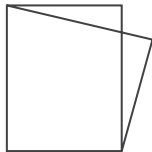


Sundhedscentres forskellige liv og rammer

Anna Katrine Fly Mathiasen, adjunkt, Center for Sundhedsfremme og Rehabilitering, VIA University College & Marie Østergaard Møller, seniorforsker, KORA og Center for Sundhedsfremme og Rehabilitering, VIA University College



Sundhedscenteret

- en ramme til fremme af sundhed?

Sundhedspolitik fylder godt på den kommunale dagsorden. Her skal sundhedsindsatser prioriteres og praktiseres både som målrettede indsatser overfor de allerede sygdomsramte og overfor de endnu raske borgere, som man fra politisk hold vurderer kan drage fordel af en sundhedsfremmende indsats (Pedersen & Petersen 2014: 276). Sundhedsloven adresserer kommunernes sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende ansvar overfor borgerne (Sundhedsloven 2010), og sundhedsstyrelsen udstikker retningslinjerne for, hvad staten mener med sundhedsfremme og forebyggelse. Sundhedsstyrelsen definerer således forebyggelse som: "Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden" og sundhedsfremme som: "sundhedsrelateret aktivitet, der

søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetence" (Sundhedsstyrelsen: 27). Som det fremgår af de to definitioner, er der et bredt skøn til stede, når kommunerne skal 'oversætte' sundhedsstyrelsen og sundhedslovens intentioner og formål med sundhedsfremme og forebyggelse til borgerindsatser.

Kommunerne har heller ikke overraskende valgt forskellige veje i organisation, bemanning og i implementering af sundhedsfremmende indsatser (Due, Waldorff, Aarestrup, Curtis 2008: 13; Aarestrup, Due & Kamper-Jørgensen 2007: 1). I tabel 1 ses det, hvor mange kommuner i de fem regioner der har valgt at organisere sundhedscentre, og hvor mange der enten har planer om at etablere et sundhedscenter eller ikke har et sundhedscenter i efteråret 2013.

Tabel 1: Sundhedscentre i danske regioner

	Sundhedscenter	Ingen sundhedscenter	Sundhedscenter på vej
Nord	7 (3)	4	0
Midt	12 (5)	5	2
Syd	10 (4)	12	1
Hovedstaden	11 (3)	18	0
Sjælland	8 (4)	7	1
Total	48 (19)	46	4

Celleindhold: Danmarks 98 kommuner. Tal i parentes angiver antal observerede sundhedscentre

I efteråret 2013 har hver anden dansk kommune således etableret et sundhedscenter som en ramme til at fremme sundhed og forebygge sygdom blandt borgerne. De resterende kommuner har valgt at bruge enten eksisterende strukturer og organisationer så som plejehjem og lægeklinikker eller mobile løsninger som bl.a. sundhedsbusser til at varetage de kommunale sundhedsfremmende og forebyggende opgaver.

Der er imidlertid også stor variation på, hvordan kommunerne med sundhedscentre forstår centrenes primære opgaver, hvordan sammensætningen af sundhedsprofessionelle ser ud, hvordan organiseringsformen er og dermed også på den gruppe af borgere, der enten henvises af egen læge, fra hospitalsregi, eller som kommer i sundhedscenteret på eget initiativ.

Artiklen undersøger 19 ud af de eksisterende 48 sundhedscentre i forhold til, hvordan de har valgt at indrette og strukturere de fysiske rammer for sundhedsfremmende og forebyggende borgerindsatser (se tabel 1). Artiklens konklusioner

baserer sig på feltanalyse af sundhedscentrenes organisering og på de forskelle og ligheder, som blev observeret ude på sundhedscentrene, og som også udgør analysens primære datagrundlag.

