

'Dette er ikke et hospital'

Rum, følelser og professionel ekspertise/funktion i dansk kræftrehabilitering

Anne Roelsgaard Obling

Copenhagen Business School (CBS)
ar.ioa@cbs.dk

Obling, Anne R. (2016). 'Dette er ikke et hospital': Rum, følelser og professionel ekspertise/funktion i dansk kræftrehabilitering, *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 24, 89-112.

Artiklen ser på fremvæksten i det danske sundhedsvæsen af specialdesignede organisationer, hvis primære formål er at rehabiliterer mennesker med eller efter kræftsygdom.

Baseret på etnografisk-inspirerede feltstudier vises, at når professionelle rehabiliteringshjælpere er sat til at arbejde i potentielt mere humane og helende bygninger, i hvilke funktioner og adfærd ikke altid er fastlagt i overensstemmelse med gennemsigtige, formelle kalkuler eller professionelle rationaler, men i stedet er dannet efter nogle moralske antagelser om menneskelige behov og følelser i forsøg på at trække en klar demarkationslinje til den traditionelle behandlingsindustri – her tænkes først og fremmest på offentlige hospitaler og kræftafdelinger – har det en række konsekvenser for de professionelle rehabiliteringshjælpere; for måden, hvorpå disse tilgår deres funktioner samt indgår i relationer med hinanden og borgere, der kommer for at få hjælp.

'This is not a hospital': Space, emotion and professional expertise/function in Danish cancer rehabilitation

The article looks into the growth of special designed organizations in the Danish health care sector, whose primary purpose is to rehabilitate people with or after cancer.

Based on ethnographic-inspired field studies it is shown, that when professional rehabilitation workers are put to work in potentially more humane and healing buildings, in which functions and behavior are not always determined in accordance with transparent, formal calculus, or pro-professional rationales, but instead formed after some moral assumptions about human needs and

Introduktion

Hvert år diagnosticeres ca. 35.000 borgere med kræft i Danmark (KB, 2015). Ved udgangen af 2012 levede der ifølge Kræftens Bekæmpelses hjemmeside 245.500 mennesker i Danmark, som tidligere havde fået stillet en kræftdiagnose (ibid.). Mange oplever dårligt helbred efter behandling for kræftsygdom – dette er i gennemsnit en ud af fire, som er blevet diagnosticeret med kræft på et tidspunkt i deres liv. Undersøgelser viser, at disse helbredsproblemer eksisterer i minimum ti år efter behandling manifesteret som fx social isolation, depression, økonomiske trængsler, ustabil tilknytning til arbejdsmarkedet (Elliott m.fl., 2011; Santin m.fl., 2012). I takt med at den medicinske behandling bliver mere effektiv, og kræft i højere grad diagnosticeres på et tidligt tidspunkt, vil vi i fremtiden komme til at se flere såkaldte kræftoverlevende. Der er således tale om et nyt 'kræftbillede' (MacMillan, 2015). Hvor der tidligere har været et stort forskningsmæssigt og politisk fokus på diagnostik, behandling og pleje, vil dette fokus fremover komme til at inkludere den del af kræftpatienternes forløb, hvor disse officielt er erklæret raske af det etablerede medicinske system, men ikke føler og forstår sig selv som raske eller sunde individer. Samtidig lever flere patienter i længere tid med en kræftsygdom, og sygdommen kan herved have kronisk karakter. I forlængelse af ovenstående kræftbillede er der derfor brug for, at man begynder at se nærmere på de nye organisationsformer, vi konstruerer og udvikler med henblik på at kunne rumme den stadigt voksende mængde af kræftoverlevende og borgere, der i mange år lever med kræftsygdom.

Med inspiration hentet fra UK Maggie Cancer Caring Centres, der blev grundlagt af den verdenskendte arkitekturteoretiker Charles Jencks i 1995, er der i Dan-

mark gennem de sidste fem år blevet bygget en række nye terapeutiske miljøer i form af rehabiliteringsenheder til folk, der er berørt af kræft. En større dansk kommune opførte i 2011 et rehabiliteringscenter for kræft. I årene efter opførte Kræftens Bekæmpelse i samarbejde med Real Dania de såkaldte 'Livsrum', der er spredt ud på seks geografiske områder i Danmark. Bygningerne er alle distinkte med hensyn til deres arkitektoniske design og materialer, og ligesom i England har arkitekter stået i kø for at opføre dem (de engelske eksempler tæller Libeskind, Hadid, Rogers, Gehry, m.fl.).

Den såkaldte 'Maggie-bevægelse' (Jencks, 2005: 30) abonnerer på en grundantagelse om, at det byggede miljø er helt centralt i forhold til rehabilitering, sundhed og velvære. Denne antagelse deles af sundhedsgeografer, der blandt andet har undersøgt betydningen af rum og terapeutiske landskaber for eksempelvis psykiatriske selvhjælpsgrupper (Laws, 2009), alkoholikere (Wilton and DeVerteuil, 2006) og tidligere brystkræftpatienter (English, Wilson and Keller-Olaman, 2008). Også fortalere for helende arkitektur ('healing architecture') kobler antagelser om rum med sundhed (Ulrich et al., 2008). Fokus for sidstnævnte tilgang er særligt, hvorledes arkitektonisk indretning og design kan være med til at hæve sundhedsorganisationers samlede effektivitet og reducere omkostninger.

