

Marie Østergaard Møller og Kasper Elmholdt

Den offentlige organiserings materialitet: et studie af fysisk organisering og social interaktion i lokale sundhedshuse

Artiklen undersøger, hvordan den offentlige organiserings materialitet i lokale sundhedshuse former borgernes sociale interaktion med sundhedshuse, hinanden og de professionelle. Etableringen af lokale sundhedshuse giver en unik mulighed for at studere betydningen af organiserings fysiske rammer for mødet mellem borgere og det offentlige. Artiklen bygger på 22 borgerinterview samt on-site-observationer af fysiske rammer, organisering af service og sociale interaktioner i 19 sundhedshuse. Vi viser, hvorledes indretning af sundhedshuse og deres receptioner samt brug af informationsobjekter får betydning for borgernes sociale interaktion i sundhedshusene og deres forventninger til mødet med det offentlige i en konkret fysisk sammenhæng. Vi finder, at de lokalt forankrede sundheds-tilbud kan fremstå mere eller mindre ritualiserede for borgerne, afhængigt af hvilken opførelse de fysiske og organisatoriske rammer inviterer til. Ved at bruge et datagrundlag og observationsdata, som er forholdsvis sjældne i statskundskab og studier af offentlig forvaltning, bidrager artiklen således til at revitalisere den forholdsvis begrænsede mikrosociologiske litteratur af fysiske rammers betydning for offentlig organisering og forvaltning.

Borgerens oplevelse af organiserings fysiske rammer

Det har længe været debatteret, hvordan man politisk og administrativt kan kontrollere, at politiske målsætninger føres ud i livet og omsættes til konkrete handlinger over for borgerne (Lipsky, 2010). Det beskriver et grundlæggende demokratisk spørgsmål om, hvordan vi som samfund er i stand til at lave politik, der ikke blot når frem til, men også skaber den ønskede værdi for borgerne. Studier af, hvad der leveres, og hvordan det leveres, fokuserer i den forbindelse ofte på offentligt ansattes opfattelser og holdninger til politik og borgerne, men sjældent på, hvordan ydelsen modtages af borgeren. Nyere frontlinjeforskning peger på, hvordan organisationer, herunder disses fysiske rammer, former eller *scripter* borgernes adfærd, deres oplevelse af og forventninger til mødet med den offentlige sektor (Dubois, 2010). Her argumenteres for, at det er på det organisatoriske, snarere end på individ- eller politisk niveau, vi må finde forklaringer på, hvorfor ydelser modtages og opfattes, som de gør, af borgerne (Caswell og Høybye-Mortensen, 2015; Brodtkin, 2011; Soss, Fording og Schram, 2011).

Hvad der ligger i det organisatoriske, er dog ikke altid tydeliggjort. Denne artikel bidrager til disse nyere forståelser ved at fokusere på et særligt element af den offentlige organisering: hvordan organiserings fysiske rammer inviterer til social interaktion med borgerne i den offentlige sektor.

Artiklen tager udgangspunkt i kommunernes organisering af lokale sundhedspolitiske indsatser, som flere steder organiseres ved hjælp af lokale sundhedshuse. Formålet med at skabe lokale sundhedstilbud er en del af en større sundhedspolitisk strategi, der søger at effektivisere det primære hospitalsvæsen med investeringer i det nære sundhedsvæsen. Disse sundhedshuse varierer på meget eksplicitte dimensioner som målgruppeorientering, ydelsesprioritering, personalesammensætning, grad af administrativ *gatekeeping* og ikke mindst fysiske rammer, men er samtidig underlagt det samme lovgivningsformål om en kommunal forpligtelse til at forebygge sygdom og skabe rammer for sundhedsfremme. Med etableringen af kommunale sundhedshuse er det artiklens formål at vise, hvordan mødet mellem borger og den offentlige sektor medieres eller scriptes af organiserings fysiske rammer, og herunder bidrage til den begyndende forvaltningsteoretiske forståelse af den offentlige organiserings materialitet.

Rummets disponerende kraft: Hvordan påvirker fysiske rammer handlinger?

Lipskys klassiske studie af offentligt ansattes arbejde med at omsætte politiske og administrative intentioner til beslutninger viser, hvordan borgernes udbytte i høj grad afhænger af, hvordan de mødes, samt af frontlinjens politiske og administrative organisering (Lipsky, 2010). Denne pointe har udmøntet sig på forskellig vis i litteraturen. Forskning i frontlinjebureaukratiet har særligt haft forholdet mellem regler og de offentligt ansattes adfærd som genstandsfelt. Eksempelvis har studier undersøgt krydspres og copingmekanismer (May og Winter, 2009; Tummers et al., 2015; Van Berkel, 2016), og hvordan formelle og uformelle regler samt sociale, moralske og symbolske kategorier yder indflydelse på de offentligt ansattes borgerrettede holdninger og handlinger (Yanow, 2003; Møller, 2016; Møller og Stensöta, 2017; Harrits og Møller, 2011; 2014). Vi ved således en del om såvel de formelle som de uformelle regelsæts betydning for offentligt ansattes handlinger og vurderinger, men langt mindre om, hvordan borgerne oplever mødet (Lipsky, 2010; Hupe, Hill og Buffat, 2015; Møller, 2016). Det, de formelle og uformelle regelsæt har tilfælles, er, at de udgør de institutioner, der får frontlinjen til at være virkningsfuld og til at give mening (Harrits og Møller, 2016).

