelig kausalitet. Som konsekvens heraf anses sygdom som en del af tilværelsen uden metafysisk betydning (Cohen, 2009). Selvom en nutidig lægevidenskab kan anerkende, at sygdom influerer på adskillige aspekter af patientens tilværelse såsom humør, relationer, arbejdsliv og trosforestillinger, så vægter det sundhedsfaglige personale fortsat en anatomisk tilgang til det syge menneske, der splitter det op i legemelige funktioner, hvilket også afspejles i den systematiske inddeling af afdelinger på hospitalerne (Parsons & Maurdaugh, 1994).

Dette står i kontrast til det religiøst funderede menneskesyn, der præger både kristendom og islam. Her er der tale om, at mennesket ikke kun består af et legeme med tilknyttede følelser og tanker, men tillige har en sjæl og en ånd. Mennesket er at betragte som et åndeligt væsen skabt af Gud med tilsvarende religiøse behov (Busch, Jensen & Oved, 2002). Selvom disse divergerende menneskesyn, der betoner henholdsvis de materielle eller de spirituelle aspekter af mennesket, findes i et utal af varianter, så sameksisterer de i en pragmatisk arbejdsfordeling på landets hospitaler. Har man ondt i legemet, tilbyder det medicinske behandlingssystem sig. Har patienten ondt i livet, er det enten sjælesørgeren eller psykologen, personen bliver henvist til⁴. Når valget står mellem at tale med en psykolog eller en hospitalspræst eller -imam⁵, er der forskellige forhold, der spiller ind. Først må personalet afdække, hvad den pågældende problemstilling indeholder for dernæst at vurdere hvilken faggruppe, der bedst kan tage sig af de behov, patienten giver udtryk for. I denne vurdering bliver det afgørende, hvilket menneskesyn, personalet finder mest passende at gribe en problemstilling an fra. Er det en psykologisk eller eksistentiel/religiøs konflikt, der er på spil⁶? Men også praktiske forhold har betydning: Hvem er til rådighed? Hvordan henvises til vedkommende? Flere præster og imamer har oplært personalet i at henvise til dem, som 'én, der er god at snakke med', eller som 'én, der er vant til at lytte'. Dette sker for at undgå den stereotype reaktion fra patienten, når sygeplejersken foreslår, om man vil se præsten eller imamen: "Er det fordi, jeg er ved at dø?!". Ved at afdramatisere sin rolle som religiøs autoritet og fremhæve sig selv som samtalepartner, forsøger sjælesørgeren at supplere psykologens indsats. Desuden tilbyder sjælesørgere på hospitaler en større fleksibilitet end psykologen i forhold til at støtte patienter både

ved at have tid til akutte sjælesorgssamtaler og ved at deltage i krisesituationer som fx nøddåb eller dødsfald.

Ved på den måde at være med til at sikre, at der er en tilgængelig samtalepartner for de patienter, der lider under svære overvejelser, opnår sjælesørgerne en berettigelse for deres tilstedeværelse i det medicinske felt. Men denne arbejdsfordeling rummer også potentiel konflikt, da man arbejder ud fra vidt forskellige tilgange til mennesket og rækkevidden af dets problematikker. Hvordan kan disse kontrasterende syn som lægen, psykologen og præsten repræsentere, sameksistere i en kontekst, der primært er defineret af en biomedicinsk forståelse? Det spørgsmål undersøges ved at belyse den måde, hvorved sjælesorgssamtale etablerer et andet forståelsesrum, der adskiller det fra den biomedicinske kontekst, det befinder sig i. Men før jeg viser det, vil jeg kort redegøre for artiklens teoretiske position. Herigennem vil det analytiske begreb 'det hellige rum' blive præciseret, så det kan medvirke til at belyse den plads, som sjælesorg indtager i sygdommens rum.

Ritualet som nøgle til 'Det hellige rum'

Den tyske religionsfilosof Rudolf Otto skrev, at 'det hellige' indeholder to væsentlige kvaliteter, der adskiller det fra alt andet: Han betegner de to kvaliteter, som skinner igennem menneskers oplevelser af 'det hellige' som *tremendum* et *fascinorum*; at det skræmmer og fascinerer på samme tid (Raphael, 1997). Mennesker, der oplever at komme i kontakt med 'det hellige', vil ifølge Otto erfare disse to følelsesmæssige kvaliteter med en intensitet, der adskiller dem fra følelser, tilknyttet 'almindelige' oplevelser. Følelsesindholdet og -intensiteten markerer derved en grænsedragning mellem det almindelige og 'det hellige', der afføder en naturlig respekt, da disse følelser virker overvældende (ibid.).

Den franske sociolog Émile Durkheim behandlede også adskillelsen mellem 'det hellige' og hverdagserfaringer, men kategoriserede adskillelsen ud fra kollektive erfaringer. Durkheim mente, at samfundet muliggør visse typer erfaringer ved at definere 'det hellige' og 'det profane' som to særskilte virkelighedssfærer, der kræver bestemte omgangsformer og handlinger (Durkheim, 2001). Adskillelsen medfører, at der er visse ting, der kan lade sig gøre i den ene form for 'virkelighed', mens det ville være utænkeligt i den anden. De handlinger, der er knyttede til hver af disse 'virkeligheder', indebærer en særlig forståelse af, hvordan virkeligheden hænger sammen. Kollektive erfaringer med 'det hellige' opnås ifølge Durkheim gennem ritualer, der skitserer, hvordan mennesket og samfundet skal

forholde sig til 'det hellige'. Men ritualen udgør samtidig en markør af overgangen fra 'det profane' til 'det hellige'.

Ritualen er en symbolsk handling, som ifølge den engelske antropolog Victor Turner ofte gennemføres, uden at deltagerne har forståelsen for den dybere betydning af de symboler, der indgår i selve ritualen (Turner, 1989). Til gengæld er det vigtigt, hvordan symbolerne indgår i ritualen, da dette er med til at gøre ritualen overbevisende (Sjørlev, 1992). Når ritualens betydning kun delvist er afhængig af en forståelse af de symboler, der indgår i det, bliver ritualen åbent for fortolkning. Ritualen kan derfor have forskellige betydninger alt efter hvilke mennesker, der deltager i det (ibid.). Symboler fungerer her som en art byggesten for den virkelighedsforståelse, der kommer til udtryk gennem ritualen.

I antropologen Inger Sjørlevs udlægning af ritualen i en sydamerikansk kontekst, påpeger hun, at ritualers brug af metaforer er afgørende, da det er billederne, der virker (ibid, 13). Her optræder metaforer som billeddannende ord, der skaber de symboler, der tages i anvendelse under et ritual. De her fremlagte perspektiver gør det muligt at anskue sjælesorgssamtalen på hospitalet som et ritual, som begge parter kan indgå i med forskellig baggrund for at forstå de symboler, der tages i anvendelse, hvilket er relevant for sjælesørgeren, der ofte taler med patienter uden religiøs baggrund.

I analysen af sjælesorgssamtalen som ritual, vil der således blive rettet fokus mod de symbolske markører, der viser, at der her er tale om et ritual, og som samtidig etablerer overgangen fra en virkelighedsforståelse til en anden.

I artiklen anvendes 'Det hellige rum' som en analytisk kategori, der beskriver det rum, der opstår ved at overskride en gængs forståelse af virkeligheden og træde ind i et andet betydningsunivers. Det er denne bevægelse som brugen af symboler, herunder metaforer, i ritualen markerer. Men ritualen udgør i sig selv et budskab. Ifølge den engelske antropolog Gregory Bateson angiver ritualen måden, hvorpå budskabet skal forstås. Ritualen fungerer som den kommunikative ramme, de efterfølgende udsagn skal forstås inden for (Bateson, 1972). Ritualen bliver dermed til en form for meta-kommunikation, ligesom når sproget kommunikerer om, hvordan et bestemt sprogligt udsagn skal forstås, som ved ironi. Inden for denne kommunikative ramme optræder der som nævnt en stor grad af fleksibilitet i forhold til hvilken betydning, der tillægges budskabet. Indholdet er dermed til forhandling, mens ritualens form virker som den faste forankring i en fælles kontekst (Sjørlev, 1992).

