

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

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

Birgitte Schepelern Johansen & Katrine Schepelern Johansen

Institut for Tværkulturelle og Regionale Studier, Københavns Universitet
KORA

bjohansen@hum.ku.dk, katrine.s.johansen@anthro.ku.dk

Johansen, B. S. & Johansen, K. S. (2013). At tæmme nydelsen - en analyse af den rumlige indretning af en dansk heroinklinik. *Tidsskrift for forskning i Sygdom og samfund*, nr. 18, 113-134

Misbrugsbehandling med lægeordineret heroin er et nyt behandlingstiltag i Danmark. Denne artikel behandler den vanskelige transformation af heroin fra ulovligt gadestof til ordineret medicin gennem en analyse af den rumlige indretning af en af de fem nyetablerede heroinklinikker i Danmark. Artiklen viser, hvordan man i klinikken forsøger at konstituere heroinen som medicin ved, gennem rumlig afgræsning og kontrol, at adskille heroinen fra den gadekultur, den samtidig er [før har været] en del af, og fra den nydelse, som brugerne stræber efter. Analysen viser dog også, at heroinens andre fremtrædelsesformer – som social tabu, som ulovligt stof og som skaber af nydelse – kontinuerligt trænger sig på både i personalets idealer og i brugernes adfærd: i deres rus og i deres måde at indtage klinikkens rum. Heroinen må således forstås som et 'messy object', hvis flertydighed gør klinikkens rum uundgåeligt modsætningsfyldte.

I foråret 2008 vedtog det danske folketing, at behandling med lægeordineret heroin skulle være en del af stofmisbrugsbehandlingen i Danmark, og Danmark blev dermed det femte land efter Schweiz, Stor Britannien, Holland og Tyskland, hvor

heroinbehandling er mulig som et permanent behandlingstilbud. Andre lande – Spanien og Canada – har gennemført forsøg med heroinbehandling, men uden at indføre det som et fast tilbud (Strang et al., 2012). I de lande, hvor man har indført behandlingen med lægeordineret heroin, ses behandlingen primært som en forlængelse eller udvidelse af eksisterende substitutionsbehandling med metadon og buprenorphin. I andre lande bliver behandlingen med lægeordineret heroin fortsat set som et yderst kontroversielt behandlingstilbud, hvor behandlingsmålene er uklare, og effekten er tvivlsom (se for eksempel den norske høring om lægeordineret heroin (Dalsbø et al., 2011; Forskningsrådet, 2011)).

Dansk stofmisbrugsbehandling bekender sig officielt til begrebet skadesreduktion, hvilket betyder, at stoffrihed ikke nødvendigvis er det eneste mål for behandlingen, sådan som vi f.eks. fortsat ser det i Sverige (Benjaminsen et al., 2009). Stabilisering af misbruget ved hjælp af substitutionspræparat og derefter langvarig vedligeholdelsesbehandling ved hjælp af medicin er for mange – særligt ældre stofbrugere – også et behandlingsmål. Denne medicinske substitutionsbehandling skal ifølge lovgivningen følges af socialbehandling, der adresserer de sociale problemer, som langt de fleste stofbrugere også har. Introduktionen af heroin i en dansk sammenhæng har flere årsager: Dels har Danmark et relativt højt antal misbrugsrelaterede dødsfald (Sundhedsstyrelsen, 2011), som der politisk har været ønske om at få nedbragt. Dels har man etableret behandlingen med henblik på at imødekomme et stærkt ønske hos brugere (Houborg, 2012). Denne introduktion af heroin i en behandlingsmæssig ramme har dog været stærkt kontroversiel og har ført til ophedede debatter blandt både politikere og praktikere (se for eksempel Teknologi-rådets høring (Aadal et al., 2007)): Hvordan kan det forsvares, at staten uddeler et stof, som den burde bekæmpe? Hvordan kan heroin både være problemet og løsningen? Vil heroinbehandling overhovedet medføre, at misbrugerne får det bedre – og vil de kunne blive stoffri? Heroin er forankret i nogle meget magtfulde diskurser om farer, kriminalitet, social afvigelse, snavs og død (Weinberg, 2000), og dette gør det til en stor udfordring at indarbejde heroinen i en behandlingsmæssig kontekst (DeHue, 2002).

Rummene og tingene – det analytiske perspektiv

I denne artikel vil vi undersøge den behandling, der skabes i heroinklinikkerne, og vi vil nærme os dette gennem en udforskning af de fysiske rum, som behandlingen udfolder og udfolder sig i. At vores materielle omgivelser ikke blot er en scenografisk baggrund, men en integreret del af menneskers liv, og at der er en

sammenhæng mellem rumlige indretninger, magt og normer, har længe været en gængs forståelse i samfundsvidenskabelige og humanistiske udforskninger af menneskelig gøren og væren (se for eksempel Foucault, 1977; Latour, 1987; Callon & Latour, 1981; de Certeau, 1985; Lefebvre, 1991; Law, 2001, Massey, 2005, se også Low & Lawrence-Zúñiga, 2003 for overblik og diskussion). Feltet er bredt, og i det følgende har vi hentet vores primære inspiration i tilgange til det materielle, hvor rummene og tingene ses som noget, der både kan virke stabiliserende på sociale relationer, og som noget, der hele tiden selv må stabiliseres gennem en fiksering af relationer mellem ting og mellem ting og mennesker (Laclau & Mouffe, 1985; Law, 2001; 2004). Blandt andet sociologen John Law (Law, 2001, se også Callon & Latour, 1981) har argumenteret for, at de normer og strategier, der danner basis for social organisering, i høj grad er 'uddelegeret' til materielle aktører så som rum, vidensmedier, kommunikationsveje og lignende. Herved udkrystalliserer sociale relationer sig i en mere holdbar form, og rum, genstande og mennesker spiller aktivt sammen og danner det pågældende sociale felt med dets mulighedsbetingelser for handling. De fysiske rum understøtter således særlige følelser og erfaringer, de foreslår roller og identiteter, og nogle gange sætter de meget konkrete restriktioner på vores muligheder for at handle. Antropologiske studier af misbrugsbehandlingsklinikker har primært fokuseret på brugernes oplevelse af behandlingen og deres forsøg på at vinde kontrol over denne (for eksempel Hunt & Rosenbaum, 1998; Bourgois, 2000; Jöhncke, 1997;; Dahl, 2007) eller interaktionen mellem brugere og personale (for eksempel Asmussen & Kolind, 2005; Gomart, 2002; Weinberg, 2000, Garcia, 2010). En egentlig analyse af de konkrete fysiske rum og deres betydning har dog været fraværende i disse udforskninger. Ved at analysere heroinbehandlingens udtryk i de fysiske rum, og hvordan disse rum understøtter særlige opfattelser af behandlingen, mens andre miskrediteres, kan vi få et indblik i de normer og idealer for god misbrugsbehandling, som søges realiseret i heroinklinikkerne.