Denne eksisterende, fortrinsvist institutionelt inspirerede litteratur har på den måde primært haft fokus på overbevisninger og forestillinger, som ofte har en immateriel, regulerende karakter (Scott, 1995). Fokus har været på institutions regulative (fx formelle regelsæt), normative (fx faglige markører for sandt og falsk) og kulturelt kognitive strukturer (fx kulturelle markører for godt og ondt) og i mindre grad på, hvordan ting, rum, objekter og materielle elementer får betydning for organiseringen af borgerne samt det institutionelle arbejde, frontlinjemedarbejderen laver. I tråd med symbolsk interaktionsteori (som vi kender den fra fx Erving Goffman) er det imidlertid ingenlunde radikalt at forestille sig, at vi bruger og påvirkes af vores fysiske omgivelser på både direkte og indirekte måder. Eksempelvis når vi kommer ind i et rum og bliver bedt om (af et informationsskilt) at trække et nummer for at komme til at tale med receptionisten, eller når vi undlader at tage skoene af, som vi måske ville gøre derhjemme, når vi træder ind i en lægeklinik. Vincent Dubois' undersøgelse af det franske kontanthjælpssystem (2010) og Erving Goffmans tidlige studie af totalinstitutionen (1961) beskriver begge, fra et forholdsvis sammenligneligt mikrosociologisk perspektiv, hvordan de kognitive, ikkesynlige administrative forhold mellem offentligt ansatte og borgerne også influeres af de fysiske rammers adfærdsdisponerende forventninger til, hvordan man kan og bør omgås hinanden i mødet med det offentlige (Dubois, 2010; Goffman, 1961).

Goffman peger på, at selvet er socialt, hvilket vil sige, at det ikke er givet ved en psykologisk eller biologisk "kerne", men ved dets sociale muligheder for handling. Selvet er i radikal forstand ikke andet end resultatet af den måde, hvorpå det indrammes af andre og af aktøren selv, hvilket Goffman beskriver som individets muligheder for at opleve sig selv som et handlende individ, dvs. som et individ, der ejer sine egne handlinger. Hans pointe er, at fysiske rammer, spilleregler og rutiner for handling karakteriserer enhver social situation, og at det blandt andet er gennem social interaktion med disse, vi finder årsagen til individets sociale identitet. Han bruger fire metaforer – teatermetaforen, ritualmetaforen, spilmetaforen og rammemetaforen – til at fremhæve nogle grundlæggende træk ved individets sociale handle-mønstre og siger omkring dette:

Den generelle evne til at blive bundet af moralske regler kan meget vel tilhøre individet, men den særlige gruppe af regler, som gør ham til et menneske, stammer fra fordringer, som er etableret i den rituelle organisering af sociale møder (Goffman, 1967: 44-45).

Påstanden om, at rumlige omgivelser letter identifikationsprocesser, er således også en klassisk mikrosociologisk hypotese, men som først for nylig har vundet interesse i organisations- og forvaltningsstudier. Fysiske rammers indflydelse er således begyndt studeret i andre organisatoriske sammenhænge, men hvordan de fysiske rammer organiserer mødet mellem borgere og det offentlige, er stadig relativt underteoretiseret (se fx West og Davis, 2011). På trods af disse tidligere mikrosociologiske studier forbliver det åbenlyst synlige imidlertid ofte usynligt i de fleste analyser af mødet mellem politik og borger.

Den sociale interaktions materielle scripts

I sine analyser af social interaktion (1971) beskriver Goffman, hvordan indramningen (*framing*) af enhver social interaktion er central for interaktionsordenen. Indramningen af situationen er formet af objekter og sprog, som kan aktivere kognitive ressourcer, hvormed situationen gøres meningsfuld og afgrænses for os. Til at beskrive dette trækker Goffman på dramaturgiske metaforer og peger på, at situationens fysiske og sociale omgivelser fungerer som et skuespil, der udspiller sig på en "scene". På scenen er aktørernes statusroller og positioner delvist givet på forhånd, men udtrykket, leveringen og modtagelsen afhænger af den måde, hvorpå skuespillerne vælger at udfylde deres roller og fortolke *scriptet* (Goffman, 1990: 32).

Hvor Goffman primært viser, hvordan fysiske rammer kan begribes som scripts, der udspiller sig i social interaktion og kommunikation mellem mennesker, viser Latour (1992), hvordan sådanne også er indskrevet i nonhumane aktører som eksempelvis en dør eller en sele i en bil, der så at sige fordrer, at den menneskelige aktør følger et bestemt script. Døren vil eksempelvis scripte brugeren til at åbne og lukke den, og selen vil scripte bilisten til at tage den om sig. Darr og Pinch (2013) beskriver videre, at materielle scripts, moralske scripts (kognitive og normative strukturer) og legale scripts (regulative strukturer) er på spil samtidigt i organisatoriske sammenhænge, hvor de ikke meningsfuldt lader sig adskille for individerne. De hævder således, at den fysiske organisering af materielle objekter kan forstås som materielle scripts, og at disse er med til at disponere interaktionsordenen. Eksempelvis vil et registreringssystem invitere til bestemte handlinger, mens andre handlinger vil marginaliseres. Sættes denne pointe i relation til sundhedspolitiske indsatser, kan vi sige, at den sociale interaktion i de fysiske rammer er indrammet eller scriptet af både formelle, uformelle, synlige og ikkesynlige regelsæt og markører (institutioner). Det betyder, at velfærdsorganisationer, selvom de er politisk styrede og bureaukratisk regulerede, også er en arena for sociale interaktioner mellem mennesker (offentligt ansatte og borgere), som lader sig påvirke, ordne og "instruere" af

de fysiske rammer, eller hvad vi analytisk kalder for de materielle scripts, der karakteriserer de kommunale sundhedshuse.

Denne tidligere litteratur indikerer således, at borgere vil forsøge at udøve en identitet og handle måde, der passer til husenes materielle scripts, som eksempelvis vil ændre karakter, fx alt efter hvor formaliseret huset er indrettet. Baseret på ovenstående vil vi i den følgende analyse særligt fokusere på at identificere materielle scripts i borgernes sociale interaktion med sundhedshusene og analysere, hvilke aspekter af mødet med sundhedshusene borgerne fremhæver.