Teoretisk ramme

Tidligere studier af sundhedscentre har interesseret sig for at kortlægge, hvilke politiske, administrative eller tekniske omstændigheder der forhindrer at sundhedsindsatser føres ud i livet (Lannerström et al.: 2013; Bello et al.: 2013; Ralph et al.: 2013). Derudover har tidligere studier fokuseret på effekten af specifikke tiltag eller administrative systemer for borgernes sundhedstilstand (Lebrund-Harris: 2013; Olayiwola et al.: 2013). Nogle studier peger endda på, at sundhedscentre under særlige betingelser kan danne rammen om essentielle fællesskabsprocesser i lokalsamfundet, hvis sammenhæng med sundhedsfremmende eller forebyggende effekter dog ikke etableres (Clauss-Ehlers: 2003; Friedman et al.: 2004; Haines et al.: 2007; Scotta & Shanker: 2010). Vi ved imidlertid fra sociologiske studier (Hall & Lamont 2013), at der er en positiv sammenhæng mellem sund-

hed og fællesskab, hvorfor det er interessant at undersøge, under hvilke betingelser borgeren møder den kommunale indsats i sundhedscenteret.

Vi har en forventning om, at de fysiske og sociale rammer har en betydning for, hvilke sundhedsindsatser det er muligt at opnå i sundhedscentrene, dvs. de muligheder, der er for at sidde, stå, tale og være i rummet eller for, hvad vi forstår som fællesskabsprocesser og interaktionsmuligheder. Vi forventer, at indretningen i centrene bestemmer, hvilke former og typer af møder der kan foregå mellem de ansatte i huset og de borgere, der kommer for at få en sundhedsindsats.

Hypotesen, at fysiske rammer betinger adfærd, har rødder i flere socialvidenskabelige litteraturer, fx i magtteoretiske perspektiver på disciplinering (Foucault 2001), kultursociologiske teorier (Douglas 1986) og ikke mindst inden for den symbolske interaktionisme, hvor adfærd forstås som fremstilling, der knytter sig til rollespil mellem mennesker (Goffman 1990:13-44). Erving Goffman beskriver de fysiske rammer som en 'scene', der ser

De tilbud, som borgerne benytter, er i overvejende grad behandlende eller forebyggende, **men der ses også glimt af sundhedsfremme i enkelte centre.**



ud på en særlig måde. Den har et udseende, der refererer til tegn på status. Ifølge denne forståelse af fysiske rammer kan en social sammenhæng således iagttages som en scene, der refererer til en række tegn og betydninger, der giver mening inden for scenens opsætning. Det er disse tegn og betydninger, som ifølge Goffman fremmer bestemte væremåder og undertrykker andre. En scene kan ifølge Goffman også variere på ritualiseringsgrad, dvs. i omfanget af handlinger, der gennemføres uden behov for refleksion eller initiativ. Der er fx forskel på, hvor ritualiseret en gågade er i forhold til en retssal. På gågaden går folk spontant fremad, mens væremåde og udtryksform i en retssal er mere eller mindre bestemt på forhånd. Her er det altså mere tydeligt, hvilke væremåder der er acceptable, og hvilke der anses som uacceptable. Han taler således om, at interaktioner foregår i front og derfor også om, at der er 'sceniske aspekter af fronten' (the setting), som beskriver den fysiske indretning, og som fx kan bestå af møbler, dekorationer

og af baggrundsartikler, der supplerer sceneriet: "Front, then, is the expressive equipment of a standard kind intentionally or unwittingly employed by the individual during his performance" (Goffman 1990: 32). Vi anvender disse teoretiske greb i analysens interaktioner mellem de sociale rammer, de fysiske rammer og de personer, der er observeret i sundhedscentre.

I analysen af sundhedscentrenes persongalleri henviser vi konsekvent til de observerede som enten 'personale' eller 'borgere'. Ved et personale forstår vi en person, der er ansat på sundhedscenteret, og hvis arbejde består i at møde borgerne enten for en sundhedsfremmende eller en forebyggende indsats. Ved en borger forstår vi en person, der som skatteborger selv har været med til at finansiere sundhedscenteret.