Vores analyser af rummene og genstandene, de stemninger de sætter, og den måde hvorpå personale og klienter approprierer dem, peger imidlertid også på, at realiseringen af den nye behandlingsform rummer ambivalens og ikke mindst en uafgjorthed i relationerne mellem mennesker og mellem mennesker og ting. Dette skyldes, at selve det normative grundlag for behandlingen i nogen grad er uafklaret: Hvad er formålet med behandlingen egentligt? Er det at gøre klienterne stof-fri? At give dem et sundere og mere velfungerende liv? Og hvordan ser et sådant liv ud? Disse spørgsmål hænger også sammen med forskellige opfattelser af, hvori sygdommen overhovedet består. Man kan dog spørge, om det er tilstrækkeligt at

anskue rummene som en materialisering af behandlingssystemets forskelligartede normer og idealer, udkrystalliseret i vægge, borde, sprøjter, fixe-båse, brikke, sofaer, heroin, sygeplejerskens hænder og brugerens årer. Rummenes ambivalens og de dilemmaer og paradokser, der opstår i behandlingen, peger også på, at det punkt, hvorom realiseringen af denne nye behandling foregår – heroinen – i sig selv er over-determineret (Laclau & Mouffe, 1985, se også Star & Griesemer, 1989 om 'boundary objects'). Heroinen er netop ikke i udgangspunktet et entydigt objekt, men rummer på én og samme tid potentialet for at være illegalt stof og medicin, ulovligt og lovligt, problem og løsning. Heroinen kan med fordel ansues som et 'messy object' (Law & Singleton, 2005), der bliver til i vekslende betoning og sammenfald mellem medikalisering (heroin som medicin), kriminalisering (heroin som narko) og forbrug (heroin som nydelse) – og det er ikke mindst denne 'messyness', der udfolder rummene som uundgåeligt modsætningsfyldte. En analyse af rummene kan derfor også give os en større forståelse for, hvad heroinen er eller kan være og de transformations processer, den går igennem som del af etableringen af dette nye behandlingstilbud.

Konkret vil vi beskrive og analysere heroinklinikken i København.. Når vi har udvalgt denne klinik blandt de fem danske klinikker, er det fordi, at denne klinik er etableret udelukkende med heroinbehandling som formål, hvor de øvrige klinikker er etableret i forbindelse med allerede eksisterende misbrugsbehandlingstilbud, og dermed i højere grad har måttet tilpasse sig eksisterende forhold. Klinikken i København må således i størst grad formodes at afspejle de forestillinger om behandlingens mål og opbygning, som fra officielt hold ligger bag introduktionen af heroinbehandling.

Metode

Data til denne artikel er genereret i forbindelse med et antropologisk forskningsprojekt om heroinbehandling i Danmark, som den ene af artiklens forfattere (Katrine S. Johansen) har forestået. Projektet er løbet fra 2008 til 2012 og har haft følgende forskningsspørgsmål: 1) Hvordan planlægges, organiseres og udføres heroinbehandling? 2) Hvilken effekt er der af behandlingen? 3) Hvordan oplever brugerne behandlingen? 4) Hvordan oplever personalet behandlingen? Og 5) hvordan ændrer brugergruppens sammensætning sig, og hvor kommer brugerne fra?

Dataindsamlingsmetoderne i projektet har bestået af omfattende deltagerobservation på de to klinikker i Københavnsområdet, samt korterevarende besøg

på de tre øvrige danske heroinklinikker. Dertil kommer mange timers uformel samtale med brugere og personale på klinikkerne, samt kvalitative interview med 50 brugere samt 30 personalemedlemmer. Dataindsamlingen er foregået over ca. 2 år – fra årsskiftet 2009-2010 til tidligt forår 2012. I det første årstid med tilstedeværelse 3-5 dage om ugen i felten og i det andet årstid med færre dage og længere mellemrum – typisk cirka 2-3 dage om ugen.

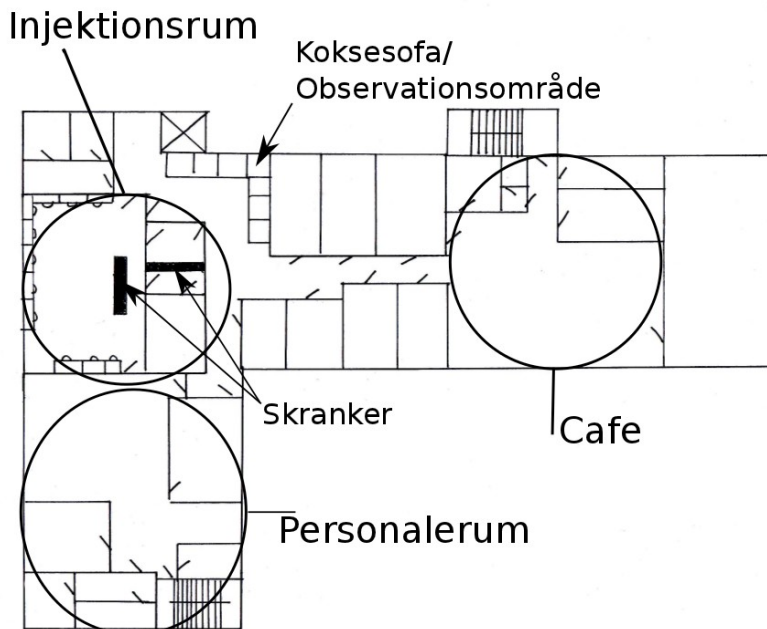
Rent konkret udspringer artiklen af et besøg af artiklens anden forfatter (Birgitte S. Johansen) på heroinklinikken i København efter, at Katrine havde lavet feltarbejde der i et års tid. Der er således tale om en syntese af en position, der kendte rummene og deres funktion intimt og en anden position med en umiddelbar læsning af rummene. Da interessen er på rummet, og hvad det kan fortælle om heroinbehandlingen, er artiklen bygget op som en analyse af de forskellige typer af rum, som indgår i heroinklinikken. Målet er således ikke en teoretisk udfoldelse af, hvad rum og ting er, men at tilbyde en undersøgelse af en række konkrete rum, etableret med et helt specifikt formål, nemlig heroinbehandling i Danmark. Dette betyder også, at analyserne ikke primært forsøger at forstå og formidle de forskellige aktørers erfaringer af rummene, om end disse naturligvis spiller væsentligt ind som retningsgivende for vores udlægninger. I stedet er det eksplicite udgangspunkt for analyserne vores iagttagelser og oplevelser af rummene, de stemninger de sætter, og de måder hvorpå folk agerer i dem. Herved tilbyder artiklen en læsning af rummene, hvori det materielle forstås som noget, der uundgåeligt knytter an til mere generelle koder: Rum kan stemmes eller forsøges stemt på forskellig vis, og denne stemning er ikke vilkårlig (om end den naturligvis kan mislykkes!). Rummenes indretning og de stemninger, de foreslår, trækker netop på reservoirer af betydning, der forudsættes delt, og det er dette, vi som udgangspunkt adresserer.

En rundvisning i klinikken¹

Klinikken i København er den største af de fem klinikker. Ifølge planlægningen er der plads til, at 120 brugere kan komme og modtage deres heroin to gange dagligt.

Det første, der møder én er cafeen. Cafeen er et lyst lokale med vinduer langs to af siderne. Rummet er indrettet med borde og stole – nogle gange står de sammen som et langt bord i midten af lokalet – andre gange står de i mindre firkantede grupper. I den ene ende er der et rundt bord med fire computere. Der er billeder på væggen og et stort, flot akvarium. Langs den ene væg står en række lave borde med skuffer, hvor der er porcelæn, bestik m.m. På et af disse borde står en stor kaf-

femaskine, og der lugter af kaffe i det meste af rummet. I forlængelse af cafeen er der til den ene side en terrasse, hvor man må ryge. Når vejret er til det, står døren tit åben ind til cafeen, og lugten af røg blander sig med lugten af kaffe. En del af terrassen er overdækket, så man også kan ryge, når det regner.