Metode og datagrundlag

Siden strukturreformen i 2007 har de danske kommuner haft et særligt sundhedsfremmende og rehabiliterende ansvar over for borgerne (Pedersen og Rank Petersen, 2014: 276). Kommunerne løser denne opgave på mange forskellige måder, lige fra onlineløsninger til gamle biblioteksbusser. Men mange vælger også mere permanente, fysiske løsninger enten ved at bygge nyt eller ved at genbruge gamle bygninger, der er blevet til overs efter strukturreformens omorganisering af de lokale velfærdsopgaver. Sundhedshuse findes typisk i nedlagte amtsbygninger, gamle skoler eller steder, hvor der også foregår andre kommunale aktiviteter, fx i forlængelse af et ældrecenter. Disse huse er valgt som genstandsfelt for denne undersøgelse af, hvordan fysiske rammer skaber forventninger til adfærd og dermed potentielt set gør en forskel for mødet mellem det offentlige og borgerne. Et sundhedshus er en bygning, hvor formålet med loven om lokalt sundhedsansvar er rettet mod forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter (Sundhedsministeriet, 2010).

Materialet, der analyseres, er udledt af et større projekt om sundhedshuse i alle 98 kommuner i Danmark. Der er brugt to kriterier til at udvælge et passende antal sundhedshuse. Det første kriterium er relevans. Et sundhedshus skal levere tjenesteydelser i henhold til loven om det kommunale sundhedsfremmende og forebyggende ansvar. Det andet kriterium er maksimal variation på geografisk beliggenhed (Weiss, 1994: 22-23). Der var 48 sundhedshuse, som var relevante (men for mange givet det kvalitative design) at inddrage, og på baggrund af kriteriet om maksimal variation udvalgte vi 19 af disse 48 sundhedshuse. De 19 sundhedshuse blev udvalgt efter beliggenhed, således at vi havde en ligelig fordeling på tværs af regioner og kommuner i landet (se appendiks A i det supplerende materiale).

Der blev foretaget endagsobservationer på hvert af de 19 sundhedshuse, hvor der blev taget billeder og noter, som er blevet renskrevet og organiseret efter en struktureret observationsguide (se appendiks A). Observationerne blev foretaget i overensstemmelse med specifikke observationspunkter såsom fysisk

orden og strukturering af stedet, personer og sociale interaktioner på stedet og nedskrevet som feltnoter. Observationerne havde således fokus på at beskrive (1) husets rumlige orden og struktur, (2) persongalleriet i huset og (3) sociale interaktioner mellem borgere og sundhedsprofessionelle i huset. Efterfølgende er feltnoterne fra alle sundhedshusene blevet gennemlæst og kodet systematisk i forhold til de materielle scripts, vi finder i materialet, forstået som den måde, hvorpå de fysiske rammer organiserer den borgerrettede indsats.

Trods forskelle kan vi på baggrund af observationsnoterne og billederne, som blev taget af husenes indretning, udlede tre væsentlige materielle scripts, som gør sig gældende i alle sundhedshuse: (1) *placeringens materielle script*, (2) *indretningens materielle script* og (3) *informationsobjekters materielle script* (se appendiks B i det supplerende materiale). Selvom de respektive scripts ikke er fuldstændig adskillelige i praksis, ikke mindst script to og tre, fremhæver vi dem her som tre distinkte analytiske kategorier, fordi de bliver forvaltet forskelligt, som analysen også vil vise.

Ud over observationer blev borgere, der besøgte de pågældende sundhedshuse, spurgt, om de ville medvirke i et interview. Alle borgere blev udvalgt på baggrund af besøg i det pågældende sundhedshus og spurgt på stedet, om de var interesseret i at blive interviewet om deres besøg. I modsætning til udvælgelsen af sundhedshusene blev borgerne ikke strategisk udvalgt, men udvalgt, fordi de tilhørte gruppen af borgere, som besøgte det pågældende sundhedshus (*convenience sampling strategy*) (Weiss, 1994: 24-26). Der blev i alt gennemført 22 interviews med borgere. Til at indsamle viden om borgerne blev der gennemført kortere interviews af højst 45 minutters varighed. Der blev anvendt en semistruktureret interviewguide rettet mod borgernes holdninger og forventninger til deres sundhedshus samt deres bevæggrunde for at komme i sundhedshuset (se appendiks A).

De 22 borgerinterview fordeler sig på 14 sundhedshuse, og alle 22 var på vej til eller fra et besøg i sundhedshuset (se appendiks A). Der var altså ingen borgere til stede under observationerne i fem af de undersøgte 19 sundhedshuse, på trods af at disse blev gennemført på de mest sandsynlige tidspunkter for borgerbesøg, udledt på baggrund af den større indledende undersøgelse. Med undtagelse af en kvinde på 35 år, der fulgte et kræftrehabiliteringsforløb, var alle over 50 år og havde en eller anden form for sundhedsproblematik. Langt de fleste skulle til en form for genoptræning i forbindelse med et kræftforløb, et diabetesforløb eller som led i et livsstilsforløb. En enkelt borger skulle dog ikke til nogen bestemte aktiviteter den pågældende dag, men var taget til sundhedshuset for at få en kop kaffe. Samtlige huse er organiseret med adgangskrav til rehabiliteringsforløb (det kræver en henvisning fra enten læge, hospital eller

kommunal rådgiver at få adgang til et planlagt rehabiliteringsforløb) og fri adgang til sundhedsfremmeforløb. Borgerne minder på den måde om hinanden, hvad angår deres alder, ærinde, og hvordan de har fået adgang til husene.

Vi interviewede otte mænd og 14 kvinder, og ingen af dem var stadig aktive på arbejdsmarkedet. Nogle var pensionerede eller sygemeldte, mens andre var førtidspensionerede. Uddannelsesmæssigt var der forskelle, men der var ingen tydelige grupper blandt de 22. En kvinde var pensioneret billedkunstlærer, en anden baker og kok, mens to var udlært isenkræmmere, og et par stykker uddannet fra henholdsvis grundskolen og en ungdomsuddannelse. Derudover var der en tidligere kjolesyerske, en håndværker, en fra restaurationsbranchen og endelig en god håndfuld, hvis uddannelsesbaggrund vi ikke kender (se appendiks B).