Data

På baggrund af feltobservationer i 19 sundhedscentre fordelt på alle regioner

undersøger vi, hvad der karakteriserer interaktionerne mellem sundhedsprofessionelle og borgere i sundhedscentret. Vi kigger efter, hvilket persongalleri der er i sundhedscentret, hvordan huset fremtræder arkitektonisk, herunder hvordan det er indrettet og mere generelt interesserer vi os for at beskrive, hvad det er for et liv, der præger det enkelte sundhedscenter, ligesom vi beskriver borgerne på tidspunktet for observationen. Tre personer har gennemført observationer og taget feltnoter efter en feltnoteguide for at sikre reliabilitet, dvs. samme opmærksomhedspunkter i observationerne. Alle observationer er efterfølgende skrevet ud, anonymiseret og behandlet i NVivo. Vores observationer er imidlertid begrænset af kun at være mellem 1 og 2 timer. Et hverdagsindblik er efterstræbt ved at observere i tidsrum, hvor der foregår flest aktiviteter med borgerne. Vi har anvendt en totrins analysestrategi som fortolkningsbase (Lofland & Lofland 2006). Først gennemførte vi en åben kodning af felt-

observationerne med fokus på at identificere sundhedscentrenes scener (deres fysiske og sociale rammer). Denne første eksplorative analyse blev herefter anvendt som basis for en systematisk og inklusiv kodning af hele materialet.

Analyse

Vi skal nu se nærmere på, hvordan sundhedscentre skaber rammerne for sundhedsfremme og forebyggelse overfor

byens borgere. Vi starter med at beskrive de fysiske rammer, eller – for nu at blive i Goffmans terminologi – sundhedscenterets scene. Derefter kigger vi mere indgående på den sceniske front og på de sociale rammer inde i centeret. Det gør vi ved at beskrive rekvisitter (møbler, dekorationer, billeder og andet inventar), persongalleri, væremåder og interaktioner inde i centeret. Vi identificerer to hovedhustyper i vores materiale: det borgernære og det

kliniske sundhedscenter. I analysen af persongalleri og hustyper henviser alle referencer til tabel 2, som fremstiller hovedresultatet af vores kodning:

Til sidst i analysen diskuterer vi, hvorvidt der er en systematik i de beskrevne forskelle og ligheder på den sceniske front med de interaktioner (og mangel på samme), som er blevet observeret.

Tabelf1: Koderesultat

Centertype	Sundhedscenter*	Personale (antal)	Borgere (antal)
Borgernær: Centre, som er beliggende sammen med andre afdelinger/tilbud, så som børnehaver og idrætshaller. Udendørs faciliteter, såsom basketballbane, grill og en stor legeplads. Ligger centralt.	M4	> 7	7
	M3	> 3	1
	S4	7	16
	M2	> 11	> 40
	M5	> 9	4
	N3	> 5	> 5
Klinisk: Nedlagte sygehusbygninger eller kommunale bygninger. Fleretagers institutioner med tilhørende store parkeringspladser og lidt buskads. Anvisninger med oversigtkort over bygningerne. Indgangen består af automatiske døre. Ligger centralt.	S2	> 5	> 6
	Sj1	> 5	> 7
	Sj2	> 4	> 10
	M1 (city)	> 5	6
	H1	> 25 (kursus for ansatte)	> 15
	N2	3	6
	N1	2	> 12
	H3	6	> 26
Borgernær + klinisk indretning	S1	> 7	> 10
	Sj4	> 5	> 30
	Sj3	> 11	> 20
Spartansk: Minimalistisk og småt	S3	1	0
	H2	> 5	1

*Sundhedscentrene er anonymiseret. Bogstaverne angiver region (N=nord, M=midt, S=syd, H=hovedstaden og Sj=Sjælland)

Fysiske rammer: Hustyperne

Sundhedscentrene har vist sig at være meget ens placeret ude i kommunerne. De er – med få undtagelser – alle placeret i nedlagte sygehusbygninger eller

kommunale bygninger. De ligger centralt i kommunernes største byer. Sundhedscentrene er typisk i flere etager med tilhørende store parkeringspladser og ofte kun en lille smule buskads rundt

omkring. Der er anvisninger med offentlige oversigtskort over bygningerne, og når man kommer hen til det område, hvor centeret er placeret, er der et skilt, hvorpå der står "Sundhedscenter".