Ved at kommunikere igennem et ritual får deltageren mulighed for at løfte sig ud af en eksisterende forståelse af sin situation og se sit liv gennem den virkelig-

hedsforståelse, som ritualet tager udgangspunkt i. Som kommunikationsform er ritualets overordnede budskab, at her kan man se tingene på en anden måde, end som de umiddelbart fremtræder for en. Batesons påpegning af, at sproget indeholder forskellige kommunikationsniveauer, der spænder fra det faktiske indhold til en meta-kommunikation omkring, hvordan det kommunikerede skal forstås, indgår derfor som en del af analysen (Bateson, 1972). Disse niveauer sættes i forbindelse med Batesons antydning af 'det hellige' som det overordnede system, der rummer totaliteten af det, der kommunikeres. Han betegner det som 'Mind' og mener, at det er det, som andre kulturer har omtalt som 'Gud'. Bateson har den opfattelse, at 'Mind' kan være immanent tilstede i det, der kommunikeres eller måden, der kommunikeres på. Det gør sig særligt gældende, når kommunikationsformen inddrager både følelser og tanker, som det er tilfældet ved ritualer. Batesons opfattelse af 'det hellige' som den totale forståelsesramme, der kommunikeres op imod, og som kan opleves som immanent tilstedeværende, vil derfor kvalificere de analytiske pointer i forhold til beskrivelserne af sjælesorgssamtalerne i en biomedicinsk kontekst.

Interview omkring sjælesorg

For at undersøge, hvad der foregår under en sjælesorgssamtale, foretog jeg en række interviews med sjælesørgere med kristen og muslimsk tilknytning. Af de 15 informanter, der gav tilsagn om at deltage efter at være blevet kontaktet telefonisk eller per mail, havde 11 direkte tilknytning til hospitalet, hvoraf de fleste stadig havde funktion som sognepræst i en stilling på nedsat tid. Seks havde dog sjælesorggerningen som fuldtidsbeskæftigelse. Af de to imamer, der indgik i undersøgelsen, havde den ene ikke direkte tilknytning til hospitalet, men blev tilkaldt efter behov. De sidste tre præster, der ikke havde direkte tilknytning til et hospital, arbejdede som sjælesørgere i en frikirke-menighed, på et hospice og i efteruddannelsesregi. Udvælgelsen foregik under hensyntagen til, at forskellige perspektiver på sjælesorg blev repræsenteret⁷, samt at informanterne var jævnt fordelt på Jylland, øerne og i hovedstadsområdet.

Før interviewet påbegyndtes, blev der givet mundtlig såvel som skriftlig information omkring undersøgelsen, samt brugen af interviewet. Derpå blev der indhentet skriftligt samtykke fra informanten, som understregede, at personen til hver tid har mulighed for at trække sit tilsagn tilbage. Selve interviewet fandt som oftest sted på arbejdspladsen, dvs. hospitalet, frikirken eller præstegården. I

enkelte tilfælde foregik det på universitetet eller på et samlingssted for muslimsk trosudøvelse.

I udformningen af den semistrukturerede interviewguide blev der lagt vægt på at spørge ind til forholdene for troende såvel som ikke-troende patienter. Her lå mit fokus på, hvordan sjælesorgen udfolder sig helt konkret i hospitalsregi både i forhold til henvisningspraksis og i tilgangen til patienterne. Informanterne blev bedt om at beskrive typiske træk ved sjælesorgssamtalerne, samt beskrive nogle af de hændelsesforløb, som de mente karakteriserede deres arbejde. Derudover blev der spurgt ind til, hvilke udfordringer man som sjælesørger oplever ved sit arbejde, og på hvilken måde deres eget trosmæssige ståsted spiller ind på deres tilgang til sjælesorgen.

I efterbehandlingen af de bandede interview blev de nedskrevet verbatim og gennemlæst, hvorved de overordnede temaer blev indkredset. Udsagnene fra interviewene blev inddelt i de analytiske grupperinger, der udsprang af de overordnede temaer. Slutteligt har jeg udvalgt de citater fra interviewene, der bedst beskriver, hvad der foregår under sjælesorgssamtalen set fra sjælesørgerens synspunkt. Uden at kunne yde materialet retfærdighed har jeg bestræbt mig på at lade de udvalgte empiriske eksempler dække både de kristne og muslimske sjælesørgeres beskrivelser af sjælesorgssamtalen.

Beskyttelsen af 'det hellige'

Som en del af mit sigte med at undersøge indholdet af den støtte, der ydes alvorligt syge patienter og deres pårørende i form af sjælesorgssamtalerne, udtrykte jeg overfor sjælesørgerne et ønske om at få lov til at overvære sjælesorgssamtalen. Jeg begrundede dette i behovet for at få indsigt i de ordløse udvekslinger mellem sjælesørger og patient⁸. Da jeg havde fået adskillige afslag, gav jeg mig til systematisk at spørge ind til de bevæggrunde, der lå bag afvisningen. Jeg blev optaget af at undersøge, hvad det var, sjælesørgerne forsøgte at beskytte, fordi dette kunne bidrage til min viden om sjælesorgsrummet som et 'helligt rum'.

En sjælesørger forklarer således sine forbehold ved at pege på, at "relationen er jo altafgørende, og så skal vi lige pludselig se relationen imellem 3 i stedet for mellem 2". De fleste af informanterne udtrykker noget lignende og peger på de etiske implikationer, der er forbundet med at medtage en udefrakommende til en samtale, der er så afhængig af, at der etableres en tillidsvækkende relation fra starten. Hvis denne relationsdannelse forstyrres, vil patienten risikere at være tilbageholdende overfor at udtrykke sine sorger og bekymringer og derfor ikke opnå

den tiltrængte form for omsorg og lindring. Det kan få alvorlige følger for den enkelte, der har efterspurgt sjælesorgen, som ikke nødvendigvis får muligheden for at samtale med præsten eller imamen igen. Den førstnævnte informant uddyber sin begrundelse:

Forði det er også en proces, der sætter i gang. Som jeg også sagde før, at den, man sidder og taler med, måske også kommer ind i nogle rum, indre rum, som han eller hun aldrig har været i før, som for det første kan være meget åbnende, men det kan også være noget, der forskrækker lidt.

De nævnte forbehold fra sjælesørgernes side peger i retning af, at det betydningsfulde i etableringen af sjælesorgsrummet er tillid, tilstedeværelse, respekt og indføling, hvilket er de værdier, der skal beskyttes.

Et andet forbehold hænger sammen med, at man udøver sin religiøse praksis i en biomedicinsk kontekst. En kvindelig hospitalspræst med erfaringer fra psykiatrien beskriver det forhold, der tidligere har været mellem tro og medicin på følgende måde: Før i tiden (var man) sådan lidt angst fra personalets side over for, hvad religionen kan gå ind og gøre [...] men det er ikke nær så udbredt mere, som det har været, slet ikke. Hun fortsætter med at begrunde den afstand, der dog stadig ligger imellem de to faggrupper:

Det er fandeme også noget med at kommunikere med personalet og sige, hvad det er, vi (hospitalspræster) laver, ikke? Vi har jo tavshedspligt, så vi går jo ikke rundt hele tiden og fortæller, det må vi jo ikke, heldigvis altså. Men det kan godt gøre det lidt mystisk, fordi hvad er det, de præster går og laver? Altså andre personalegrupper snakker jo sammen.