Interviewene blev transskriberet ordret. Både interviewtransskriptioner og observationsnoter blev herefter anonymiseret og kodet for at lære om dimensionerne i materialet (Charmaz, 2006). Disse kodninger blev efterfulgt af lukkede kodninger af udvalgte vigtige dimensioner, vurderet på baggrund af den indledende åbne kodning (Miles, Huberman og Saldana, 2014). Analyseudkast og fortolkninger af det kodede materiale blev diskuteret løbende af de to forfattere for at sikre kode- og fortolkningsreliabilitet. Dokumentation for indsamling og analyse er samlet i appendiks A (sundhedshuse, interviewguide og observatiionsguide) og appendiks B (borgerklassifikation og kodelister).

Sundhedshusenes materielle scripts og organisering af borgerinteraktion

Borgerne er glade for at komme i deres sundhedshus. Det er ikke så mærkeligt, eftersom de selv har valgt det. Det betyder også, at borgerne har det tilfælles, at de har valgt huset til fremfor at ”nøjes” med de behandlinger, de kan få på hospitalet og hos deres praktiserende læge. Borgerne oplever således generelt set sundhedshusene positivt og fremhæver åbenhed som en særlig grund hertil. Mange beskriver, at der ikke er de samme formelle rammer som fx på et sygehus, hvilket de sætter pris på.

Placeringens materielle scripts

Mange af sundhedshusene er placeret i tidligere sygehuse eller nedlagte kommunale bygninger i udkanten af byen, andre ligger i bymidten, mens nogle er beliggende i beboelsesområder. Sundhedshus D er eksempelvis at finde i et tidligere sygehus, og stedet minder næsten om en lille bydel. Her er distriktpsychiatri, fodklinik, høreomsorg, akupunktur og massage, psykologcenter, klinisk diætist, stressfri.com, sexolog, øjenkirurgisk klinik, fysioterapeut, specialiserede

de aflastningspladser samt sundhedsfremme og forebyggelse. Bybussen holder lige uden for huset, og stedet har gennemgået en større renovation i forbindelse med oprettelsen af sundhedshuset.

For sundhedshus P forholder det sig anderledes. Det ligger ca. fem kilometer fra centrum i en mindre betonbygning i et beboelsesområde. Her er ikke så mange tilbud samlet, men stedet tilbyder træningsfaciliteter, muligheder for at blive vejret og have samtaler om blandt andet livsstil. Selve sundhedshusets placering bidrager med et væsentligt materielt script, da placeringen får en særlig invitationskarakter, som medierer adgangen til huset. Til at illustrere denne invitationskarakter kan sundhedshusene i en større dansk by bruges som eksempler (sundhedshus I og H).

Sundhedshus I ligger i stueetagen af en nybygget boligblok i et centralt beliggende boligområde fem minutters gang fra centrum. Stedet er ikke nemt at finde og er ikke et sted, man lige kommer forbi, medmindre man bor i området. Det ligger en smule afsides, og man skal vide, at det eksisterer, og hvor det ligger, for at finde det. Foran bygningen er der parkeringspladser og cykelskure samt et busstoppested. Selvom området, hvor sundhedshuset ligger, er tæt på centrum, virker det alligevel meget øde. Nogle få mennesker går rundt i området, og enkelte cyklister kommer kørende forbi. Alt i alt er der meget stille, og ikke særlig mange mennesker observeres i sundhedshuset.

En kvinde fra sundhedshus L, der minder om sundhedshus I, og som er i huset efter et kost- og motionsforløb, siger:

Jamen, det er jo den støtte og åbenhed, man møder her. Det ... jeg har aldrig følt mig set ned på, selvom man var anderledes end almindelige mennesker jo (17. Sundhedshus L).

Kvinden kobler stedet med sin selvfølelse og udtrykker dermed noget meget vigtigt omkring organiseringen af møder mellem "system og borger": Borgernes identitetsfølelse er med, når aktiviteter og målgrupper planlægges administrativt og politisk. Det kan, som vi også skal se i det følgende, være de helt små marginaler, der afgør, hvilke forventninger et hus signalerer til de besøgende. Det gælder fx i forhold til, hvordan husene organiserer deres formelle interaktion med borgerne, og hvordan disse så ender med at "virke".

Til sammenligning ligger sundhedshus H i midtbyen ca. fem kilometer fra to større boligområder. Bygningen er forholdsvis let at finde, og når man ankommer til stedet, får man et indtryk af, at det er et sted, som bliver brugt. Bygningen er omgivet af en græsplæne, en udendørs basketballbane, en stor grill og en stor legeplads, som hører til en idrætsbørnehave, men som også

bruges flittigt af områdets børn. Sundhedshuset ligger i forbindelse med en idrætshal i et multiaktivitetscenter, som er opført af kommunen og en lokal boligforening. Sundhedshuset er lettilgængeligt for de godt 6.600 beboere i det omkringliggende boligområde (MBBL, 2014), og husets placering i multiaktivitetscentret giver et indtryk af, at man ønsker at være tæt på stedets beboere. At sundhedshuset er lettilgængeligt, var væsentligt for flere borgere. Som en beboer i området i nærheden af det centralt beliggende sundhedshus J beskrev:

Jeg bor ikke ret langt herfra. De [sundhedspersonalet, red.] er dejligt nemme at snakke med, og jeg kender flere af dem, der er hernede. Så det er lidt sjovt (griner). Jo, jeg synes, det er dejligt at gå heromme. Også det, at det er centralt, og man skal ikke op og ned ad trapper for at komme til den ene og den anden (36. Sundhedshus J).

Sundhedshusets beliggenhed er med andre ord væsentlig for denne borgers adgang til og oplevelse af stedet. En lignende beskrivelse er at finde hos en sygemeldt mand fra sundhedshus M, hvis fysiske rammer minder om både sundhedshus H og J. Han giver en lignende stedsbeskrivelse ved brug af stemningsfulde termer:

Jamen, altså ... de tager jo imod en med åbne arme jo (...). Og de tager fat i problemerne, og de kalder en spade for en spade (...). Det er jo det, man har brug for (...). Der skal ikke pakkes noget ind (...). Og det har jeg en ... jeg har en skidegod læge, der også netop er på den måde der (...). Han siger tingene, som de er (...). Det kan jeg bedst lide (19. Sundhedshus M).