Når man går ind, mødes man udefra af store gennemsigtige glassdøre, som oftest åbner automatisk eller ved tryk på en knap. Et af de få centre, som adskiller sig, er Sundhedscenter M2. Sundhedscenteret ligger i et multiaktivitetscenter opført af kommunen og den pågældende boligforening, der huser sundhedscenteret. Det er en stor bygning, som ligger i et større boligsocialt område – et klassificeret ghettoområde under byfornyelse. Udover sundhedscenteret ligger kommunens lokale folkesundhedsafdeling i samme bygning. Her finder man en afdeling med jordemoderpraksis, en idræts-

børnehaven, nogle mødelokaler og en stor idrætshal. Bygningen er omgivet af græsplæne. Der er en udendørs basketballbane, en stor grill og en stor legeplads som hører til idrætsbørnehaven. Denne forskel på aktiviteter og tilbud, både inde i centeret og udenfor, ser ud til at betyde noget for interaktionsformerne. Det vender vi tilbage til senere i analysen. Det generelle billede af centrene er dog, at de ligner andre offentlige institutioner, som vi kender det fra sundhedsvæsenet og kommunale institutioner som fx rådshuse og skatteforvaltninger. De fysiske rammer ritualiserer en væremåde, der

er passiv og afventende: Man ved, hvor man skal sidde, stå og gå og ikke mindst, hvor man ikke skal. Dette er meget modsat i M2, hvor de ydre rammer skaber en scene med forventninger om aktivitet, spil og i det hele taget en meget mindre ritualiseret væremåde.

Sociale rammer: Indretning

Men en ting er de ydre fysiske rammer, og de forventninger disse skaber, noget andet er selve den indendørs indretning og rummet, hvor borgerne tages imod. Vi finder, at der er stor forskel på henvendelsesformen til borgerne i sundheds-

centrene. Som vi nu skal se nærmere på, er sundhedscentrene indrettet meget forskelligt. I nogle centre er arealerne indrettet, så de indbyder til interaktion og aktivitet og i andre centre er arealerne indrettet på en måde, som adskiller borgerne fra hinanden.

Indretningsmæssigt har vi fundet to overordnede typer, som de fleste centre kan inddeles i. En borgernær og en klinisk type. Den borgernære indretning sender hjemlige signaler, bruger farver og adskiller sig fra den kliniske indretning ved at signalere en privat atmosfære, som bløder op for den institutionelle fysiske ramme. Den kliniske indretning dækker over neutrale til kolde farver, venteområder, der minder om venteområder på sygehuse, hvor omgivelserne er ryddet for pynteting. Syv ud af de 19 observerede centre har prioriteret en fysisk ramme, der ikke fremmer mulig-

hed for et borgerfællesskab (se tabel 1). Der er for eksempel ikke plads til at sidde sammen. Her kommer man enten ind til en reception eller en infoskærm, hvor man kan få at vide af sekretæren eller læse på en skærm, hvor i huset man skal være. Der er typisk et mindre venteområde med en masse foldere om sundhed stillet op i reoler eller på stativer. Venteområderne fungerer flere steder som på et apotek eller hos en privatpraktiserende læge. Der står et par enkelte stole, hvilket signalerer til borgerne at de skal hurtigt ind og hurtigt ud. Et sted trækker man et nummer og venter på, man bliver kaldt ind, et andet sted hænger der et skilt på væggen: "VENTEOMRÅDE" til sygeplejeklinikkerne. Behandling sker KUN efter forudgående aftale". Denne indretning skaber mulighed for at systematisere alle besøgende borgere og indskrives dem i en ventende og modtagende position, hvilket kan sam-

menlignes med en patientrolle, hvor man afventer behandling.

Seks ud af de 19 besøgte sundhedscentre har valgt at prioritere en fysisk ramme, der fremmer en mindre ritualiseret adfærd blandt borgerne (se tabel 1). De anvender, hvad vi beskriver som en borgernær indretning og har venteområder med plads til mange. Her kan folk sidde i grupper omkring borde eller i sofaer. Der står ofte tændte stearinlys på bordene, og man har flere steder valgt at sætte vaser og andre pyntegenstande frem. Der er typisk mulighed for the og kaffe, nogle steder også noget at spise, og så hænger der malerier på væggene. Malerierne er udstillet af lokale kunstnere og kan købes. I sundhedscenter Sjø har man fotografier af borgere, der ser glade ud og udfører aktiviteter sammen eller hygger sig med de ansatte.