Hun pointerede, at hendes tilstedeværelse som præst på den psykiatriske afdeling gav patienterne et tiltrængt frirum til dels at kunne tale om deres sygdom i et mytologisk sprog, frem for at tale om den i medicinske termer, samt ved ikke at blive observeret og derigennem konstant være i behandling, når sjælesorgssamtalen fandt sted. At sjælesørgere genererer et frirum for patienten, fremhæves af flere informanter som vigtigt og ligger i tråd med det tidligere fremførte argument omkring relationens betydning og den etiske forpligtelse over for patienten. Men fornemmelsen af, at der er en underliggende modstand mod at blive gjort til genstand for en bestemt form for udforskning, kommer tydeligt til udtryk i citatet fra en mandlig hospitalspræst:

Det er egentlig ikke manglende vilje! Jeg synes, vi også har en pligt til at lade os undersøge i en vis forstand, altså pligt til det. Der foregår ikke noget, som ikke kan tåle dagens lys. Det er jo ikke på den måde overhovedet. Men samtidig må man også sige, at måleinstrumentet påvirker materialet, det gør det bare, så jeg bliver lidt... Jeg tror, man er lidt bekymret for, om det der kommer ud af det overhovedet ligner virkeligheden. Det sker jo, at undersøgelsen påvirker det, man undersøger. Altså man kan jo sagtens undersøge en gris i et syltetøjsglas, men så er det jo ikke en gryntende hyggelig lille fyr mere, så er det noget andet, man har fået.

Han udtrykker hermed store forbehold over for metodens evne til at indfange det, der forgår i sjælesorgssamtalen og præciserer det i følgende udsagn: Det behøver ikke være forkert det, man får, det er bare ikke dét. Der tegner sig dog et blandet billede i forhold til, om der er et overordnet forbehold mod at indlade sig med at udforske sjælesorgen, som Weaver et al. som nævnt har peget på (2006). For det første fordi informanterne har valgt at deltage i et forskningsprojekt og på den måde bidrage til udforskningen af sjælesorgssamtalen. Dernæst fordi flere af sjælesørgerne selv efterspørger mere forskning på området for at kunne evaluere på sit arbejde. Som en af de mandelige hospitalspræster udtrykker det, er arbejdsbetingelserne karakteriseret ved, at sjælesørgerne sjældent får tilbagemeldinger på den indsats, de har gjort. Han siger: Nogle ser jeg kun én gang, andre følger jeg et helt år, men flertallet af mennesker ser jeg jo en eller to, tre gange maks. For ham ville det være nyttigt at få indblik i, på hvilke måder sjælesorgssamtalen havde gjort en forskel for på den måde at kunne forbedre sit virke som sjælesørger på hospitalet.

Så begrundelsen for min udelukkelse fra sjælesorgsrummet skyldes hovedsageligt en hensyntagen til den tillidsrelation og det frihedsrum, som gerne skulle etableres under samtalen. Dertil kommer en skepsis overfor, hvorvidt det overhovedet vil være muligt at observere en sjælesorgssamtale, da tilstedeværelsen af en tredjepart, som forskeren ville udgøre, påvirker det, der foregår under samtalen på en sådan måde, at det, der egentlig undersøges er, hvad der sker, når man forsker i sjælesorgssamtaler. Påvirkeligheden af det særlige, der gerne skulle opstå under samtalen, samt det forhold, at dette er noget meget betydningsfuldt, som sjælesørgerne ønsker at beskytte, er de to faktorer, der peger på, at det der har mulighed for at etablere sig i sjælesorgssamtalen, har karakter af at være 'helligt'. Derfor udebliver eller forsvinder det fra samtalen, hvis det ikke får de rette betingelser. Og de betingelser udelukker ifølge informanterne tilstedeværelsen af en forsker. Med en enkelt nævneværdig undtagelse.

Sjælesorg i praksis

På trods af de nævnte forbehold får jeg lov til at deltage i hospitalspræstens ugentlige rundtur på en onkologisk afdeling, hvor jeg er ude for at iagttage deres tilgang til plejen af patienterne⁹. Han vurderer, at det er muligt at opnå den nødvendige tryghed omkring samtalen på trods af min tilstedeværelse.

Hospitalspræsten fortæller under rundturen, at han plejer at besøge sengeafsnittet på onkologisk afdeling hver onsdag blot for at være synlig og for at kunne tilbyde sig selv som samtalepartner. Samtalen kan være om alt muligt: Hverdagsprægede betragtninger om vind, vejr og fjernsynsudsendelser, bekymringer for behandlingsforløbet eller pårørende, der volder én sorger. Der kan også være tale om specifikke religiøse behov som at få læst højt af biblen, sunget en salme, blive velsignet eller modtage nadveren. I dag har han siddet og talt løst og fast med en pårørende, før en af sygeplejerskerne henvender sig omkring en patient, der gerne vil tale med ham. Sygeplejersken briefer ham og siger, at patienten er ked af, at hun er blevet genindlagt kort tid før sønnens konfirmation og føler sig både fysisk og følelsesmæssigt udmattet. Han spørger patienten, om jeg må få lov til at overvære deres samtale. Det giver hun sit samtykke til, hvorpå han henter mig.

På dette afsnit, der er smagfuldt indrettet med litografier på væggene og hensigtsmæssigt placerede sofagrupper i afstemte farver, er alle patienter indlagt på enestuer. Der er plads til, at de pårørende kan overnatte på den sovesofa, som står op ad væggen overfor hospitalssengen. Rummet er stort og rummeligt, og vinduespartierne kan afskærmes med stålpersienser, der styres henne fra panelet ved sengen. Det betyder, at patienten selv kan regulere graden af åbenhed ud til omverden, både ved at lade døren stå åben og ved at have persienserne drejet, så lyset kan komme ind. På denne stue står døren halvt åben. Vi kommer ind og hilser ved at give hånd. I sengen ligger en kvinde i slutningen af fyrrerne. Hun er træt og tynd og modtager drop. Hun retter hele tiden blikket mod dråbetælleren for at se, om der stadig er aktivitet. Først forstår jeg ikke, hvorfor hun kigger så meget opad, indtil jeg fatter sammenhængen. Fra min plads i sofaen tilbyder jeg at holde øje med, hvornår droppet løber tør, så hun kan kontakte sygeplejersken for at få en ny. Det tilbud tager hun imod.

Præsten sætter sig ved hendes side. Han spørger hende, hvordan hun har det og nævner kort, at sygeplejersken har fortalt ham, at hendes søn skal konfirmeres her i weekenden. Ja, det bekræfter hun, og det er egentlig derfor, hun gerne vil tale med ham, for hun føler sig så træt. Det er anden gang, at hun er i et behandlingsforløb. Første gang fik hun fjernet livmoder og æggestokke. Men hun gennemførte

sin kemokur, og sammen med sin mand var hun på vej op. Men så fik hun konstateret tilbagefald. Lige nu føler hun sig håbløs inden i, fortæller hun. Hun synes, at det er svært at forstå, at ting, der før har virket overkommelige og lette, nu mest af alt forekommer hende at være en uoverstigelig forhindring. Som et bjerg, der igen og igen skal bestiges. Så hun føler sig træt. Træt i krop, sjæl og sind.

Hospitalspræsten spørger, hvad der skal ske omkring konfirmationen. Hun fortæller lidt om forberedelserne, og at familien bliver ved med at sige til hende, at det vigtigste er, at hun kommer hjem og er sammen med dem til festen. Hun skal bare tage sit festtøj på og så være med i den udstrækning, hun kan overkomme. Men det falder hende svært, at hun nærmest er overflødiggjort som mor, og at der er andre, der fylder de funktioner ud, som hun også havde glædet sig til at deltage i. Men hun har skrevet en tale til sin søn. En tale, som han kan gemme, hvis hun ikke kan overkomme at holde den for ham nu. Det betyder meget for hende. For det er de tanker, hun har gjort sig om hans liv, og hvordan hun får lov til at følge med i det. Hun ser sin dreng blive stor og træde ind i de voksnes rækker, mens hun er alvorligt syg og ikke ved, hvor lang tid hun har igen. Så talen er vigtig for hende, understreger hun igen.