Fra dette område leder en gang hen til injektionsfaciliteterne, der er placeret i midten af klinikken. På den ene side af injektionsrummet finder vi et område, hvor brugerne kan vente på at komme ind i injektionsrummet og også kan sidde og slappe af, efter at de har taget deres injektion. Til dette formål er der her placeret en stor sofa. På den anden side af injektionsrummet finder vi personalekontorer, mødelokaler, personaleindgang og -toilet med mere. Fra venteområdet kommer brugerne ind i det lille udleveringsrum, og døren lukkes efter hver bruger, således at der aldrig er mere end én bruger i udleveringsrummet af gangen. I udleveringsrummet er der en skranke, og bag denne står en sygeplejerske. Når en bruger kommer ind i udleveringsrummet, vil sygeplejersken kontrollere brugerens heroindosis i computeren og derefter trække heroinen op i en sprøjte. Mens sygeplejersken gør sprøjten klar, tager brugeren vat, små sterile sprit-servietter til at desinficere injektionsstedet, plaster og måske en ekstra kanyule. Alt dette – sammen med sprøjten med heroinen – tager brugeren med sig ind i injektionsrummet gennem den næste dør.

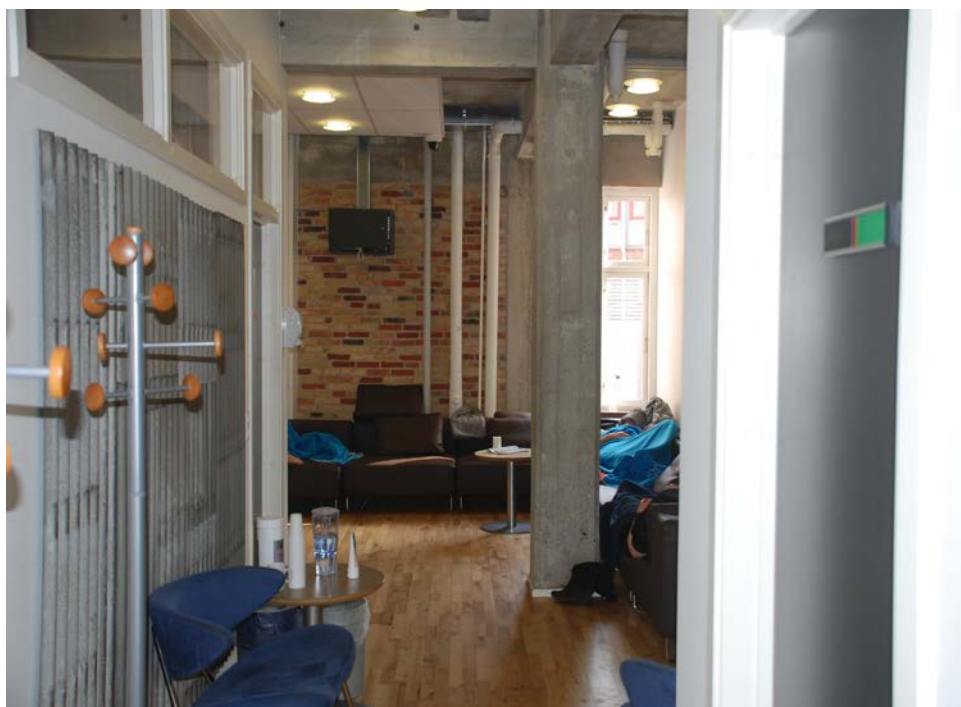
Injektionsrummet er cirka 6 x 10 meter. Langs tre af de fire vægge er placeret ét langt bord, som er delt op i 13 bås ved hjælp af små skillevægge. Disse vægge forhindrer, at brugerne kan se ind til pladsen ved siden af, men ellers er båsene åbne. Hver bås har en stol placeret foran bordet og en lampe på bordet. I hver anden bås er der placeret et lille spejl på bordet til de brugere, der ikke direkte kan se det sted, hvor de injicerer (for eksempel i balden eller på bagsiden af armen). I rummet er der desuden to mobile skærme, som brugerne kan benytte, hvis de ønsker at afskærme injektionsbåsen lidt mere (for eksempel hvis de injicerer i deres lyske og derfor bliver nødt til at tage bukserne af). På hvert bord står der en lille spand til sprøjter, kanyler, vat med blod med mere, og tilsvarende større spande er placeret rundt omkring i rummet. Ved den fjerde væg finder vi endnu en skranke og tre håndvaske. Fra skranken kan alle injektionsbåsene overvåges. Den sygeplejerske, hvis opgave det er at overvåge injektionerne, vil normalt sidde på en stol i nærheden af skranken, men en del af tiden vil vedkommende gå rundt i rummet, tjekke om brugerne er ok og rydde op.



Billede af injektionsrum

Når brugerne kommer ind i injektionsrummet, går de hen og lægger deres sprøjte og øvrige remedier på bordet i en bås, som regel den samme bås hver gang. Derefter går de hen og vasker deres hænder. Nogle bruger også den desin-

fektionsvæske, der er placeret ved vaskene. Derefter går de tilbage til deres bås. Nogle tager den mobile skærm og placerer den bag ved deres stol. Derefter sætter de sig ned og desinficerer det sted, hvor de planlægger at injicere. Har de brug for en staseslange kan den afhentes ved skranken. Efter at have desinficeret injektionsstedet tager brugerne sprøjten, stikker kanylen gennem huden ind i enten en vene eller en muskel og trykker sprøjtens stempel i bund. Bagefter fjerner de kanylen og sprøjten og sætter et lille stykke vat fast over injektionsstedet med et stykke plaster. Når de har injiceret, sidder de fleste brugere stille et øjeblik eller to, men ellers er det ikke tilladt at blive siddende i injektionsrummet. Efter injektionen skal der ryddes op, sprøjte, nåle, vat og spritservietter skal smides ud, og der skal vaskes hænder igen. Brugere, som er blevet meget påvirkede af heroinen, skal sidde i sofaen i venteområdet udenfor injektionsrummet, hvor en sygeplejerske holder øje med dem, men ellers går de fleste brugere direkte ned til cafeen efter injektionen – også fordi det er det eneste sted, hvor man må ryge.



Billede af kokesesofa

På denne tur – fra cafeen, gennem venteområdet uden for injektionsrummet, gennem udleveringsrummet, ind i injektionsrummet og tilbage til cafeen igen –

kommer man igennem en række forskellige rumlige arrangementer, der hver især iscenesætter bestemte atmosfærer, og som understøtter bestemte forståelser af de objekter og personer, der er i rummene, og af de (be)handlinger, der foregår. I det følgende vil vi se nærmere på disse forskellige forståelser, som udtrykker, hvad vi kunne kalde de formelle normer, ikke kun for behandlingen som den udspiller sig snævert i klinikkens rum, men også for det normale eller gode liv, som brugerne gerne skulle bevæge sig hen mod ved hjælp af behandlingen. Vi vil også diskutere de sprækker og ambivalenser, der ligger heri, og vi vil vise, hvordan brugerne approprierer disse forståelser og ikke sjældent forsøger at udfordre dem.