Ved at bruge tegn fra hverdagslivet, der signalerer at man gerne 'må blive lidt længere', signalerer den fysiske indretning her, at borgerne er en vigtig del af centeret og er betydningsfulde. Man har endvidere her valgt at placere et stort appelsintræ i centerets store lyse café. I sundhedscenter S4 har man valgt at bruge lidt pyntegrønt til at lukke venteområdet lidt inde, og man har et stort elghoved i plastic, der hænger på væggen. Når man kommer ind, er dagsprogrammet skrevet af personalet med en tusch, og der er tegnet måger, vand og solskin på programmet. Væggen ved indgangen er også dekoreret med et print af store røde babushka-figurer. Disse former for indretning signalerer en henvendelsesform, der inviterer til at sætte sig og slappe af. Det kalder på en patientrolle, idet ritualer stadig er, at man skal sætte sig og vente. Men det skaber samtidig rammerne for, at man kan udfylde en borgerrolle i et socialt fællesskab sammen med andre. Indretningen med borde til større grupper af mennesker former en scene, der er rettet mod et fællesskab. Dekorationerne opfordrer til afslapning og en følelse af hjemlighed.

Foruden de to hyppigst repræsenterede indretningstyper, den kliniske og den borgernære, er der to andre kategorier. Den spartanske og den integrerede indretning. Spartansk vil sige minimalistisk og småt. Dette er kun observeret i to centre, som begge stod overfor at skulle flytte, og måske derfor var spartanske. Derfor beskrives disse ikke her. Den integrerede indretningstype rummer både en klinisk og en borgernær indretning. Dette findes i tre besøgte sundhedscentre, der både huser private, kommunale og regionale aktører. Sundhedscenter Sjø4 er et eksempel herpå. Det ligger på

et bygningsområde, der spreder sig ud på et meget stort areal. Nogle bygninger indeholder privatklinikker med eksempelvis fodterapeuter, optikere eller psykoterapeuter, andre bruges af kommunale eller regionale aktører. En gengivelse af den integrerede indretning i Sjø4 kan beskrives ved henholdsvis træningsafdelingen, som ligner og fungerer som en hospitalsafdeling. Der står linnedvogne ude på gangen, som en rengøringskone er ved at ligge på plads, og der står stole langs væggen, hvor man kan sidde og vente. Farverne er hvide og grå, og der er også et lokale, hvor regionens laboranter kommer ud hver uge for at tage blodprøver. Centeret skifter imidlertid indretningsform, når man går til afdelingen for sundhedsfremme og forebyggelse. Her mødes man af hyggelige sofaarrangementer i krogene på bygningen, store krukker med grene og påskepynt, samt flere farver, malerier og en stor café, der åbner sig op i en to etagers hall. Der er udsigt op til en gangbro langs væggen på 2. etage, hvor man kan tilgå lokaler. Cafeen fungerer også som et konferencecenter og huser et køkken, hvor der er ansat en kok med køkkenmedhjælpere. Alt på menuen er sundt og hjemmelavet, og der er en stor salatbar. Ude ved cafébordene står et stort akvarium, hvor der er en gættekonkurrence i gang for borgere og ansatte om, hvor mange liter vand, der er deri.

Vi kan altså se, at sundhedscentrenes måde at indrette sig på også ser ud til at få betydning for de sociale rammer. Vi har identificeret to hovedtyper (det borgernære og det kliniske sundhedscenter) på baggrund af, om den fysiske indretning skaber mulighed for fællesskab, eller om den omvendt ritualiserer en passiv borgeradfærd.