Selvom der er ligheder mellem de to sundhedshuse (H og I), heriblandt at de begge ligger i boligområder, er der alligevel stor forskel på, hvor lette de er at finde. Ved at ligge i forbindelse med et multiaktivitetscenter inviterer sundhedshus H til, at man kan komme forbi uden henvisning, fx for at få en kop kaffe. Huset er beliggende i et område med etnisk mangfoldighed, et område, der desuden betragtes som et særligt udsat boligområde (MBBL, 2014). Sundhedshus I er modsat placeret i et boligområde nær bymidten og ligger ikke i forbindelse med andre aktiviteter, der kunne trække borgere til huset. Placeringen medierer således adgangen på forskellig vis og markerer, at der kan være behov for forskellige ting i de forskellige områder. I det følgende vil vi flytte blikket fra placeringens ”udvendige” materielle scripts til indretningens ”indvendige” materielle scripts.

Indretningens materielle scripts

Husenes indretning og brugen af dem varierer. Nogle steder udstråler en hyggelig atmosfære, hvor medarbejderne (sundhedspersonale og cafémedarbejdere) joker med borgerne og kender deres navne og familiære relationer. Her er caféliv og mulighed for at pleje et socialt liv (fx sundhedshus B, J og H). Andre steder bliver der lagt vægt på træningsfaciliteter og konsultation baseret på henvisning eller aftale (fx sundhedshus G og I), men flere steder blander disse to interaktionsformer sig dog også (sundhedshus E og C). Indretningens materielle scripts indeholder såvel de sundhedsprofessionelles påklædning som arkitekturen, lugten og indretningen i form af konkrete artefakter indenfor i husene. I nogle huse har de sundhedsprofessionelle en mere formel påklædning i form af hvide uniformer og navneskilte (sundhedshus K), mens de i andre huse er mere uformelt og hverdagsligt klædt (sundhedshus D). Til at illustrere indretningens materielle script vil vi begynde med et eksempel fra vores observationer i sundhedshus B.

Indgangen til bygningen virker meget klinisk. Der er lange, hvide gange, og indretningen virker ved første indtryk minimalistisk og hospitalsagtig. Det er en helt anden sag at komme op på afdelingen. Her er der farver og plads og lysindfald. Det føles som et helt anderledes sted, med en hyggelig café og en god stemning (Sundhedshus B).

I flere af sundhedshusene er linoleumsgulvet fastholdt, og det kan opleves som en duft af hospital (sundhedshus G og N) og en form for ventesalslignende indretning. Når man eksempelvis kommer ind i sundhedshus D, står der på døren: ”Hvis du har en tid til træning – tag venligst plads” (sundhedshus D). Lignende budskab er at finde i sundhedshus G, hvor der også er et venteområde til sygeplejeklinikkerne. Her står der: ”Behandling sker KUN efter forudgående aftale” (sundhedshus G). En sådan indretning inviterer til forholdsvis formaliseret social interaktion med sundhedshuset; borgeren kommer med et ærinde og ikke bare for at se, hvad det er.

I sundhedshus M forholder det sig anderledes. Her er der etableret et venteområde som en café, og der står gratis te og kaffe. Det samme gælder sundhedshus J, som ligger på gågaden og er indrettet med en reception og et venteområde med lænestole, stole og caféborde samt en massagestol. Der er gulvtæpper, og i et hjørne er der et lille børnebord med børnestole og legetøj. Der er en kaffemaskine, te, kakao og vand. Der er kunst på væggene, som kan købes, og i et hjørne står en stor glasmontre med fx massagebolde, cremer, træningsudstyr mv., som man også kan købe. Stedet skaber associationer til en mellemting

mellem en lægepraksis og et wellnesscenter. Musik spiller i baggrunden og skaber en afslappet atmosfære, og området omkring kaffemaskinen og caféen inviterer til aktivitet.

Indretningen påvirker på forskellig vis, hvordan borgerne oplever mødet. Der er nogle, for hvem interaktioner er meget ritualiserede og formelle, og som aldrig vedrører andre borgere i huset, og andre, for hvem de sociale muligheder i huset er en naturlig dimension i besøget. Disse er også karakteriseret af mindre ritualiseret og dermed mere uformel interaktion. Nedenstående citat er fra en samtale med en ældre herre fra sundhedshus D, der var henvist til sundhedshuset til et parkinsonforløb, og som gav udtryk for forholdsvis formel, ritualiseret interaktion med sundhedshuset:

I: Har du noget at gøre med de andre, der kommer i huset?

R: Nej, ikke spor. Nogle af dem kender jeg og sådan, men ellers er der ikke noget.

I: Så du kommer for din egen træning, og så tager du af sted igen?

R: Ja ja – det gør jeg. Jeg bliver kørt og hentet og bragt hertil (6. Sundhedshus D).

Den ældre herres interaktion med sundhedshuset understøttes af den meget tydelige lægekliniske indretning med reception, venteværelse og behandlingsrum, der inviterer til ritualiseret patientadfærd, der er ordnet efter de professionelle tidsskema.

Der er også eksempler på, at borgerne hæfter sig mere eksplicit ved indretningens materielle script, fx en kvinde, der bruger sundhedshuset til kost og motion:

I: Når du kommer hertil, hvad er det så, du forventer, at der sker omkring dig i det her hus?

R: Der er jo de der ting i huset, som man kan gå til, eller noget genoptræning, eller ... Men der er jo caféen her som samlingssted, og så er der også foredrag her indimellem (3. Sundhedshus C).