Kliniske rum

Noget af det første man som besøgende i klinikken bemærker, er det skift i atmosfære, der finder sted, når man bevæger sig fra cafeen gennem gangen ned til injektionsrummet. Hvor cafeen er hyggelig og farverig, forsvinder denne hjemlige stemning, når man bevæger sig hen imod injektionsrummet. Først passerer man gennem en korridor med døre indtil mindre kontorer og undersøgelsesrum til begge sider, hvor der kun er plads til gennemgang. Dette er ikke et sted man stopper op – det er et sted, man kommer, hvis man har et ærinde. Så skifter scenen igen, når man går gennem udleveringsrummet – der fungerer som en sluse – og videre ind i injektionsrummet. Og det er her, vi vil starte vores analyse. Den umiddelbare fornemmelse, injektionsrummet giver, er, at dette er et rum beregnet på medicinsk behandling: indretningen er klinisk med rene overflader, og lugten af desinfektionsmiddel er markant. Der er ingen billeder eller malerier, bortset fra en plakat, der viser det menneskelige vene-system i klare røde og blå farver. Ellers er farveholdningen hvid og mintgrøn (samme farve som operationstøj). I det ene hjørne står et 'akut-leje' – det vil sige en hospitalsseng, der kan bruges i tilfælde af overdosis og allergiske reaktioner, sammen med et iltapparat og andre remedier til genoplivning. Denne indretning sender et meget tydeligt signal om, at vi her befinder os et sted, hvor formålet ikke er at tage stoffer, men at modtage medicin på en ren og sikker måde. Og det er i høj grad den tryghed, der ligger i det kliniske, som brugerne kommer for, fordi det sikrer dem herindefra af en vis kvalitet.

En væsentlig del af den kliniske tryghed, som injektionsrummet udtrykker, kommer også af, at behandlingen er kontrolleret og overvåget: At der er nogen, der holder øje med, hvad man gør og kan gribe ind, hvis noget går galt. Apropos overvågning, så fremstår injektionsrummet som en variant af et foucaultsk panoptikon (Foucault, 1977): De små, klart afgrænsede injektionsbåse er placeret

i en halvcirkel rundt om skranken, og de er alle åbne for observation fra den sygeplejerske, der sidder her. Sidder brugeren foran bordet, vil vedkommende have ryggen til skranken og er dermed hverken i stand til at se, hvad sygeplejersken eller brugerne i de øvrige båse foretager sig. Ligesom hos Foucault er der også en hel række af kropslige procedure, som brugeren helst skal følge nøje: afvaskning af hænder, desinfektion, at gå direkte hen til båsen og foretage sin injektion stille uden at tale med andre brugere i rummet, og endelig at forlade rummet igen lige efter injektionen.

Alle disse krav og procedurer i samspil med rummets fysiske udformning indrammer selve øjeblikket, hvor brugeren foretager injektionen på en sådan måde, at den bliver noget radikalt anderledes, end det brugerne plejede at gøre. Brugerne kan nemlig ikke være flere sammen i en bås og foretage injektionen sammen eller på hinanden, de kan ikke selv bestemme, hvor på kroppen de ønsker at foretage injektionen, de kan ikke ryge, mens de injicerer eller lige efter, og de må ikke sidde og nyde rusen efter injektionen mere end et kort øjeblik. Det er et krav, at brugeren underordner sig disse regler, hvis de skal indskrives i behandlingen – med personalets ord skal de kunne 'samarbejde om injektionen'. Disse restriktioner og rummets indretning kan således oplagt ses som et forsøg på at disciplinere brugernes handlinger og oplevelser, idet de alle har den effekt at begrænse den nydelse, der for brugerne er forbundet med at tage heroinen, og dermed bliver det mindre attraktivt at tage (se også Bourgois, 2000 for en sådan foucaultsk læsning af misbrugsbehandling baseret på substitutions-medicin).

Men vi mener, at man kan gå videre endnu og se restriktionerne og deres samspil med de fysiske rammer som forsøg ikke kun på at lede klienternes adfærd, men som forsøg på at modellere heroinen som et helt nyt objekt. Forsøgene på at minimere nydelsen fra heroinen indgår nemlig sammen med de kliniske rammer i et net af relationer, der via tæmningen af nydelsen i klienternes kroppe sigter på at konstituere heroinen som substitutions-medicin i stedet for som et forbudt narkotikum. Og substitutions-medicins primære formål er ikke at give nydelse – den skal stabilisere brugerne og forbedre helbredstilstanden (Houborg, 2012). Problemet er blot, at dette nye objekt skal finde sin plads ved at ekskludere heroinen som stof/narko, og dette indebærer en paradoksal samtidighed, fordi man på den ene side giver heroinen, og på den anden side prøver at begrænse et af de mest centrale incitament for at tage den. I det følgende vil vi se nærmere på denne samtidighed, og på hvordan distinktionen mellem medicin og stof/narko udspiller sig i klinikkens rum.

At tæmme nydelsen

Distinktionen mellem medicin og stof, og videre mellem behandling og nydelse er ikke på nogen måde ny i misbrugsbehandlingen. Antropologen Philip Bourgois (2000) har argumenteret for, at de samme distinktioner gør sig gældende i forbindelse med metadonbehandling. Den kan ses som “the state’s attempt to inculcate moral discipline into the hearts, minds, and bodies of deviants who reject sobriety and economic productivity”(ibid 167), og denne disciplinering bygger netop på adskillelsen mellem metadon og heroin, medicin og stof/narko, lovlig og ulovlig, og endelig mellem produktivitet og nydelse, hvor nydelsen bliver udtryk for et moralsk forfald (se også Schonberg og Bourgois, 2009). Formålet med behandlingen er således at understøtte brugerens mulighed for at passe et job og i det hele taget leve et normalt liv uden kriminalitet, fordi metadonen fjerner incitamentet til at tage heroinen ved at blokere for rusen (Bourgois, 2000: 168). Denne udlægning af metadonens funktion er dog ikke entydig, og blandt andet har antropologen Emile Gomart i en analyse af introduktionen af substitutionsbehandling i Frankrig fundet, at substitutionsbehandlingen faktisk gav rum for, at stofbrugernes ønske om en vis grad af påvirkethed kunne rummes i behandlingsinstitutionerne. Men – i forhold til vores argument her – er det vigtigt at påpege, at denne rummelighed var knyttet til netop substitution af det illegale stof (f.eks. heroinen) med legal medicin (f.eks. metadon) (Gomart, 2002).

Med introduktionen af heroin som behandling er den primære distinktion i denne behandlingslogik, nemlig den mellem de to substanser metadon og heroin, forsvundet, fordi heroinen ikke længere (kun) er et illegalt stof, der huserer udenfor klinikken, på gaden. Hermed udfordres hele distinktions-komplekset, og det er netop den udfordring, som de offentlige debatter i overvejende grad har kredset om: At klinikkerne ikke er et sted, hvor der uddeles substitutionsmedicin, men et sted hvor der uddeles stoffer, og hvor brugerne fastholdes i misbrug i stedet for at blive stoffri. Hermed ville klinikkerne og personalet blive ‘kommunale pushere’ (som en bruger med et glimt i øjet formulerede det). Så selv om en del af formålet med behandlingen er at imødekomme brugerne i forhold til deres foretrukne stof, kan denne imødekommenhed ikke gå hele vejen, for i så fald ville der ikke længere være tale om behandling, men om stofuddeling. For at undgå et sådan sammenfald eller sammenbrud opretholder man i heroin-behandlingen, som vist, i vid udstrækning grænserne mellem de to domæner (medicin – stof, behandling – misbrug, produktivitet – nydelse). Men nu skal grænsen opretholdes midt i klinikkens rum i stedet for ved klinikkens døre, som i andre studier ellers er blevet

identificeret som den primære grænse (Weinberg, 2000). Derfor er der fortsat – hvis ikke endnu stærkere – brug for at kontrollere nydelsen, fordi nydelse er med til at definere, hvad der er misbrug, og hvad der er behandling. Men nu må denne kontrol foregå gennem styring af de kropslige oplevelser i stedet for ved hjælp af substitutionsmedicin. Dette nye objekt, heroinen som medicin, er således i sit udgangspunkt ustabil, fordi det er konstitueret netop gennem eksklusionen af heroin som nydelse. For denne ekskluderede andethed er konstant nærværende som udtryk for den sygdom (afhængighed), medicinen skal behandle. Hermed ligner heroinen som medicin i høj grad det, som Laws og Singleton kalder et 'fire object', der netop er kendetegnet ved at det: "lives in and through the juxtaposition of uncontrollable and generative othernesses" (Law & Singleton, 2005: 18).