Ifølge Goffman skaber indretning – eller scenen – forventninger til, hvordan man skal begå sig. Rollerne ritualiseres ved, at folk gør det samme igen og igen (de går ind ad døren, sætter sig på stolen, venter til det bliver deres tur, går ind ad en dør, kommer ud igen og går). Vi har her set eksempler på, hvordan en klinisk indretning kalder på en patientrolle og en borgernær indretning, der kalder på en mindre ritualiseret og dermed en mere fri (borger)rolle.

Den sceniske front: Personalet

Der er observeret 14 personalekategorier. De hyppigst repræsenterede er: receptionister, fysioterapeuter og fysioterapeutstuderende, diætister, sundhedsplejersker, sygeplejersker, ledere, laboranter, kokke, køkkenmedhjælpere og sundhedskonsulenter, hvor uddannelsesbaggrunden ikke kendes. Enkelte steder er der også observeret en massør, akupunktør og en psykolog. Dette har dog været ved de centre med private aktører og har været et betalingsstilbud. Sundhedspersonalet udgør klart størstedelen af de ansatte. Dette viser, at man i centrene prioriterer at udbyde sundhedsstilbud i form af fysioterapi, kost og sygepleje. Nogle få steder bærer personalet uniformer eller navneskilte med stilling skrevet på. De fleste steder er de dog klædt i almindeligt tøj, men præsenterer sig altid ved navn og funktion. Denne fremførelse skaber en indtryksstyring, hvor borgerne tydeligt 'fortælles', at det er en professionel, de skal møde.

I feltnoterne er det noteret, hvilke handlinger de ansatte indgår i. Dette er blevet samlet i syv scenarier 1: gåture med borgerne i grupper eller enkeltvis 2: træning med borgerne i træningssale 3: madlavning med borgerne 4: afhentning

af borgere i venteområder til samtaler, oftest individuelt nogle steder i grupper 5: sekretærer som taler i telefon og laver mødeaftaler på vegne af personalet 6: ekspedition i cafeerne af personalet og nogle steder også borgere og sidst 7: undervisning af større personalegrupper. Overordnet er samtlige af disse handlinger scenarier, hvor de ansatte kan oplyse om og udføre forskellige sundhedshandlinger sammen med borgerne. I forhold til caféerne er disse både sundhedsregulerende i forhold til personalet og borgerne, da de går op i salg af sund kost.

Borgerroller

Et væsentligt formål med vores observationer var også at finde ud af, hvem der kommer i centrene. Vi har, som allerede beskrevet, kun observeret centrene en gang i deres åbningstid, og her har vi iagttaget, hvor mange borgere der kom, samt hvordan de så ud, og hvad de lavede.

På mange af vores besøg så vi flere ansatte end borgere. I syv sundhedscentre blev der observeret under syv borgere, og to steder så man højst én. I de resterende 12 centre blev der observeret flere. De steder, hvor der kom flest, er steder, hvor der udbydes fysisk genoptræning samt holdundervisning i forhold til vægttab eller kræftrehabilitering. Sundhedscenter H3 er et af de steder, hvor der blev observeret mange borgere. Dette fordi der var flere træningshold både for fysisk skadede patienter, ældre borgere og for kræftramte kvinder. Derudover sad der konstant to til tre ældre mennesker og ventede på at få behandlingshjælp i sygeplejeklinikkerne. Klinikkerne bestod af to mindre lokaler beliggende side om side. Besøgene derinde varierede mellem 5 til 15 minutter; der var altså en stor udskiftning af borgere.

Flertallet af de observerede borgere i alle centrene ser ud til at være midaldrende eller 60 år og opefter. De ses oftest i centrene i forbindelse med træning eller ventende på at skulle til samtale med en sundhedsprofessionel. I de centre, hvor der er en sundhedsplejerske, kommer der mødre med børn. Foruden de få steder, hvor der er en sundhedsplejerske, ses de unge borgere de steder, hvor der er tilbud om vægttab. Men også her er flertallet de midaldrende og ældre. Fællestrækkene ved borgerne er, at de enten har fysiske skader, ser syge ud (mangler fx håret), eller er overvægtige. Det er med andre ord syge borgere, der ofte er i en patientrolle og derfor også meget let tilpasser sig en 'klinisk forventelig adfærd'.