Når vi kigger på hvert enkelt interview og ser, hvordan sundhedshuset tilskrives værdi af borgerne, er det svært at adskille deres praksisbeskrivelse fra den måde, hvorpå de interagerer med andre i huset og med faciliteterne i huset. Der, hvor besøget tilskrives værdi af borgerne, kobles det ikke entydigt til det enkelte sundhedstilbud, men også generelt til borgerens liv og til den meningshorisont, vedkommende kommer med. For nogle borgere var dette meget in-

dividuet bestemt, og de forstod snarere sig selv som patienter end som borgere med medejerskab af huset, mens det for andre var tegnet af de sociale relationer med de sundhedsprofessionelle og med de andre borgere i huset. Disse så ikke sig selv som patienter på besøg hos en ekspert, men snarere som lokale medborgere, hvis besøg i sundhedshuset flettede sig ind i deres dagligdag som én ud af mange begivenheder, der kendetegnede deres liv og gang i byen.

Det viser, at fysiske rammer aldrig kan determinere borgernes oplevelser og adfærd i sundhedshusene, men kan understøtte forskellige identitetshandlinger, som også Goffman peger på med sit begreb social identitet. De fysiske rammer medierer bestemte interaktionsformer og er på den måde med til at indramme den scene, hvorpå borgerne står, når de er på besøg i sundhedshuset.

Det er naturligvis ikke kun selve modtagelsesområdet, som er væsentligt for interaktionerne på stedet. Sundhedshusene rummer også en række artefakter, som markerer stedets aktiviteter, og hvad der er i fokus. Det, at mange sundhedshuse eksempelvis har indrettet et område, hvor man kan måle sin vægt og fedtprocent, markerer et fokus på sundhedsfremme og vægt blandt husets brugere (sundhedshus P, Q og B). At sundhedshusene også mange gange indeholder samtalerum, hvor sundhedsprofessionelle kan føre samtaler med borgere om livsstil (sundhedshus B), eller trænings- og køkkenfaciliteter, hvor borgere kan lære om sunde kostvaner, er ligeledes med til at signalere, hvad der er i fokus – om det eksempelvis er socialt samvær eller træning og kost.

En mand fra sundhedshus H tilskriver sundhedshuset værdi ud fra dets indretning og kobler det senere i interviewet til en større samfundsmæssig dagsorden omkring ret til sundhed og fordele ved at kunne være fælles om at træne:

Ja. Jeg synes, det er et dejligt sted. Det er stort og pænt. Og der er vigtige apparater til at træne, som passer til folks helbred og alder, og jeg synes, at det er fint, at kommunen har lavet sådan et sted til patienter eller ikke patienter, men folk, der fejler noget i deres sundhed, så de ikke kan træne på almindelige institutioner (13. Sundhedshus H).

Når vi kigger på tværs af materialet, ses det, at nogle borgere forbinder huset med en meget afgrænset aktivitet, mens andre ser aktiviteterne i lyset af mange andre interaktioner og aktiviteter i huset. Indretningens materielle script er således på flere måder retningsanvisende i forhold til, hvilke interaktioner der kan og bør finde sted. Hvor en caféopsætning kan invitere til uformel interaktion, kan et skilt, hvor der står: ”Behandling sker KUN efter forudgående aftale”, invitere til en anden form for formaliseret interaktion. Sidstnævnte

eksempel trækker tråde ind i det tredje og sidste mønster af scripts, som vi vil beskrive som informationsobjekters materielle scripts.

Informationsobjekters materielle scripts

Flere af sundhedshusene er udstyret med forskellige informationsobjekter i form af infoskærme, blade og foldere. Grundlæggende har informationsobjekterne en disciplinerende funktion, der dels søger at understøtte borgernes opmærksomhed mod en bestemt adfærd, dels normativt guider borgerne i deres brug af huset. Illustrationer på førstnævnte kan eksempelvis omhandle sundhedsfremmende aktiviteter i kommunen. I sundhedshus K er der eksempelvis en fladskærm, hvorpå der kører forskellige sundhedsinformationer fra regionen. Også i sundhedshus M anvender man en infoskærm til at bringe oplysninger fra borgernes sundhedsmagasin. Her er indslag og anvisninger om eksempelvis håndhygiejne. Det er imidlertid ikke kun digitale informationsobjekter, som ses i sundhedshusene. Flere steder tog informationsobjekter en mere analog form. Det kunne eksempelvis være stativer med brochurer og reklamer for forskellige arrangementer såsom gåture for kvinder, fodbold for voksne mænd hver tirsdag, legestue for børn om lørdagen (sundhedshus H) eller et kort over kommunen, hvor det er angivet, hvad der er af sundhedsfremmende aktiviteter i kommunen (sundhedshus O).

Informationsobjekterne fortæller således borgeren, hvad han eller hun bør interessere sig for i sit ærinde i sundhedshuset, men kan også fungere som en normativ guide i forhold til brugen af huset. Tv-skærme og tavler med overblik over dagens træningshold og aktiviteter og it-systemer til at registrere aktivitet i huset var i flere huse med til at guide borgeren. Når man eksempelvis ankommer til sundhedshus I, er der et sæt røde fodspor på gulvet, som fører hen til en stor fladskærm. På skærmen skal man angive, om man ”har en aftale”, ”kommer uden aftale” eller ”ikke kan huske hvem man har en aftale med”. Hvis man trykker på ”jeg har en aftale”, dukker der billeder op af alle de ansatte, og man skal trykke på kontaktpersonens billede. Som nedenstående feltnote illustrerer, gør anordningen i sundhedshus I også, at et administrativt script bliver synligt i det materielle script:

Mens vi står og får en kop kaffe, ankommer en ældre dame. Hun er lille og tæt af bygning. Hun spørger efter Mia [anonymiseret, red.]. Anne [anonymiseret, red.] viser hende, hvordan hun skal melde sin ankomst på fladskærmen, hvortil damen responderer: ”Det er vel nok moderne.” Sundhedskonsulenten Pia [anonymiseret, red.] kommer derefter og henter hende, de hilser på hinanden – det er første gang, damen er i sundhedshuset (Sundhedshus I).