Klienternes nydelse er imidlertid ikke det eneste, der udfordrer en stabil konstituering af heroinen som medicin. For selv om heroinbehandling oplagt kan ses som et eksempel medikalisering (Rose, 2007), så er eksemplet ikke entydigt. Brugere bliver på flere måder netop ikke underkastet en normal medicinsk behandling - havde dette været tilfældet, ville sygeplejersken have ført nålen i injektionsrummet. Eller brugere kunne have fået deres medicin med hjem, når blot de havde en recept. Men sådan er det ikke – heroinen skal blive i injektionsrummet, og brugere skal fortage injektionen selv. De får dermed overdraget 'noget' til eget brug, men dette 'noget' er ikke 'hvad som helst': Det er et farligt og i alle andre situationer forbudt stof. Og når de har fået overhændet stoffet, udfører de præcis den handling, som misbrugsbehandling ellers har til formål at forhindre. Ikke kun fordi det er usundt og et symptom på sygdom, men fordi det er ulovligt og dermed moralsk forkert. Brugere er dermed ikke patienter i nogen almindelig forståelse – de er principielt set også kriminelle. Dette er endnu en årsag til, at kontrollen i injektionsrummet er så intens: Det er overrækkelsen af heroinen, der markerer personalets (og dermed statens) potentielle tab af kontrol over denne substans. Det konstante nærvær, hvor implicit det end må være, af kriminalitet og umoral gør det vanskeligt for den medicinske diskurs at sikre den afgørende klarhed omkring heroinen, som ville have gjort behandlingen helt entydig. Denne spænding, der stammer fra kriminaliseringen af heroinen, understreges også i den kendsgerning, at der bag udleveringsrummet er et andet rum, der altid er låst af og beskyttet af alarm og overvågnings kameraer, nemlig rummet, hvor heroinen opbevares i aflåste pengeskabe. Og dette rum omtaler personalet kun, når det er strengt nødvendigt og kun, når der ikke er brugere til stede.

At søge nydelsen

Den endelige fiksering og stabilisering som injektionsrummet i udgangspunktet lægger op til, bliver således løbende udfordret af dets 'absent presences' (Law & Singleton, 2005: 16), dvs. de ekskluderede objekter, som gennem deres fravær opretholder heroinen som medicin: Heroinen som ulovligt stof og heroinen som nydelse. Disse ekskluderede objekter er nemlig potentielt hele tiden til stede i klienternes sygdom og den måde, hvorpå sygdommen manifesterer sig på i klienternes måde at appropriere rummene. For selv om de fleste klienter ønsker den renhed og sikkerhed, som det kliniske rum tilbyder, insisterer lige så mange på at fastholde den nydelse, som de er vant til fra heroinen. Det gør de blandt andet ved at tage deres 'gadekultur', som personalet kalder det, med ind i klinikken. Og selv om personalet på mange forskellige måder forsøger at insistere på heroinen som medicin, så er de heller ikke entydigt afvisende overfor klienternes dagsordener. Når personalet slipper heroinen og overlader injektionen til klienterne, handler det formentlig ikke kun om det kriminelle aspekt også om en anerkendelse af den rituelle strukturering af injektionen, som er vigtig for mange klienter (Carnwarth & Smith, 2002). Denne anerkendelse peger, ligesom skiftet i stof fra metadon til heroin, på en åbenhed overfor klienternes præferencer og dermed også på en anerkendelse af klienterne som subjekter med egne agendaer. Subjekter, der kan vælge at blive væk fra behandlingen, hvis de i for ringe grad får, hvad de ønsker (Houborg, 2012). Og det betyder også, at man er nødt til – blot et kort øjeblik – at slække de relationer, der opretholder heroinen som medicin og dermed tillade heroinen at blive noget andet. Det er præcis i dette slip, at klienternes 'gadekultur' dukker op og rekonfigurerer heroinen, som vi vil vise i de følgende eksempler.

Det første eksempel omhandler en kvindelig bruger, der injicerer i venen i lysken, da andre vener i arme og ben efter mange års injektionsmisbrug er ødelagt og ikke længere kan bruges. Hun har gennem flere år udviklet en teknik med henblik på at kunne ramme venen i lysken, hvor hun bliver nødt til at sidde på gulvet med strakte ben. For at kunne udføre injektionen, tager hun sine bukser helt af og er oftest kun iført trusser, strømper og en lille T-shirt. Når hun sidder sådan på gulvet, kan hun ikke være inde i injektionsbåsen, og hun bruger derfor dele af det fælles areal ind mod midten af rummet. Hun bryder dermed også de hygiejniske regler i rummet, da gulvet ikke rent praktisk kan desinficeres med de små sprit-servietter, sådan som det lille bord langs væggen kan. Hun fremtræder også mere nøgen end de fleste andre brugere, når hun tager sine bukser af, og når

hun sidder på gulvet, er det sværere at bruge de mobile skærme, som man ellers ville gøre, når en bruger injicerer i sin lyske.

Et par uger efter at hun er startet i behandling, begynder personalet at prøve at ændre på hendes injektionsteknik – ‘at arbejde med hendes vaner’ kalder personalet det. Grunden til, at der går nogle uger er, at man ikke vil skræmme hende væk fra behandlingen med alt for mange krav. Forsøgene på at ændre hendes injektionsteknik bliver gjort med henvisning til en risiko for at injicere galt, med hygiejne og med behovet på at beskytte hende mod at udstille sig selv. Kvinden oplever også problemer med faktisk at ramme venen i lysken på trods af sin særlige teknik, og disse vanskeligheder er meget stressende for hende. Så personalet begynder også snart at begrunde behovet for den ændrede injektionspraksis med, at det vil beskytte hende mod stress og frustrationer. Personalets mål er at overtale kvinden til at injicere intra-muskulært (det vil sige i en muskel) i stedet for i en vene. Ved at injicere intra-muskulært risikerer hun ikke at ramme arterien i lysken, som ligger meget tæt på venen, hun kan meget bedre desinficere injektionsstedet, hun kan sidde på en stol og desinficere stol og bord, hun behøver ikke at tage det meste af sit tøj af, hun kan nemmere skjermes af de mobile skærme, og hun er sikker på at ramme hver eneste gang. Hun vil dog ikke længere få den intense og umiddelbare nydelse, som man oplever lige efter en intravenøs injektion, når stoffet via blodbanen når hjernen. Den efterfølgende generelle oplevelse af noget rart og beroligende, som varer nogle timer efter injektionen, er dog den samme. Ved at lytte til samtaler blandt personalet bliver det dog også klart, at ønsket om at skubbe kvinden fra den intravenøse injektion til den intra-muskulære også er et forsøg på at få hende til at give slip på den umiddelbare rus fra den intravenøse injektion. Personalet beskriver det som sundere ud fra et psykologisk perspektiv, hvis hun kan give slip på denne rus, og dermed vil hun være et lille skridt nærmere det normale liv, hvis hun ikke har brug for rusen en eller to gange om dagen. Samtidig vil heroinen også komme et lille skridt nærmere almindelig medicin, når det bliver noget, som kvinden tager for ikke at blive syg af abstinenser, i stedet for noget hun tager for at blive påvirket. Men det er vigtigt at understrege, at forsøgene på at mindske nydelsen og oplære kvinden i en mere ordentlig kropslig adfærd, hvor hun ikke er afklædt og ikke spreder sig selv og sine ting uden for det afmærkede område, har karakter af frivillighed. Personalet tvinger hende ikke – de foreslår – og dermed anerkender de, at der ligger en åben og uafgjort zone mellem dem og hende, som peger på de vidt forskellige måder, hvorpå heroinen er præsent for dem.