På tværs af vores observationer af rammerne samt af interaktionerne mellem sundhedsprofessionelle og borgere kan vi pege på, at indsatsen de fleste steder er behandlende og forebyggende. få steder kommer den sundhedsfremmende indsats dog også frem. I sundhedscenter Sj4 blev der observeret fem ældre kvinder, som kom ind af hovedindgangen samtalende og glade, og som gik igennem caféen, hen mod nogle lokaler, som kommunen gratis har stillet til rådighed for frivillige fra patientforeningerne. I starten beskrev vi sundhedscenter M2, beliggende i et boligsocialt område, som en bygning der skilte sig ud. Der var brochurer om forskellige arrangementer fx gåture for kvinder, fodbold for voksne mænd hver tirsdag og legestue for børn om lørdagen. Tilbuddene var altså mere socialt rettede end sundhedsrettede. Der blev yderligere observeret en anderledes indretning og omgangsform blandt de besøgende borgere. Borgerne hilste alle på hinanden og gik også ind og hilste på personalet inden de satte sig i sofa-

erne. Cafémedarbejderen var her i gang med at lave en fødselsdagskage formet som en racerbil, og på et tidspunkt kom der en hel børnehave ind (centeret deler bygning med en idrætsbørnehave), som skulle sidde og spise deres madpakker. Dette foregik ikke ritualiseret i betydningen systematiseret, men derimod som en 'naturlig' eller en forventet forekomst. Der kom også flere ind, som skulle til træning, og som ikke så ud til at være skadet.

Konklusion

Igennem den empiriske fremstilling og analyse kan vi pege på de centrale forskelle i fysiske og sociale rammer, som fremmer forskellige former for adfærd og aktiviteter i centrene, herunder også hvilken indsats sundhedscentrene prioriterer og udbyder. Vi identificerede to hovedhustyper med vidt forskellige sceniske fronter, en borgernær og en klinisk, ligesom vi identificerede meget forskellig ritualiseringsgrad og volumen i de forskellige centre. Hovedforskellene mellem indretningen af det borgernære og det kliniske sundhedshus kan opsummeres således:

Scenisk front	Borgernær	Klinisk
Sociale rammer: indretning	Bruger farver på væggene. Privat indretning, som bløder op for den institutionelle fysiske ramme. Venteområder med plads til mange, omkring borde eller i sofaer. Ofte tændte stearinlys og pyntegenstande. Mulighed for the og kaffe, nogle steder også noget at spise. Kunstmalerier på væggene.	Neutrale til kolde farver, Venteområder, der minder om venteområder på sygehuse hvor omgivelserne er ryddet for pynteting.
Personalet	Hilser personligt på besøgende.	Bærer uniformer og navneskilte med stilling skrevet på. De fleste steder klædt i almindeligt tøj, men præsenterer sig altid ved navn og funktion.
Borgerroller	Frivillige fra patientforeningerne. Mødre og børn. Borgere til træning. Socialt rettede tilbud, fx brochurer om forskellige arrangementer fx gåture for kvinder, fodbold for voksne mænd hver tirsdag og legestue for børn om lørdagen.	Midaldrende samt 60 år og opefter til genoptræning eller ventende på en samtale med en sundhedsprofessionel. Mennesker med overvægt, fysiske skader eller sygdom.

De tilbud, som borgerne benytter, er i overvejende grad behandlende eller forebyggende, men der ses også glimt af sundhedsfremme i enkelte centre. Den strategi, som kommunerne anvender, ser dermed ud til på overordnet vis at være en overtagelse af den måde, regionerne forvaltede rehabilitering og forebyggelse på, inden opgaven blev fordelt ud på kommunerne ved reformen i 2007. Rammerne er ændret lidt, men de fleste steder ritualiserer centrene fortsat borgernes væremåde som patienter. De sundhedsprofessionelle præger, hvilke tilbud og dermed