Eksemplet illustrerer, hvordan informationsobjektet ikke bare fungerer som en neutral, bekvemmelig anordning, men at den afkræver borgerne, at de dels har en aftale på stedet, men også samtidig underlægger sig et bestemt administrativt script. Borgeren kan ikke bare blive henvist til Mia uden om registrerings-systemet, selvom hun ytrer en art modstand ved at kalde det ”moderne” i en ironisk tone. Selvom informationsobjektets materielle scripts er tæt forbundet med indretningen, er de alligevel mere end indretningen i sin umiddelbare fremtoning. De kan med andre ord invitere borgerne til at engagere sig på forskellig vis, ligesom de kan beskrive, hvilke forventninger til social interaktion med fx personalet et givent sundhedshus har.

Materielle scripts og organiseringen af borgeren

De materielle scripts ser ud til at engagere borgerne i sundhedshusene på forskellig vis. Det forhold, at borgerne i nogle sundhedsindsatser skal have en aftale (fx rehabilitering i sundhedshus G), forpligter på en særlig måde, mens det forhold, at de til andre indsatser kan gå lige ind fra gaden (fx sundhedshus J), engagerer dem på en anden og mere afslappende måde. Det gælder eksempelvis, når borgerne i nogle sundhedshuse skal registrere sig på en skærm (fx sundhedshus I), hvilket markerer, at et administrativt script overskriver en social logik om, at man ikke behøver trække et nummer, når der ikke er andre mennesker i kø. Derfor er det væsentligt at betone, at i forhold til borgernes oplevelse og sociale interaktion med sundhedshusene er de lokale materielle scripts ikke neutrale. De bidrager til at forme den måde, hvorpå borgere forstår sig selv som bruger af, i dette tilfælde, sundhedshusene. Vi forsøger med vores fokus på materielle scripts at understrege og argumentere for, at de materielle scripts både indrammer sundhedshuset bogstaveligt, men at der også hele tiden er en fortolkningsopgave i spil. Vi kan naturligvis ikke afprøve, om én borger med sine referencer, særegne socialisering og autobiografi vil reagere forskelligt i forskellige fysiske rammer. Men vi kan se, at borgerne ligner hinanden på rigtig mange områder, og at de alligevel tilgår huset og beskriver deres oplevelse og værdien heraf forskelligt med reference til sundhedshusets placering, indretning og informationsobjekter.

Når vi ser på borgernes oplevelser af at komme i et sundhedshus, kan vi se, at der hverken er en prototype på det gode eller det dårlige sundhedshus. Vi finder, at sundhedshusene ”inviterer” og organiserer borgerne på forskellig vis. De fysiske rammer kan styrke og begrænse karakteren af sociale interaktioner, så borgerne enten får en oplevelse, der er præget af ritualiseret og formel adfærd, eller en oplevelse præget af mere uformel og afslappende adfærd. Mere præcist foreslår vi at formulere vores fund som en hypotese omkring fysiske rammer

og social interaktion, der hævder, at graden af ritualiseret social interaktion afhænger af, hvor formaliseret den fysiske indretning omkring modtagelse og behandling af borgerne er.

Konklusion

I denne artikel har vi undersøgt, hvordan mødet mellem borger og den offentlige sektor medieres af organiserings fysiske rammer. I analysen kan vi se, at borgerne forsøger at følge de materielle scripts, som stedet tilbyder. Vi ser eksempelvis en afventende eller formel, ritualiseret adfærd, hvor borgeren ankommer, venter, modtager behandling og forlader stedet igen, eller en mere interagerende, uformel adfærd, hvor borgeren ankommer, snakker med andre borgere og professionelle, modtager behandling, snakker lidt igen, for så at forlade stedet. Vores materiale indikerer, at der sker en forskellig grad af ritualisering af eksempelvis det materielle script i et informationsobjekt. Det skaber en ritualiseret atmosfære, hvor borgerne positioneres mere passivt og klinisk end steder, hvor borgerne beskriver en hyggelig atmosfære, og hvor sundhedshuset tager sig mere borgernært ud med eksempelvis cafémiljøer og uformel social interaktion.

Med udgangspunkt i Goffmans (1971) og Latours (2005) betoning af den materielle indramning og de materielle scripts har vi argumenteret for, at det giver et ufuldstændigt billede af, hvad der skaber mening og identitet i mødet med det offentlige, hvis vi alene forstår mødet som struktureret af regulative, normative og kulturelle institutioner. Igennem analysen af borgernes oplevelser af at komme i lokale sundhedshuse har vi undersøgt, hvordan materielle scripts nok indrammer, men aldrig bestemmer borgernes sociale interaktioner.

Ovenstående afføder naturligvis spørgsmålet: Hvad eller hvem former stedets rammer? De fysiske omgivelser eller situationens indramning har naturligvis bindinger til et institutionelt rammeværk (eksempelvis omhandlende sundhed, borgers rettigheder, administration), som bidrager til at understøtte bestemte fysiske rammer og interaktionsordener. Vores analyse understøtter på den måde Barleys (2008: 493) og Goffmans (1967) opfordring til at komme tæt på den praksis, hvor institutioner, traditioner og ritualer for adfærd udfoldes.

Vores studie bidrager således dels til den forholdsvis begrænsede mængde af organisationsstudier, der beskæftiger sig med organiserings materialitet (West og Davis, 2011; Monteiro og Nicolini, 2015; Dubois, 2010), og dels til en nuancering af det organisationsbegreb eller de organisatoriske forhold, som er at finde i meget litteratur omkring den sociale interaktion mellem frontlinjemedarbejder og borger (Caswell og Høybye-Mortensen, 2015; Brodtkin, 2011; Soss, Fording og Schram, 2011). Her kan man også trække en (overset) tråd

til frontlinjeforskningen og argumentere for, at de fysiske rammer kan virke som en materiel copingstrategi, idet de kan bruges til at mestre og kontrollere typen og mængden af social interaktion med borgerne. Vi argumenterer for, at studiet af mødet mellem borgere og den offentlige sektor bør inkludere materielle aspekter og ikke blot begrænse sig til et teoretisk fokus på idealtypiske institutionelle logikker eller mellem menneskelige relationer. Pointerne fra ovenstående er ikke kun væsentlige for organiseringen af sundhedshuse, men også for de tusindvis af andre møder, borgerne har med offentlige organisationers fysiske rammer.