Et andet eksempel på praksisser, der udfordrer heroinen som medicin, er to brugere, der danner par. Normen er, at brugere kommer ind i injektionsrummet alene, er stille og foretager deres injektion for sig selv i fred og ro. Dette par prøver i stedet at dele oplevelsen, sådan som de har været vant til at gøre, når de tog heroinen under mere private forhold. De venter på hinanden i injektionsrummet, de taler højt med hinanden om, hvordan injektionen skrider frem: "Hvordan går det, skat? Husk at prøve at ramme en vene, sådan som vi aftalte – du skal ikke tage det i muskelen – det vil være så rart, hvis vi bagefter kan sidde sammen og nyde det". Nogle gange går de hen til hinandens plads for at se, hvordan det går. Kvinden, som er mere erfaren med injektioner end manden og som plejede at injicere på ham, prøver ind i mellem at instruere ham højlydt: "Husk nu, hvad jeg viste dig, du skal følge venen fra albuen og op på armen". Disse to klienter forsøger således gennem deres måde at bruge rummet, gennem lyd og bevægelse, at etablere heroinen som del af en privat og følelsesmæssig relation – det at fikse er noget, de har sammen, og som også får værdi ved at være delt. Med deres adfærd signalerer de samtidig, at de ikke har overtaget personalets forståelse af heroinen, de vil bare gerne bruge muligheden for at få et mere rent stof regelmæssigt. Igen ser vi, at personalet forsøger at sanktionere denne anderledes tilstedeværelse af heroinen med en fortsat korrektion af klienternes handlen, her især ved at tysse på dem og ved at eskortere den, der blev først færdig, ud af rummet. Men som ved det første eksempel er det tydeligt, at heroinens andre potentialer trænger sig på, til trods for rummets umiddelbare kliniske udformning.

Som nævnt tidligere har en række studier peget på, hvordan stofbrugere navigerer kreativt i behandlingsinstitutionerne, blandt andet i forsøg på at skabe kontrol over den substitutionsmedicin – som regel metadon – som de modtager (se for eksempel. Hunt & Rosenbaum, 1998; Gomart, 2002; Garcia, 2010). Vores analyse peger på, at rummet for navigation er mindre, når det kommer til behandling med heroin, simpelthen fordi heroinen i behandlingssystemet opfattes som mere farligt.

Autentiske rum

Vi vil nu bevæge os videre i klinikken, og se hvordan rummene, heroinen og behandlingen udfolder sig på anderledes måder. Hvor udleverings- og injektionsrummet alt overvejende fremstår som kliniske rum, hvor der uddeles medicin, har afslapningsfaciliteterne og ikke mindst cafeen umiddelbart en anden karakter. Som allerede nævnt er rummet hyggeligere, lyset er varmere, og møbleringen

opfordrer én til at sætte sig ned og – i modsætning til injektionsrummet – blive siddende. I cafeen er der borde med stole omkring, der inviterer til socialt samvær, der er computere, og i afslapningsområdet er der en stor sofa og et fjernsyn. Og der er ingen lugt af desinfektionsmiddel, men af kaffe og cigaretter. Rummet minder på mange måder mere om en almindelig cafe end om et behandlingsrum. Fornemmelsen af kontrol og sikkerhed – og dermed også en lurende bekymring – der gennemsyrrer injektionsrummet, er her løst, og denne afslappedhed giver plads til, hvad vi vil kalde 'det virkelige' eller 'normale' liv. Cafeen repræsenterer hermed et de-institutionaliseret rum markeret med en særlig æstetik, der peger på en anden trend inden for nyere institutionsteori: Rumlige arrangementer, der søger at mime livet udenfor institutionerne (for eksempel det private, personlige eller intime) med henblik på at skabe en afslappet familiær, autentisk og sikker atmosfære (Højlund, 2009; se også Winther, 2006). Denne form for æstetik sigter mod at nedtone den potentielle adskillelse og fremmedgørelse, som institutioner ofte indebærer, ved at skabe sammenhæng mellem ude og inde. Udjævningen mellem inde og ude er dog stadig en integreret del af institutionen og fortæller dermed om, hvad det er for en normalitet, som behandlingen foreslår som sit mål. Formålet med cafeen er da også, at den skal være andet og mere end et venteværelse; det er et sted for social behandling, hvor brugerne for eksempel kan få hjælp til at læse post fra offentlige myndigheder, eller kontakte deres kommunale socialrådgiver eller deres praktiserende læge (se også Asmussen & Kolind, 2005; Grytnes, 2002). Cafeen er også tænkt som en ramme for miljøterapi (Bechgaard, 1992). Dette betyder, at cafeen netop er intenderet at ligne et 'normalt socialt rum', hvor brugerne kan opøve færdigheder som for eksempel at være høflige og hjælpsomme, sidde ordentlig på en stol eller gennemføre en almindelig konversation uden at tale om stoffer. Personalet vil derfor indlede samtaler om hverdagsting med brugerne, og de vil afbryde samtaler, der har et element af at 'tør-fixe' – det vil sige samtaler, hvor brugerne taler indgående om stoffer og rus. Brugere, der er meget påvirkede, bliver også bedt om at gå ned og lægge sig i sofaen i afslapningsområdet. Ligesom injektionsrummet er dette således et rum, der ekskluderer alt, hvad der minder om den 'gadekultur', som klienterne kommer fra (eller formodes at komme fra) for at sætte noget andet i stedet. Hvor injektionsrummet sætter heroinen som medicin i stedet, peger cafeen på et liv, hvor man konverserer, søger job og får ordnet sine udeståender med myndighederne. Cafeen og injektionsrummet er dermed begge del af den overordnede behandlingsstrategi, der sigter mod at afkoble heroinen fra brugerne sociale liv ved at isolere heroinens plads til det hurtige fix i båsen i injektionsrummet – en afkobling, der ideelt set burde skabe plads til forbedringer

i brugernes generelle livssituation. Denne afkobling eller adskillelse (heroin fra det sociale liv, nydelse fra heroin) bliver dog også her udfordret af brugerne, og det samme gælder idealet om at begrænse heroinens indflydelse på brugernes øvrige liv.