også hvilke borgere, der kan modtage hjælp. De tilbud, som primært udbydes, er en afspejling af statens sundhedspolitik, hvor blandt andet kost, rygning og motion har været i fokus igennem mange år. Den måde, man har placeret sundhedscenteret sammen med andre lokale tilbud i en moderne bygning, ser også ud til at skabe andre interaktionsformer end de steder, hvor man traditionelt har placeret centrene i gamle sygehusbygninger og indrettet sig klinisk. Sundhedsfremme ses tydeligere disse to steder, samt de steder hvor man har

placeret kommunens sundhedsplejersker. Borgerne bringes mange steder ind i patientroller, hvor de kommer som modtagere af forskellige tilbud. Kun enkelte centre adskiller sig markant fra den traditionelle institutionstænkning. De steder, hvor der kommer frivillige, og hvor centrene er tænkt mere ind i de sociale og lokale rammer, ser det til gengæld ud til, at en sidegevinst kan opstå i form af at fremme et borgerfællesskab. ◆

REFERENCER

- Aarestrup, Anne Kristine, Due, Tina Drud & Kamper-Jørgensen, Finn (2007): *De kommunale sundhedspolitikker i Danmark – en kortlægning*. Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet.
- Bello, Jennifer K., Adkins, Katlynn, Stulberg, Debra B., Rao, Goutham (2013): "Perceptions of a reproductive health self-assessment tool (RH-SAT) in an urban community health center", *Patient Education and Counselling*, vol. 93, is. 3.
- Clauss-Ehlers, C (2003): "Promoting Ecological Health Resilience for Minority Youth: Enhancing Health Care Access Through the School Health Center", *Psychology in the Schools*, vol. 40, 3.
- Douglas, Mary (1986): *How Institutions Think*. New York: Routledge.
- Foucault, Michel (2001): "Socialmedicinens fødsel", *Distinktion* 3: 11-23.
- Friedman, I, Lehmann, U, & Sanders, D. (2004): Review of the utilisation and effectiveness of community-based health workers in Africa. JLI Working Paper 4-1. *Human Resources for Health & Development*.
- Goffman, Erving (1990): *The Presentation of Self in Everyday Life*. Penguin Books.
- Haines, A., Sanders, D., Lehmann, U., Rowe, A.R., Lawn, J.E., Jan, S., Bhutta, Z. (2007): "Achieving child survival goals: Potential contribution of community health workers". *Lancet*, 369, 2121-2131.
- Hall, Peter A. & Michèle Lamont (ed.) (2013): *Social Resilience in the Neoliberal Era*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lannerstrom, L, Wallman, T, Soderback, M (2013): "Nurses' experiences of managing sick-listing issues in telephone advisory services at primary health care centres", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 27, no. 4.
- Lebrun-Harris, Lydie A (2013): "Health status and health care experiences among homeless patients in federally supported health centers: findings from the 2009 patient survey", *Health services research*, vol. 48, is 3, Side 992-1017.
- Lofland, John, David Snow, Leon Andersen and Lyn H. Lofland. 2006. *Analyzing social Settings. A guide to qualitative observation and analysis*. Wadsworth/Thomson.
- Olayiwola, J Nwando; Irizarry, O Corazon; O'Connell, Kelli; Milan, Stephanie (2013): "Living Smart, Living Fit: a patient-centered program to improve perinatal outcomes in a community health center population", *Journal of primary care & community health*, vol. 4, is1, Side 31-35.
- Ralph, Anna P; Fittock, Marea; Schultz, Rosalie; Thompson, Dale; Dowden, Michelle; Clemens, Tom; Parnaby, Matthew G.; Clark, Michele; McDonald, Malcolm I.; Edwards, Keith N.; Carapetis, Jonathan R.; Bailie, Ross S. (2013): "Improvement in rheumatic fever and rheumatic heart disease management and prevention using a health centre-based continuous quality improvement approach", *BMC Health Services Research*, vol. 13, ar. 525.
- Scotta, K & Shankerc, S (2010): "Tying their hands? Institutional obstacles to the success of the ASHA community health worker programme in rural north India", *AIDS Care* Vol. 22, No. Supplement 2, 1606-1612.
- Sundhedsloven (2010): LBK nr 913 af 13/07/2010. www.retsinformation.dk.
- Sundhedsstyrelsen: *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>.