Hospitalspræsten tager sin salmebog op ad lommen. Den har han altid med sig, når han er ude på afdelingen, forklarer han; der er så meget visdom samlet i den. Når hun nu fortæller, at hendes søn skal konfirmeres, så har han jo gået til konfirmationsforberedelse. Den salme, præsten kommer til at tænke på i hendes tilfælde, er tit en, man synger ved konfirmationer. Den hedder: 'Du, som gir os liv, og gør os glade'. Det vers, han særligt tænker på, handler om at være et bølgeblad, der folder sig ud i hækken. Han læser det højt for hende¹⁰. Det taler om Guds skaberkraft, der folder blade og blomster ud og giver os alle liv og glæde. Han forklarer hende, at bølgebladet handler om håb. "Vi siger jo, at håbet er lysegrønt" tilføjer han selv. "Og det handler om liv, om det nye liv, der spirer frem hvert forår, som når der kommer blade i hækken." Hun er stille, og det virker som om, billedet langsomt synker ind i hende. Præsten fortsætter: "Du har jo oplevet, at dit liv er blevet voldsomt forandret, og jeg forstår godt, du er træt og er ved at miste modet. Og nu kommer så din søns store dag, som du har glædet dig til! Og der står du og orker det ikke engang! Du har været meget igennem, også fordi de har været inde og fjerne det, som du har kunnet give liv med." Hun trækker benene op under sig og nikker samstemmende. Det er rigtigt. Hun kan ikke give liv med sin krop længere. "Men til gengæld ser du din søn blive stor nu på søndag. Så ham har du givet liv, og dine andre børn. For han er den yngste, ikke sandt?" Jo, det er rigtigt forstået.

Præsten fortæller, at der altid er grund til at have håb. Hun kigger op på dråbetælleren og dernæst forventningsfuldt på præsten. Han fortsætter: "Når du nu kommer hjem til konfirmationen på søndag, så husker du på det lille grønne blad, som du kan tage ind i dit hjerte. Det er Guds ord omkring håb til dig. Når du så bliver træt, eller du føler dig for udmattet til at holde talen, så vend tilbage til, at der er håb i hjertet, som et grønt blad der spirer." Det vil hun gøre. Han tager hendes hånd og beder Gud om at tage sig godt af hende. Flasken i droppen er ved at være tom. Hun opdager det før mig og ringer efter en sygeplejerske. Præsten spørger, om der er mere, hun vil tale om, men hun siger, at det var fint. Vi siger begge farvel, og jeg takker for at have fået lov til at overvære samtalen. Hun nikker og siger, at det er helt i orden.

Bagefter går hospitalspræsten og jeg hen for at tage en kop kaffe og tale om, hvad der skete. "Normalt plejer jeg ikke sådan at sidde og holde folk i hænderne, men det virkede som om, at hun gerne ville have det, og da jeg gjorde det, trak hun jo heller ikke sin hånd væk. Jeg synes, det er en meget personlig ting at gøre, så jeg er forsigtig med det." Vi taler om 'det grønne bølgeblad', som han anvendte fra salmen. Jeg bemærker, at han førte det videre som noget, hun kunne tage ind i hjertet og bære som en påmindelse på søndag - både om deres samtale, men også om det evige håb, der ligger i kristendommen. Han siger, at den slags billeder aldrig er planlagte på forhånd. Det dukker op ud af situationen ud fra samtalen. Han har slet ikke rigtig tænkt over, at han har trukket den forbindelse. Han synes, at det er berigende at tale om, hvad der egentlig skete undervejs. Han kommenterer på sig selv; at han normalt ikke plejer at tolke så meget på patienten. Men det virkede som om, hun havde brug for at få sin situation fremlagt i et andet lys. "Ellers lader jeg patienterne tale meget mere selv", siger han.

At etablere sjælesorgsrummet

I forbindelse med den afrundende snak efter sjælesorgssamtalen peger sjælesørgeren selv på vigtigheden i at holde balancen mellem at være en styrende samtalepartner og at lytte til patienten, mens denne selv forsøger at finde vej. Det er udtryk for en opmærksomhed overfor patientens behov, som ligeledes viser sig i den enkelte berøring, der finder sted i slutningen af samtalen, som nærmest kommer til at virke grænseoverskridende for sjælesørgeren selv. Han udtrykker i al fald sit forbehold mod at gribe til nærkontakt, når han ikke kender patienten særligt godt. Men han gør det alligevel, fordi det føles rigtigt. Dette peger hen på et generelt kendetegn for sjælesorgen: At der improviseres ud fra situationen og

at der derfor ikke kan foreligge en opskrift på, hvordan sjælesorg skal bedrives. Dermed bliver det ekstra vigtigt at få etableret en god kontakt til patienten, så der kommer til at optræde et personligt baggrundsmateriale, som sjælesørgeren kan tage udgangspunkt i for at finde et passende billede eller et symbol, der rummer betydning i forhold til den livssituation, som patienten befinder sig i.

I sjælesorgssamtalen beskrevet ovenfor, bliver det 'det grønne blad', der symboliserer det evige håb, som knytter an til den forestående livsbegivenhed med hendes søns konfirmation og til hendes egen afmagtsfølelse af ikke at slå til som mor. Håbet bliver i dette billede givet af Gud, og kvinden bliver af præsten bedt om at tage det ind i sit hjerte, så hun kan bevare håbet der. Et timeligt håb, der kan bære hende igennem en udmattende familiebegivenhed, hvor hun gerne vil sætte et aftryk på dagen. Samt et langt større håb om kunne være der evigt for sin søn, som viser sig i hendes ønske om at give ham noget betydningsfuldt i form af sin tale, der består af kærlige ord, han kan tage med ind i sit voksne liv.

Sjælesorgssamtalen skifter som vist karakter på det tidspunkt, hvor salmebogen tages op af lommen. Her markeres overgangen fra en forståelsesdimension til en anden. Det, der introduceres med ordene 'at der er så megen visdom gemt i denne bog', er påbegyndelse af et ritual. Det, at synge sammen eller at læse højt fra hellige skrifter, har inden for mange religiøse traditioner virket bekræftende og fornyende på det fællesskab, som ritualerne er med til at etablere og vedligeholde. I dette tilfælde tages der imod tilbuddet om en anden forståelsesramme, som ritualet også tilbyder. Gennem denne handling forstår de involverede parter, at de her krydser en grænse, og at det de nu befinder sig i det, som jeg her i artiklen betegner som 'det hellige rum'.

'Det hellige rum'

Det rum, som vi har set blive skabt omkring en patient gennem sjælesorgssamtalen, muliggør en meningsdannelsesproces ved at inddrage forskellige dimensioner af tilværelsen. De eksistentielle overvejelser, som patienten luffer, berører det, vi kan betegne som en horisontal dimension. Denne omfatter mellem-menneskelige relationer, personlige værdier og en tilværelsesforståelse, der ikke indbefatter en transcendent virkelighed (Busch, Jensen og Oved, 2002). De aspekter, som den åndelige del af omsorgsarbejdet adresserer, handler om relationen til 'noget større', konfrontationen med ens eget endeligt og følelser som fx afmagt og håb. Dette er forbundet med en vertikal dimension. Det horisontale og det vertikale er som koordinater, der aftegner selve sjælesorgsrummet som pejlemærker på de temaer,

der kan tages op under samtalen. Men for at samtalepartnerne kan få adgang til 'det hellige rum', skal grænsen mellem den gængse virkelighedsforståelse og den metaforiske krydses. Dette sker ved at tage ritualet og et underliggende symbolsprog i brug. I interviewene med sjælesørgerne blev der givet forskelligartede beskrivelser af, hvordan dette rum etableres, og hvad der i særlig grad kendetegner det.