Heroinen som stof og som nydelse vedbliver nemlig også med at være præsent i cafeen gennem brugernes rus. Den generelle regel er, at så længe en patient er meget påvirket (kokser), skal han eller hun blive siddende i sofaen udenfor injektionsrummet. Mange brugere ønsker dog ikke at efterkomme denne regel. Hvis de sætter sig ned i sofaen, er de bange for, at de vil falde i søvn og dermed gå klip af den eftertragtede påvirkethed. Hvis de sidder i cafeen kan de tage en kop kaffe, kigge lidt i en avis eller på en computer og virkelig nyde deres rus. Personalet prøver at overtale dem til, at de skal sidde i sofaen – brugerne prøver at overbevise personalet om, at de ikke er så skæve, at dette er nødvendigt. Når brugerne tager denne påvirkethed med sig ned i cafeen, udfordrer de den behandlingslogik, som cafeen forsøger at etablere. Det er svært at lade som om, at dette er normalt rum, hvis det er fyldt med brugere, der kokser. Og det er svært at se, hvilken slags social behandling, der kan foregå, når brugerne er optaget af deres egen nydelse. Eksemplerne viser dog også, at brugerne grundlæggende ikke er i stand til at ændre de rumlige strategier i cafeen – at den for eksempel ikke skal bruges til at kokse – men de kan prøve at gemme denne praksis bag en avis eller en computer. Brugernes måde at appropriere rummene på viser, at de ikke kun er taknemmelige patienter, men at de ofte modsætter sig forsøgene på at få et mere normalt liv, for slet ikke at tale om at holde op med at tage stoffer. Det, der lurer bag brugernes adfærd, når de forsøger at tage deres gadekultur med sig ind i klinikken, er, at stedet bliver et fikserum, det vil sige et rum, hvor et fortsat indtag af heroin er accepteret, normalt og ukontrolleret, og hvor et hvert ideal om stoffrihed er opgivet.

Divergerende idealer – afsluttende diskussion

Etableringen af heroinklinikkerne er det fysiske udtryk for forsøget på at lave en legitim behandling med heroin for mennesker, der bruger heroin (Dehue, 2002). Vi har i denne artikel vist, hvordan et fokus på disse fysiske udtryk og interaktionen mellem de fysiske rammer og de mennesker, der færdes i heroinklinikken, kan give et væsentligt indblik både i heroinbehandlingens mål og idealer og i forsøgene på at fiksere heroinen som objekt på forskellige måder. Vi har her argumenteret for, at etableringen af heroinen som medicin baserer sig på en nødvendig eksklusion af andre objekter, nemlig heroinen som stof og som nydelse. Denne

eksklusion søges gennem to typer adskillelse, nemlig adskillelsen af heroinen fra nydelsen og adskillelsen af heroinen fra brugernes sociale liv. Tilbage står dette ideal: Injektionen i armen med abstinens-dæmpende medicin (som udspiller sig i injektionsrummet) og den sociale stabilisering og måske også forbedring af brugernes liv (som udspiller sig i cafeen). De ekskluderede objekter er imidlertid en konstant trussel mod denne fiksering af heroinen som medicin, fordi de hele tiden dukker op til overfladen; i brugernes ansigter, øjne, i deres måde at bevæge sig på.

Forsøgene på at tæmme nydelsen og derigennem forme heroinen som medicin er interessant, blandt andet fordi de peger på, at heroinbehandlingen rummer modsætningsfyldte forestillinger om, hvad behandlingen skal og dermed også om, hvori sygdommen egentlig består. Ser vi på det officielle mål med behandlingen, er det som nævnt indledningsvis skadesreduktion. Det er ikke et formuleret mål at gøre brugerne stoffrie, men at forbedre deres psykiske, fysiske og sociale situation – herunder at reducere brugen af gadestoffer. Med heroinbehandling modtager brugerne et ellers ulovligt stof i en lovlig kontekst, og en klinik, hvor de kan tage stofferne i stedet for de uhygiejniske gader eller private lejligheder. Der er heller ikke noget eksplicit krav om, at brugerne selv skal ønske at reducere deres indtag med henblik på til sidst at blive stoffri. Tværtimod er der mange brugere, der søger tilbuddet med henblik på at modtage heroinen regelmæssigt og permanent. Og dette giver god mening inden for rammen af skadesreduktion, fordi det er meget mindre skadeforvoldende at tage et rent stof under medicinsk overvågning. Så hvorfor begrænse nydelsen? Hvis sygdommen primært viser sig i brugernes dårlige sociale situation og følgesygdomme på grund af dårlig hygiejne, hvorfor skal heroinen adskilles fra nydelsen for at kunne indtræde i rollen som medicin? Det er vanskeligt at give et entydigt svar, men en del af forklaringen ligger formentlig i heroinens fortsatte status som moralsk og sundhedsmæssigt problem. Mange – både blandt personalet og i offentligheden – har svært ved at acceptere, at et stabilt indtag af rene stoffer i rene omgivelser skulle være egentlig behandling. "Vi vil gerne have, at de gør noget for at få det bedre", som et personalemedlem sagde, da emnet blev diskuteret på et personalemøde. "Vi driver ikke en forlystelsespark", sagde et andet personalemedlem, "de skal ikke bare komme her for at have det rart". Selv om der ikke er nogle officielle mål om at blive stoffri, så er der mange små detaljer i klinikken, der fortæller brugerne, at det, de er i gang med at gøre, er forkert. Dette peger på, at stoffrihed stadig er det underliggende ideal, og når alt kommer til alt, synes det ikke tilfredsstillende for personalet kun at arbejde med en skadesreducerende vedligeholdelsesbehandling, men som en potentiel fiasko. Dette til trods for, at det er et velkendt faktum, at det generelt kun

er en meget lille del af de brugere, der er i misbrugsbehandling, der bliver stof-fri, og at det er svært at pege på en entydig sammenhæng mellem behandling og det at blive stoffri (Jöhncke, 2008). Hermed tydeliggør heroinbehandlingens nogle af de modsætningsfyldte aspekter i moderne misbrugsbehandling, som skyldes et fortsat eksisterende, underliggende ideal om stoffrihed. Den fortsatte tilstedeværelse af dette ideal om at begrænse og helst helt fjerne heroinens indflydelse på brugerne hænger sandsynligvis sammen med de altdominerende negative repræsentationer af heroinafhængige, som vi finder i offentligheden (Bourgeois & Schonberg, 2009), og dette bliver yderligere forstærket af den kendsgerning, at det stadig er ulovligt at sælge og købe heroin. Der er således tale om nogle meget stærke diskursive mønstre, hvor indtag af stof indebærer overskridelsen af en klar moralsk grænse, og det er formentlig denne grænse, der manifesterer sig i forsøgene på at tæmme nydelsen.