Litteratur

- Barley, Stephen R. (2008). Coalface institutionalism, pp. 491-518 i Royston Greenwood, Christine Oliver, Kerstin Sahlin og Roy Suddaby (red.), *The Sage handbook of organizational institutionalism*. London: Sage.
- Brodtkin, Evelyn Z. (2011). Policy work: Street-level organizations under new managerialism. *Journal of Public Administration Research and Theory* 21: 253-277.
- Caswell, Dorte og Matilde Høybye-Mortensen (2015). Responses from the frontline: How organisations and street-level bureaucrats deal with economic sanctions. *European Journal of Social Security* 17 (1): 31-51.
- Charmaz, Kathy (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Darr, Asaf og Trevor Pinch (2013). Performing sales: Material scripts and the social organization of obligation. *Organization Studies* 34 (11): 1601-1621.
- Dubois, Vincent (2010). *The bureaucrat and the poor: Encounters in French welfare offices*. Routledge.
- Goffman, Erving (1961). *Asylums: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*. Oxford: Doubleday.
- Goffman, Erving (1963). *Stigma: Notes on a spoiled identity*. Jenkins, JH & Carpenter.
- Goffman, Erving (1967). *Interaction ritual: Essays on face-to-face behavior*. New York: Anchor Books.
- Goffman, Erving (1971). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Chicago: Northeastern University Press.
- Goffman, Erving (1983). The interaction order: American Sociological Association, 1982 presidential address. *American Sociological Review* 48 (1): 1-17.
- Goffman, Erving (1990). *The presentation of self in everyday life*. New York: Anchor Books.
- Harrits, Gitte Sommer og Marie Østergaard Møller (2011). Categories and categorization: Towards a comprehensive sociological framework. *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory* 12: 229-247. <http://doi.org/10.1080/1600910X.2011.579450>.

- Harrits, Gitte Sommer og Marie Østergaard Møller (2014). Prevention at the front line: How home nurses, pedagogues, and teachers transform public worry into decisions on special efforts. *Public Management Review* 16 (4): 447-480.
- Harrits, Gitte Sommer og Marie Østergaard Møller (2016). *Forebyggelse og bekymring: I professionel praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hupe, Peter L., Michael J. Hill og Aurelien Buffat (2015). Introduction: Defining and understanding street-level bureaucracy, pp. 3-24 i Peter L. Hupe, Michael J. Hill og Aurelien Buffat (red.), *Understanding street-level bureaucracy*. Bristol: Policy Press.
- Latour, Bruno (1992). Where are the missing masses? The sociology of a few mundane artifacts, pp. 225-258 i W. E. Bijker og J. Law (red.), *Shaping technology/building society: Studies in sociotechnical change*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Latour, Bruno (2005). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Lipsky, Michael (2010). *Street-level bureaucracy, 30th ann. ed.: Dilemmas of the individual in public service*. Russell Sage Foundation.
- May, Peter. J. og Søren Winter (2009). Politicians, managers, and street-level bureaucrats: Influences on policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory* 19 (3): 453-476.
- MBBL (2014). Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter. Liste over særligt udsatte boligområder pr. 1. december 2014. København K. <https://www.trafikstyrelsen.dk/-/media/Dokumenter/10%20Bolig/Bolig/Almene%20boliger/Ghettoomr%C3%A5der/liste-over-saerligt-udsatte-boligomraader-dec-2014.pdf> (15. marts 2018).
- Miles, Matthew B., Michael Huberman og Johnny Saldana (2014). *Qualitative data analysis: A method sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Møller, Marie Østergaard (2016). "She isn't someone I associate with pension": A vignette study of professional reasoning. *Professions and Professionalism* 6 (1). DOI :<http://dx.doi.org/10.7577/pp.1353>.
- Møller, Marie Østergaard og Helena O. Stensöta (2017). Welfare state regimens and caseworkers' problem explanation. *Administration & Society*. DOI: 10.1177/0095399717700224, pp. 1-29.
- Monteiro, Pedro og Davide Nicolini (2015). Recovering materiality in institutional work: Prizes as an assemblage of human and material entities. *Journal of Management Inquiry* 24 (1): 61-81.
- Nicolini, Davide, Jeanne Mengis og Jacky Swan (2012). Understanding the role of objects in cross-disciplinary collaboration. *Organization Science* 23 (3): 612-629.
- Pedersen, Birthe M. og Steen Rank Petersen (red.) (2014). *Det kommunale sundhedsvæsen*, 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.

- Scott, W. Richard (1995). *Institutions and organizations: Foundations for organizational science*. London: A Sage Publication Series.
- Soss, Joe, Richard C. Fording og Sanford Schram (2011). *Disciplining the poor: Neoliberal paternalism and the persistent power of race*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sundhedsministeriet (2010). *Sundhedsloven*. LBK nr. 913 af 13/07/2010. København: Sundhedsministeriet.
- Thornton, Patricia H., William Ocasio og Michael Lounsbury (2015). *The institutional logics perspective*. John Wiley & Sons.
- Tummers, Lars, Vicki Bekkers, Evelien Vink og Michael Musheno (2015). Coping during public service delivery: A conceptualization and systematic review of the literature. *Journal of Public Administration Research and Theory* 25 (4): 1099-1126.
- Van Berkel, Rik og Eva Knies (2016). Performance management, caseloads and the frontline provision of social services. *Social Policy & Administration* 50: 59-78. DOI: 10.1111/spol.12150.
- Van Marrewijk, Alfons og Dvora Yanow (red.) (2010). *Organizational spaces: Rematerializing the workaday world*. Edward Elgar Publishing.
- Weiss, Robert S. (1994). Respondents: Choosing them and recruiting them, pp. 15-37 i *Learning from strangers: The art and method of qualitative interview studies*. New York: Free Press.
- West, Karen og Paul Davis (2011). What is the public value of government action? Towards a (new) pragmatic approach to values questions in public endeavours. *Public Administration* 89 (2): 226-241.
- Yanow, Dvora (2003). *Constructing "Race" and "Ethnicity" in America*. New York: Taylor and Francis.