Det er i sagens natur et rum, hvor der finder en udveksling sted mellem to mennesker.. En imam uden direkte tilknytning til hospitalet beskriver udvekslingen således:

Jeg lytter. Det er næsten altid det vigtigste, det at lytte. Alene det at man tager sig tid til at lytte, mener jeg udgør mindst halvdelen af det, vi som mennesker kan gøre for hinanden. Og at man lytter opmærksomt og at man lytter ind. Altså at man ikke bare hører ordene, men prøver at høre ind bagved, hvad der bliver sagt. Prøver at høre, hvad det er for et menneske. Og så prøver jeg at tage den derfra.

Flere af sjælesørgerne peger på, at der under sjælesorgssamtalen kan opleves en anden form for tilstedeværelse som 'et lyttende baggrundstæppe'. Nogle præster refererer til skriftstedet i biblen, hvor der står at Jesus vil være til stede, 'når to eller flere er samlet i mit navn'. Herigennem beskriver sjælesørgerne det som et rum, hvor en særlig form for nærvær etableres, hvor noget andet lytter med. Inden for den kristne tradition kan præsten ligeledes blive opfattet som et slags 'talerør' til Gud. Det kan optræde som en del af forventningen til præsten, at denne har en rolle som mediator mellem patienten og Gud, som det eksempelvis har været i den katolske tradition for skriftemålet. Denne rollefordeling gør sig ikke gældende for muslimer, da imamen ikke er tættere på Gud end den almindeligt troende muslim. Alligevel skifter kommunikationen, der foregår under sjælesorgssamtalen, karakter, fordi der er etableret en anden forståelsesramme omkring samtalen. Budskabet med ritualet er, at her taler vi sammen på en anden måde, der involverer forståelsen af noget højere. Sjælesørgere fra begge traditioner udtrykker, at samtalen i sig selv kan have en gavnlig virkning, fordi den giver plads til at tale om 'noget større': Det er nogle gange det i sig selv virker som en lettelse for nogle mennesker, at finde en person (de kan snakke med om disse ting). Fordi mange siger: "Vi vil ikke have det her i journalen", "altså jeg vil også nødig kategoriseres som overtroisk eller som vanvittig".

Den samme mandlige hospitalspræst fortsætter med at pege på behovet for at skabe orden:

Man er nødt til at systematisere sin skæbne, for hvis man er i en situation, hvor ens liv er som en væltet bogreol, og alt er styrtet sammen, så bliver man tvunget til at tage og placere nogle af de brokker i rækkefølge, som ligger der og flyder i kaos på gulvet. Det er vel noget med, at i og med, at man får det udtalt og sat ind i en fortælling, så får man et vist overblik og kan se visse muligheder. Så det i sig selv at fortælle historien kan somme tider være nok.

Selve sproget har således stor betydning i skabelsen af 'det hellige rum'. Sproget tilbyder et særligt menneskesyn og en række metaforer, samtidig med at den verbale udveksling giver luft for patientens overvejelser og bekymringer. I den forbindelse er Batesons forståelse af kommunikationsniveauer relevant, da den udveksling, der finder sted, både indeholder betydninger, der hidrører den livssituation, som patienten oplever at have brug for hjælp til at bearbejde eller anskue anderledes. Men samtidig finder der også en kommunikation sted omkring selve kommunikationen, at dette er en fortælling, der fortælles ind i en fortælling om noget højere. At det er en samtale, der finder sted i et rum, der er helligt.

Opmærksomheden på sprogets betydning går igen hos flere sjælesørgere. De ser sproget som et vigtigt aspekt i at etablere et rum for patienten, hvor det er muligt at 'tumble med de store livsspørgsmål'. En præst forklarer det således: Det er nok også den kompetence, man forventer af præsten, altså ikke at han er ekspert, ikke at han kommer med de færdige svar, men at han kan være medspiller i det sprogspil, hvor vi tumler med livsspørgsmål. Det religiøse sprog, som i dette citat omtales som 'sprogspillet', kan benyttes af såvel troende som ikke-troende til at skabe mening i den uorden, som sygdommen forårsager. Det er dette, man bruger sjælesørgeren som sparringspartner til. Men også i forhold til at få styrket sin tro. Den tidligere nævnte imam forklarer:

Det er klart, at når folk kommer til mig, så er det ikke fordi de forventer, at jeg giver dem piller! Jeg forsøger, at give dem, hvad jeg nu engang har en grund til at tro, at de forventer, nemlig en måde at gå til det i den usete dimension, der er omkring tro og ens egen tilgang til at gå til sygdom og til sig selv. Det går jeg ud fra er det folk vil have fra mig, ellers kommer de nok ikke til mig.

Sjælesørgerens opgave bliver i begge tilfælde at læse en anden fortælling ind i det eksistentielle rum, som patienten forsøger at orientere sig i. I den kristne udlægning bliver det en fortælling om, hvordan Gud i menneskeskikkelse altid vil være tilstede i smerten og sorgen; i en islamisk kontekst, hvordan Guds vilje og kærlighed kommer til udtryk i de livsomstændigheder, man befinder sig i. Hvor-

vidt patienten ser sig som en del af den religiøse udlægning, der danner baggrund for sjælesorgen, kan være af mindre betydning for sjælesøgeren. Forståelsen rummer patientens situation, eller som en sjælesøger udtrykker det:

(Evangeliet) er ikke en historie, man sådan kan pådutte andre. Men jeg har en fornemmelse af, at historien forstår den syge. Den syge kan måske ikke forstå, hvordan det her hænger sammen, men føler sig forstået af historien. 'Historien spejler i en eller anden forstand min situation.' Det er vel sådan, man kan bruge de kristne grundfortællinger.

Det er igennem mødet mellem sjælesøgeren, patienten og 'det lyttende baggrundstæppe', der af nogle sjælesøgere betegnes som et guddommeligt nærvær og af andre som et sprogligt univers, at 'det hellige' fornemmes i rummet. En mandlig hospitalspræst beskriver sin oplevelse af dette møde således:

Jeg kommer med min horisont, og vedkommende kommer med en anden, og når vi mødes, så sker der noget nyt, der berører os begge to i en eller anden forstand. Altså det kræver en eller anden åbenhed og en fantasi, og jeg skal trække på hele min erfaring og min lydhørhed som menneske. Det er indlevelse i en eller anden forstand, det handler om. Men også nænsomhed og respekt over for det andet menneske, fordi man er enormt nøgen. Dem jeg taler med, de bliver bare blotlagt, og nogle gange har jeg næsten helt lyst til i bogstaveligste forstand at komme et tykt tæppe rundt om vedkommende og bare nusse personen, fordi vedkommende er så nøgen.

Sjælesorg kan give adgang til et indre rum, der bliver til et ydre rum, når man mødes med et andet menneske i det, der opleves som det væsentligste i tilværelsen. Glæde, håb, kærlighed, der kommer til udtryk gennem de nære relationer og for visse menneskers vedkommende også i deres forhold til Gud. Det er hvordan dette møde etableres, som artiklen har forsøgt at begrebsliggøre gennem at anvende betegnelsen 'det hellige rum', for det sted, hvor det er muligt at åbne sig for en anden forståelse af sin sygdoms-situation, end den patienten præsenteres for i en medicinsk behandlingssituation.

Konklusion

Deltagerobservationen og interviewundersøgelsen viser, hvordan hospitalspræster og -imamer repræsenterer et menneskesyn, som rækker ud over det biomedicinske, samt varetager de behov, der rækker ud over en bio-psyko-social forståelse af patienter. Praktiseres denne biomedicinske tilgang for énøjet, risikerer sygdoms-

men let at blive vigtigere end det menneske, der bærer den (Lupton, 2007). De gejstlige tilstedeværelse inden for sundhedsvæsenet er med til at sikre, at de forskellige synsvinkler på mennesket som et lidende væsen repræsenteres. Igennem etableringen af et 'helligt rum', får denne menneskeforståelse lov til at indtage en plads på sygestuen og udgøre et rum, hvor patienter kan orientere sig i en for dem meningsfuld retning.