Vi har i denne analyse primært trukket på tilgange til rum og ting, der i høj grad betoner det materielles åbne og performative karakter: Hvad tingene er, fastslås gennem de måder mennesker iscenesætter, oplever og betydningstilskriver tingene og rummene. Et sådant perspektiv baserer sig dermed på en forestilling om kontingens, det vil sige at tingenes måde at fremstå på altid, om ikke andet principielt, rummer en mulig anderledes væren (Laclau, 1990, se også Law, 2004). Det analytiske potentiale i en sådan tilgang er muligheden for at spørge til emergens: Hvorfor og hvordan bliver netop denne form på dette sted til? Og det gør det muligt at forstå nogle af de paradokser og ambivalenser som udspiller sig omkring objekter – her heroinen som indlejret både i medicinske og moralske diskurser. Samtidig er det vigtigt at understrege, at vores analyse også peger på, at kontingensen er begrænset. Ikke blot begrænset af menneskers mulige og umulige forestillingsevner eller handlemuligheder, men af det materielles væren. Heroinen er nok et 'messy object', der er ustabil på grund af dets ekskluderede andre, men samtidig rummer den en række egenskaber, den vigtigste her evnen til at påvirke den menneskelige organisme på forskellig vis. Og denne egenskab trænger sig hele tiden på. Det materielle 'slår igen', så at sige, og forsøgene på at etablere og fikserer heroinen og behandlingen som dette eller hint er derfor hele tiden nødt til at forholde sig til rusen som en uundgåelig del af heroinen. Hvis dette er tilfældet, skal rummene og de forskellige måder, hvorpå brugere og personale navigerer i dem, ikke kun ses som diskursive kampe om at betydningsfastlægge et overdetermineret forankringspunkt. De er også en kamp mellem heroinen på den ene side og behandlingens idealer og mål, som udtrykkes i rummenes indret-

ning og personalets sanktioner på den anden – en kamp, der udspiller sig i og omkring brugernes kroppe.

Noter:

1: Nedenstående beskrivelse af klinikken er som klinikken og behandlingen så ud, da dataindsamlingen blev afsluttet tidligt forår 2012. SSP står for Skole, Socialforvaltning og Politi og er samarbejdsorgan for disse tre institutioner, der blandt andet arbejder med forebyggelse af misbrug, kriminalitet og sociale problemer blandt børn og unge.

Referencer

- Aadal, Berit, Anders Jacobi & Eva Glejtrup (2007) *Høring om lægeordineret heroin. Resumé, skriftlige oplæg og redigeret udskrift af høring for Folketingets Socialudvalg og Sundhedsudvalg*. Den 25. maj 2007 i Landstingssalen, Christiansborg. København: Teknologirådet.
- Asmussen, Vibeke & Torsten Kolind (2005) *Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling. Resultater fra en kvalitativ evaluering af fire metadonforsøgsprojekter*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Bechgaard, Birgitte (1992) *Miljøterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Benjaminsen, Lars, Ditte Andersen & Maren Sørensen (2009) *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*. København: SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd.
- Bourgois, Philippe (2000) Disciplining Addictions: the Bio-Politics of Methadone and Heroin in the United States. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 24, 165-195.
- Bourgois, Philippe & Jeffrey Schonberg (2009) *Righteous Dopefiend*. Berkeley: University of California Press.
- Callon, Michel, and Bruno Latour (1981) Unscrewing the Big Leviathan: how actors macrostructure reality and how sociologists help them to do so. I *Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro- and Macro-Sociologies*. Karin D. Knorr-Cetina and Aaron V. Cicourel (red.). Boston, Mass: Routledge and Kegan Paul, 277-303.
- Carnwath, Tom & Ian Smith (2002) *Heroin Century*. London: Routledge
- Certeau, Michel de (1984) *Practices of Everyday Life*. Berkeley: University of California Press.
- Dahl, Helle Vibeke (2007) The Methadone Game: Control Strategies and Responses. I: *Drugs in Society. European Perspectives*. Fountain, J. & D. J. Korf (red.). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Dalsbø, Therese Kristine, Kari Håvelsrud, Ingrid Harboe, Liv Merete REinar, Berit Mørland & Grom Jamtvedt (2011) *Forskningdokumentasjonen for heroinassistert behandling til personer med kronisk heroinavhengighet*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Dehue, Trudy (2002) A Dutch Treat: Randomized Controlled Experimentation and the Case of Heroin-Maintenance in the Netherlands. *History of the Human Sciences*, 15, 75-98.
- Foucault, Michel (1977) *Discipline and Punish. The Birth of the Prison*. London: Penguin Books.

- Forskningsrådet (2011) *Heroinassisteret behandling. Rapport fra Konsensuskonferensen 21. juni 2011*. Oslo: Norges Forskningsråd.
- Garcia, Angela (2010) *The Pastoral Clinic. Addiction and Dispossession along the Rio Grande*. Berkeley: University of California Press.
- Gomart, Emile (2002) Towards generous constraints: freedom and coercion in a French addiction treatment. *Sociology of Health and Illness*, 24, 517-549.
- Grytnes, Regine (2004) Hygge med hensigt: Væresteder for stofbrugere. I: *Brugerperspektiver. Fra stofmisbrug til socialpolitik?* Asmussen, V. & S. Jöhncke (red.). Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Houborg, Esben (2012) The political pharmacology of methadone and heroin in Danish drug policy. *Contemporary Drug Problems*, 39, 155-192.
- Hunt, Geoffrey & Marsha Rosenbaum (1998) "Hustling" Within the Clinic: Consumers Perspectives on Methadone Maintenance Treatment. I: *Heroin in the Age of Crack-Cocain*. Inciardi, J. A. & L. D. Harrison (red.). Thousands Oaks: Sage Publications.
- Højlund, Susanne (2009) Hjemlighed som velfærdsparadoks. Hus og hjem. *Tidsskriftet Antropologi*, 59/60: 49 – 66.
- Jöhncke, Steffen (1997) Brugererfaringer. *Undersøgelse af brugernes erfaring med behandling i de fire distriktscentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-97*. København: Socialdirektoratet, Københavns Kommune.
- Jöhncke, Steffen (2008) *Treatment Trouble. On the Politics of Methadone and Anthropology*. PhD dissertation. Copenhagen: Department of Anthropology.
- Laclau, Erneste (1990) *New Reflections on The Revolution of Our Time*. London: Verso.
- Laclau, Erneste & Chantal Mouffe (1985). *Hegemony and Socialist Strategy. Towards a Radical Democratic Politics*. London: Verso.
- Latour, Bruno (1987) *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Milton Keynes: Open University Press.
- Law, John (2001) *Ordering and Obduracy. Working paper*. The Centre for Science Studies, Lancaster University, <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/LawOrdering-and-Obduracy.pdf>
- Law, John & Vicky Singleton (2005): Object lessons. *Organization*, vol. 19, nr. 3: 331-355.
- Lefebvre, Henri (1991) *The Production of Space*. Oxford: Blackwell.
- Low, Setha M & Denise Lawrence-Zúñiga (2003) *An Anthropology of Space and Place. Locating Culture*. Oxford: Blackwell.
- Massey, Doreen (2005) *For Space*. London: Sage.
- Rose, Nikolas (2007) *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.
- Sundhedsstyrelsen (2011) *Narkotikasituationen i Danmark 2011. Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug*, EMCDDA. København: Sundhedsstyrelsen.
- Star, Susan Leigh & James Griesemer (1989) Institutional Ecology, Translations and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science* nr. 19: 387-420.
- Strang, John, Teodora Groshkova & Nicola Metrebian (2012) *New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond*. Lisabon: EMCDDA Insights 11.

- Weinberg, Darin (2000) "Out There«: The Ecology of Addiction in Drug Abuse Treatment Discourse. *Social Problems*, vol. 47, nr. 4: 606-621.
- Winther, Ida Wentzel (2006) *Hjemlighed – kulturfænomenologiske studier*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.

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.