Noter

- 1: Interviewene med sjælesørgerne indgår i ph.d.-projektet "Kræftpatienters religiøse ressourcer. En kvalitativ undersøgelse af muslimske og kristne kræftpatienters religiøse copingstrategier under palliative forløb", der er finansieret af Kræftens Bekæmpelse, Helsefonden samt Syddansk Universitet. Ph.d.-projektet er en delundersøgelse i forskningsprojektet "Eksistentielle overvejelser og behov blandt danske kræftpatienter og deres pårørende i palliative forløb" og undersøger, hvilken betydning tro tillægges af kræftpatienter i palliative forløb, der har kristen eller muslimsk baggrund. Herunder undersøges hvilke former for eksistential og åndelig omsorg disse patienter giver udtryk for at have behov for, og hvordan disse behov imødekommes.
- 2: Her må der tages højde for, at den enkelte præst ikke nødvendigvis selv er troende og derfor ikke ser sjælesorg som udtryk for en personlig trospraksis. Sjælesorgen er i de tilfælde at forstå som en erhvervsmæssig funktion, som ikke indeholder en trosbaseret motivation til at bedrive sjælesorg. Jeg er ikke stødt på denne position i interviewmaterialet.
- 3: I Danmark er der inden for sundhedsområdet bred enighed om at anvende termen 'eksistential og åndelig omsorg' om den sundhedsfaglige pleje, "der både omfatter den specifikt religiøse omsorg og hensynet til de eksistentielle spørgsmål og bekymringer, der kan opstå hos ethvert døende menneske" (Etisk Råd, 2002:9). Trods den manglende klarhed omkring hvad den form for pleje præcist indeholder, er betegnelsen 'eksistential og åndelig omsorg' udbredt og optræder i flere sundhedsfaglige kontekster. Særligt i forbindelse med uhelbredelig sygdom, hvor patienten kun kan tilbydes palliativ (dvs. lindrende) behandling (Sundhedstilsynet, 2011).
- 4: Lægen er også være en efterspurgt samtalepartner, men patienten kan frygte at denne ikke har den fornødne tid til at beskæftige sig med andet end sit fagområde (Johansen et al., 2010).
- 5: Når der i det følgende refereres til 'hospitalspræsten' er det i hans eller hendes funktion som sjælesørger, hvilket indbefatter hospitalsimamen, hvorfor jeg undlader at nævne begge. Men under fremlæggelsen af empirien anvender jeg distinktionen mellem præst og imam for at kvalificere citatets indhold.
- 6: I forhold til religiøse skeptikere med en eksistential funderet problematik vil spørgsmålet om opdelingen af, at psykologen varetager emotionelle problemstillinger og sjælesørgeren eksistentielle og religiøse, sandsynligvis blive ophævet. Det er tænkeligt, at det er de færreste skeptikere, der vil finde det betryggende, at have med en religiøs autoritet at gøre i sådan situation. Men dette vil kræve en nærmere undersøgelse at afdække det område af sjælesorgen.

- 7: De forskellige tilgange til sjælesorgen, som empirien repræsenterer, bliver ikke uddybet nærmere i nærværende artikel, hvor det er lighedstrækkene ved etableringen af sjælesorgsrummet, der er i fokus. For at konsultere en typologisering af de historiske og nutidige perspektiver på sjælesorg henvises til Tor Johan Grevbos bog "Sjælesorgens vei" (2006), der giver en glimrende oversigt over skandinaviske og internationale tendenser.
- 8: Normalt anvendes 'konfident' som betegnelse for den, der opsøger kristen sjælesorg. I en nyere forståelse af sjælesorgsbegrebet lægges der vægt på, at sjælesorg er udtryk for en gensidig udveksling omkring trosræssige aspekter, hvorfor betegnelsen 'fælle' anvendes, som en analogi på den ligeværdige relation mellem to 'rejsefæller' (Grevbo, 2006). I nærværende artikel har jeg valgt at omtale de to samtalepartner som sjælesørg-er og patient for at undgå en kristen betegnelse til en muslimsk patient .
- 9: I forbindelse med rekruttering af troende kræftpatienter foretog jeg deltagerobservation i fire forskellige kliniske sammenhænge. Tilsammen gav de mulighed for at iagttage forskelligartede problemstillinger, der kan optræde i palliative behandlingsforløb både blandt kræftpatienter med dansk og anden etnisk baggrund.
- 10: Salme 369, v.1: Du, som gir os liv og gør os glade/ du, som holder af os, som vi er/ du, som åbner bøgehækkens blade/ du, som skaber blomst og bi og bær/ uden dig var alle marker golde/ uden dig var alle hjerter kolde. (<http://www.dendanskesalmebogonline.dk/salme/369>)

Referencer

- Ahmed, M. (2011). 'Caring for hearts and Minds'. *Islamic Horizons*, November, December 2011. <http://www.isnawebpaper.com/webpapers/isna1111/multi/index.html>
- Ausker, N., la Cour, P., Busch, C., Nabe-Nielsen, H. & Pedersen, L.M. (2008). Danske patienter intensiverer eksistentielle tanker og religiøst liv. I: *Ugeskrift for læger*, 2008; 170(21): 1828.
- Baig, N. (2007). *Theology of the Heart and Spiritual Care*. Paper givet på Institut for Systematisk Teologi, Københavns Universitet, Januar 2007. Offentliggjort som del af Islamisk-kristent studiecenters artikelsamling. <http://www.ikstudiecenter.dk/>
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of the Mind*. New York: Ballantines Books.
- Busch, C. Jensen, T. & Oved, M. (2002). *Religion, eksistens og sygepleje*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Cohen, E. (2009). *A Body Worth Defending. Immunity, Biopolitics, and the Apotheosis of the Modern Body*. Durham, NC: Duke University Press.
- Den danske salmebog online: <http://www.dendanskesalmebogonline.dk/salme/369>
- Det Etske Råd (2002). *Åndelig omsorg for døende*. Udtalelse fra Det Etske Råd. København: Det Etske Råd.
- Durkheim, É. (2001). *The Elementary Forms of Religious Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Engel, George L. (1977). »The need for a new medical model: A challenge for biomedicine«. *Science* 196:129–136.
- Gehlert, J.B. (2009). Præster på hospitaler hitter. *Kristeligt Dagblad* 16. februar 2009.
- Grevbo, T.J. (2006). *Sjælesorgens vei. En veiviser i det sjælesorgeriske landskap – historisk og aktuelt*. Oslo: Luther Forlag.

- Hastrup, K. (red.) (2009). *Mellem mennesker. En grundbog i antropologisk forskningsetik*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Heelas, Paul & Woodhead, Linda (2005). *Spiritual Revolution: Why Religion is Giving Way to Spirituality*. Oxford: Basil Blackwell.
- Johansen, M., Holtedahl, K.A. & Rudebeck, C.E. (2010). A doctor close at hand: How GPs view their role in cancer care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2010, Early Online, 1-7.
- Kvale, S. (1997). *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lupton, D. (2007). *Medicine as Culture*. London: Sage Publications Ltd.
- McCurdy, D.B. (2002). "But what are we trying to prove?" *Journal of health care Chaplaincy*, 12(1/2), 151-163.
- Parsons, M.L., & Murdaugh C.L.(1994). *Patient-Centered Care: A Model for Restructuring*. Gaithersburg: Aspen Pub.
- Raphael, M. (1997). *Rudolf Otto and the Concept of Holiness*. Oxford: Clarendon Press.
- Sjørnslev, I. (1992). Når Guder blinker. Tanker om ritualets væsen. *Tidsskriftet Antropologi nr. 25. Ritualer*.
- Sundhedsstyrelsen (2012). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – del af samlet forløbsprogram for kræft*. København, Sundhedsstyrelsen.
- Turner, V. (1989). *The Forest of Symbol. Aspects of Ndembu Ritual*. Ithaca: Cornell University Press.
- Weaver, A K., Flannelly J., & Liu, C. (2008) Chaplaincy Research: Its Value, Its Quality, and Its Future. *Journal of Health Care Chaplaincy*, Vol. 14(1) 2008.

Abstracts in English

Aesthetics, health and illness

Regner Birkelund

The article highlights the importance for health and illness, which has been ascribed to aesthetics in different historical periods. The starting point is ancient Greece where the belief in the positive impact of aesthetics on health and illness was manifested in the architectural decor and artistic embellishments of the numerous medical sanctuaries. In addition, the article underlines the way in which key philosophers within the phenomenological tradition connected the aesthetic impression to health-based life phenomena such as love of life, courage for life and well-being. A line is drawn from the historical and phenomenological perspective on aesthetics and health to more recent research which confirms the positive impact of aesthetic impressions.

The medical “mealspace”: Is the architecture overlooked or forgotten here?

Tenna Doktor Olsen Tvedebrink, Anna Marie Fisker & Poul Henning Kirkegaard

Today the term ‘hospital’ is commonly used about the public space where the patients are examined and treated. However, being cured from sickness is often not only a matter of medical or surgical treatments, but a matter of the entire ‘medical space’ of care and caring established around the patient for instance with meals and nursing during hospitalization. But it is also, we would like to argue, about the architecture; the house framing the entire space. With this article, and on the background of the project MORE, we would like to study the connection between sickness, meals, and architecture. Methodologically, we take our point of departure in the theory on the elements of architecture developed by the architect Gottfried Semper, who back in the late 19th century formed the basis for the contemporary and modern architectural-theoretical definition of “space” as experienced phenomenon. On the background of Semper’s theoretical framework and based on the description of a patient meal from the renaissance hospital Santa Maria Nuova, we provide an example of how the architecture of the “mealspace”, through an intentional staging of the meal rituals together with the medical treatments, was an essential part of the ‘medical space’. Even though this scenario seems theatrical today, we think, that this historical description could contribute to a greater understanding of the ‘medical space’ and the design of hospital architecture in the future. With this article we, as such, wish to argue for a stronger focus on the architecture of the “mealspace” in the future hospitals, as well as in research related the ‘medical space’.

The spatiality of the meal – an arena for health promotion?

Rikke Nygaard, Mia Brandhøj, Camilla Berg Christensen & Bent Egberg Mikkelsen

This article wishes to break with a reductionist approach to the understanding of food and meals seen only as a question of nutrition and contribute, rather, to the

development of a new and broader analytical framework which is able, to a greater extent, to apprehend the interaction between food, meals and health in order to be able to identify potentially unexploited spaces for health promotion. In this article we focus on some of the 'foodscape studies' which have recently emerged within the scientific literature around the area of food and meals. Foodscapes provides an interesting analytical framework, as it offers an insight into the complex interaction between availability, actors – including those eating, those selling and those serving - and with the physical environment in which our choice of meal is made. In our research in public health nutrition and meal science we are investigating how this analytical framework can be applied to the meals that surround us in our everyday lives outside of the domestic sphere. In this article we look at a number of the most important contributions from the foodscapes literature and offer a model, which aims at operationalizing analyses with a foodscapes approach for the purposes of making this complex approach more manageable in specific analyses. In order to exemplify how this can be done, the possibilities of the model are demonstrated in our work with health promoting spaces, specifically with cases from vocational schools and from the bus driver business.

Entering 'Sacred Space'. On Chaplaincy Care in Danish Hospitals

Hanne Bess Boelsbjerg

In Danish hospitals spiritual care is offered by chaplains to all patients, irrespective of whether or not the patient is religious. This article explores the room in which such spiritual care is provided. Presenting insights from interviews with 15 chaplains of Muslim or Christian faith together with an observation of a conversation between a Christian chaplain and a patient, the article seeks to develop a contextual understanding of how spiritual care is provided. The article argues that the chaplain uses rituals and metaphors to demarcate the boundaries of an invisible space used for meaning-making. If the chaplain and the patient establish a trustworthy relationship, the use of rituals can create a sense of 'sacred space.' This analytic term is used to help us visualize the invisible room where patients have the opportunity to re-evaluate their beliefs and values. The concept of 'sacred space' draws on the theories of Emile Durkheim, Victor Turner and Gregory Bateson. It relies on the concept of non-communication. Although it cannot be ut-

tered, some of the understanding of this 'sacred space' can be turned into a flexible metaphor understood in different ways by both chaplain and patient. Through a negotiation between the different understandings of reality the patients may experience a support as they see themselves as more than severely ill bodies.

Illness and self-image across spaces

Iben Emilie Christensen & Sofie Ilsvard

This article deals with the relationship between physical spaces, illness and self-image amongst people with severe physical disabilities or impairment of function, who have been prescribed gratuitous physiotherapy as part of their treatment. The study has been based on field-work conducted within the framework of a phenomenological-hermeneutical approach, with the pivotal theme pertaining to the subjective and beneficial experiences of the participants, as well as identifying ways for participants to integrate the institutional frame of the clinic of physiotherapy as an integral part of their everyday lives. Despite the fact that participants are typically engaged in lifelong treatments in clinics of physiotherapy, the existing knowledge of their experience hereof, is quite sparse. The aim of the article is therefore to gain insight into the participants lived experiences of training within the environment of the physiotherapeutic clinic – thus to examine the significance of physical space in relation to the self-image of the participants. The empirical analysis is established on a relational perspective, as the participants address both their perception of illness and self-image dependent on their location during treatment, and on their subjective spatial understanding. In this context it is argued that the definition and understanding of physical space in relation to the participants' self-images emerge and become visible through the comparison and interpretation of other various physical spaces. In examining the self-image of patients, the paradoxical conclusion arises that the clinic of physiotherapy, a place where illness is treated and practiced, is not experienced by participants as a 'space of illness', but as a much-needed free space from illness where they feel like 'regular people'. In contrast to this are the private homes and the public space, which are far more likely to represent a 'space of illness', as these are the spaces where impaired function and disability create barriers for the participants' social lives and where the limits between normalcy and deviance are defined.

Taming pleasure – a spatial analysis of a Danish heroin clinic

Birgitte Schepelern Johansen & Katrine Schepelern Johansen

Substance abuse treatment with medically prescribed heroin is new in a Danish context. This article addresses the complicated transformation of heroin from illegal street drug to prescribed medicine through an analysis of the spatial arrangements in one of the five new clinics in Denmark. The article shows how the heroin clinic stages this modelling of heroin as medicine through certain spatial arrangements and means of control with the aim of separating the heroin from the street culture it has been part of before and from the pleasure that the users are striving for. The goal of this process is to marginalise the heroin from the life of the users. At the same time the analysis reveals how the heroin embed other possible presences – as social taboo, as illegal drug, as pleasure – and these other presences constantly surfaces in the ideals of the staff and in the behaviour of the clients: in their high and their ways of appropriating space. Thus, the heroin should be understood as a ‘messy object’ that makes the space for treatment inevitably contradictory.

Environmental qualities and patient well-being in hospital settings

Anne Kathrine Frandsen

Within the last decades the impacts of the physical environments of hospitals on healing and health-care outcomes have been subject to ample research. The amount of documentation linking the design of physical environments to patient and staff outcomes is increasing.

A Danish research project undertaken by Architecture and Design and the Danish Building Research Institute (Aalborg University) set out in 2008 to review research on the impact of the environmental qualities of health-care facilities on patients and staff. The objective of the review team was to develop a tool that would allow an overview of this research, needed by construction clients and decision-makers in Denmark responsible for large investments in future hospitals and healthcare environments in the decade to come.

The present paper offers an overview of the findings of the review team. Its point of departure is the categorisation developed during the study, which facilitated the sorting and communication of the findings. In this categorisation, research findings are grouped according to their focus on specific spatial qualities – such as light and acoustics – and not according to the different diagnoses, which may be linked to such spatial qualities, like stress and depression. In other words, the application of this categorisation foregrounds the importance and the convenience of looking at spatial qualities of the physical environment, when addressing issues related to patient or staff wellbeing.

Indenfor de sidste 20 år har der været en voksende forskningsmæssig interesse for hospitalers fysiske rammer og disses betydning for patienters velvære og helbredelsesforløb, samt personalets velbefindende. Tilsvarende er antallet af forskningsresultater, der knytter udformningen af de fysiske rammer på hospitaler sammen med patienters og personalets velbefindende, stigende.

I 2008-09 gennemførte Arkitektur og Design og Statens Byggeforskningsinstitut ved Aalborg Universitet et litteraturstudium af den forskning, der undersøger om og hvordan kvaliteter ved de fysiske rammer påvirker patienter og personale. Målet med litteraturstudiet var at udvikle et værktøj, der kunne give bygherrer og beslutningstagere med ansvar for byggeriet af de mange nye hospitaler i Danmark, et overblik over forskningen på feltet.

Denne artikel søger at give et overblik over litteraturstudiets resultater. Dette gøres med udgangspunkt i en kategoriseringsmodel, udviklet som en del af studiet med henblik på at sortere og kommunikere de iagttagne forskningsresultater. I modellen kategoriseres forskningsresultaterne ud fra, hvilke faktorer i de fysiske rammer, de beskriver – f.eks. lys og akustik – og ikke ud fra de diagnoser, som disse faktorer kan sættes i forbindelse med – f.eks. stress og depression. Ved at kategorisere den iagttagne forskning med udgangspunkt i denne model, fremhæves de kvaliteter ved hospitalernes fysiske rammer, som synes at spille en rolle for patienters og personalets velbefindende.

Forfatterliste

Regner Birkelund

Cand.cur., ph.d. og dr.phil. Lektor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Har publiceret en lang række bøger og artikler, der bl.a. har æstetikens betydning for sundhed, velvære og erkendelse som omdrejningspunkt. Senest har han udgivet antologien *Ved livets afslutning*, i hvilken æstetikens betydning i forbindelse med palliativ omsorg, pleje og behandling belyses.

Tenna Doktor Olsen Tvedebrink

Phd-studerende i «Hospital Mealscape Design» ved Institut for Byggeri & Anlæg, Aalborg Universitet. Uddannet civilingeniør med speciale i Arkitektur, fra Institut for Arkitektur & Design ved Aalborg Universitet, og er enkeltfagsstuderende fra Københavns Universitet, Institut for Fødevareforskning og Institut for Humanernæring. Forskningsområder er arkitektur, design, interiør, spisemiljøer, måltider og madhistorie.

Anna Marie Fisker

Lektor ved Aalborg Universitet, sektionsleder af sektionen Food+Design, Institut for Byggeri og Anlæg, Aalborg Universitet. Uddannet arkitekt maa fra Århus Arkitektskole og er PhD i «Mad og Arkitektur» fra Aalborg Universitet, Institut for Arkitektur, Design og Medie Teknologi. Forskningsområder er arkitektur, design, interiør, madkultur, gastronomi, måltider og madhistorie.

Poul Henning Kirkegaard

Professor ved Aalborg Universitet, Institut for Byggeri & Anlæg. Uddannet civilingeniør med speciale i bygningskonstruktion og er PhD i «Optimal Design of Measurement Programs for the Parameter Identification of Dynamic Systems». Forskningsområder er

blandt andet rumakustik, arkitektonisk kvalitet, digital arkitektur, bærende konstruktioner, bygningsmaterialer og integreret design.

Rikke Nygaard

Rikke Nygaard forfølger i denne artikel en tidligere interesse i hverdagslivsperspektiver på sundhed og sundhedsfremme og hverdagslivet som arena for læring. Og hvor hun tidligere har arbejdet med forældreskabet, seksualitet og køn forfølger hun i denne artikel via et Foodscapes perspektiv maden, måltidet og arbejdslivet som specielt egnede arenaer for sundhedsfremme.

Mia Brandhøj

Mia Brandhøj har etableret både forsknings- og praksis- erfaring med at implementere sundhedsfremmende indsatser på små- og mellemstore danske arbejdspladser, gennem tværvideenskabelig tilgange i forskningsprojekter og som konsulent i branchen. Mias særlige interesse i Foodscapes studierne og litteraturen er blevet udbygget i literaturgennemgang, Ph.d. kursus, rapport og nu i denne artikel.

Camilla Berg Christensen

Camilla Berg Christensen har primært arbejdet med kost- og motions-vaner blandt unge. Camilla har en speciel interesse i sundhedsfremmende indsatser på ungdomsuddannelser i et interventionsorienteret perspektiv. I denne artikel udforskes Foodscapes tilgangen i forhold til hvordan et sådan perspektiv kan berige arbejdet med sundhedsfremmende indsatser på ungdomsuddannelserne.

Bent Egberg Mikkelsen

Professor, Ph.D, Forskningskoordinator, Kandidat i levnedsmiddelvidenskab (cand. brom.), 1984, PhD i Sociologi, RUC, TekSam. Forsker i ernæring og bæredygtigt forbrug i udespisningen, særligt skoler, børnehaver, arbejdspladser og sygehuse. Har særlig fokus på partcipatorisk udvikling af interventioner samt på måling af effekter af interventioner og strategier. Indtager og har indtaget en række ekspertfunktioner for en række internationale organisationer i spørgsmål om folkesundhedsernæring og settings, herunder Europarådet, WHO og EU kommissionen. Co editor på tidsskriftet Public Health Nutrition.

Hanne Bess Boelsbjerg

Hanne Bess Boelsbjerg (1973) er cand.mag. i religionsvidenskab (AU). Fra 2006 tilknyttet Center for Forskning i Eksistens og Samfund, Sociologisk Institut, Københavns Universitet. Siden 2010 ph.d.-stipendiat ved forskningsenheden 'Helbred, Menneske og Samfund' på Institut for Sundhedstjenesteforskning på Syddansk Universitet. Hendes ph.d.-projekt omhandler kristne og muslimske kræftpatienter i palliative forløb.

Iben Emilie Christensen

Iben Emilie Christensen er uddannet cand.scient.soc. fra Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation, Aalborg Universitet, i 2011. Iben er projektleder i KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (tidligere Dansk Sundhedsinstitut), hvor hun ved hjælp af kvalitative metoder inddrager og kombinerer borgeres og fagpersoners erfaringer med fx forebyggelsesindsatser og behandling i sundhedsvæsenet.

Sofie Ilsvard

Sofie Ilsvard er uddannet cand.scient. soc. fra Institut for Sociologi, Socialt arbejde og Organisation, Aalborg Universitet, i 2011. Sofie er ansat som videnskabelig assistent ved Sektion for Almen Medicin, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, og forsker i deltagelse og rekruttering ved forebyggelsesindsatser.

Birgitte Schepelern Johansen

Birgitte Schepelern Johansen er ph.d., adjunkt ved Minoritetsstudier, Institut for Tværkulturelle og Regionale Studier, Københavns Universitet. Hun er religionssociolog af uddannelse, men har gennem en årrække primært arbejdet med forholdet mellem normalitet og afvigelse i et videnssociologisk perspektiv.

Katrine Schepelern Johansen Katrine Schepelern Johansen er ph.d. i antropologi og ansat som projektleder ved KORA (Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning). Hendes primære forskningsinteresse er psykiatri og stofmisbrugsbehandling og hun har senest arbejdet med en evaluering af det danske tilbud om lægeordineret heroin.

Anne Kathrine Frandsen

Anne Kathrine Frandsen er arkitekt og Ph.d. fra Kunstakademiets Arkitektskole. I dag er hun ansat på Statens Byggeforskningsinstitut, Aalborg Universitet, hvor hun dels forsker i byggeprocesser og implementering af ny viden og teknologi i design- og byggeprocesser, dels i oplevet kvalitet i arkitektur.