I artiklen ser jeg nærmere på disse nye specialdesignede organisationer, hvori professionelle rehabiliteringshjælpere adresserer, får adgang til og sætter borgernes følelser og problemer under lup. Forskelligt fra den sundhedsgeografiske tilgang og helende arkitektur, hvis fokus hovedsageligt er på vigtigheden af at få det terapeutiske landskab inkorporeret i sundhedsfaglige institutioner og tilbud, er jeg inspireret af Martin et al. (2015), der i *Sociology of Health and Illness* opfordrer sociologer og andre til at undersøge de bygninger og den arkitektur, som sundhedspraksisser finder sted inden for. Det vil sige at have opmærksomheden rettet mod både konstruktionen samt oplevelsen af arkitektoniske indretninger; på arkitekters og planlæggeres ideer og udkast til bygninger (herunder også de moralske og filantropiske påstande, der er koblet på disse udkast); samt på, hvordan disse konkret benyttes – intentionelt såvel som ikke-planlagt - i hverdagen af professionelle og borgere.

Jeg trækker først og fremmest på empirisk materiale, der er indsamlet i en kræftrehabiliterings enhed i Danmark i perioden oktober 2013 - juli 2014. Enheden åbnede på sin nuværende placering i 2011 og er et gratis tilbud til alle borgere, der har haft kræft inde på livet – det være sig patienter, samt tidligere patienter og pårørende. Enhedens primære opgaver er at understøtte de mennesker, der søger hjælp, i forhold til visse normer, handlingsprocedurer og træningsmodeller, der

fungerer som midler til fysisk og/eller mental re-orientering og forandring i dagligdagen med eller efter en kræftsygdom.

Ofte spiller følelser en central rolle i kræftrehabilitering. De fysiske oplevelser af en kræftdiagnose er forbundet med følelser (skyld, skam, vrede, sorg, angst), og den psykosociale del af det efterfølgende rehabiliteringsforløb vil typisk indebære følelsesorienterede interventioner. Artiklen bygger på ideen om, at der er en signifikant forbindelse mellem rum og følelse og professional ekspertise/funktion, og at specifikke steder og bygninger har indbygget normer og standarder for den moralske regulering af den sociale adfærd. Det vil sige 'codes of conduct' (Elias, 2000) eller såkaldte 'følelsesregler' (Hochschild, 1979), der både eksisterer så at sige inden for murene samt overskrider disse i form af deres indlejring i nogle mere overordnede 'socio-moralske trossystemer'¹(Vowinckel, 1987), der rækker ud over rehabiliteringsenheden og er vævet sammen med andre nutidige aktiviteter af samme art.

Til at identificere relationen mellem rum, følelse og ekspertise/funktion og afkode nogle af de plastiske adfærds- og følelsesstandarder, der kobler sig specifikt til rehabiliteringsenheden, har jeg været inspireret af Norbert Elias' analyse af det franske hofsamfund ('The Court Society' – *Hofsamfundet* på dansk, Elias, 1969/2006). I hofsamfund-analysen er det centrale empiriske udgangspunkt hofets byggede rum, samt hvorledes de fysiske rum og intentionelle forestillinger om disse rum er vævet sammen med de sociale praksisser og processer, som foregår.

Artiklen er struktureret som følgende. Først introduceres til kræftrehabilitering og danske kræftrehabiliteringsorganisationer; herunder deres kerneopgaver, målsætninger og teknologiske virkemidler. Dernæst følger en aktualisering af *Hofsamfundet*, hvor opmærksomheden er rettet mod den analytiske kobling af rum, følelse og ekspertise/funktion, som Elias benytter til at beskrive hofsamfundet som en distinkt social figuration. I metodeafsnittet derefter beskriver jeg de etnografisk-inspirerede feltstudiers design – herunder adgang og datasample – samt den anvendte kodningsstrategi ved hjælp af software-kodningsprogrammet NVIVO 10. Den efterfølgende analyse belyser, hvorledes der til rehabiliteringsorganisationens design og rum er koblet forskellige trossystemer, dvs. tankesæt og forestillinger om menneskelige værdier og mål, der er med til at organisere professionelle funktioner og ekspertise samt forme organisationens identitet som anderledes fra den medicinske behandlingsinstitution, nemlig hospitalet. I forlængelse af disse fund diskuteres, hvorvidt rehabiliteringsorganisationer i grunden repræsenterer mere menneskelige humane organisationsformer og hvad ad-

skillelsen – groft sagt - mellem på den ene side biomedicinske eller bureaukratiske organisationer og på den anden side humane, ikke-institutionelle organisationer betyder i praksis.

Kræftrehabilitering og kræftrehabiliteringsinstitutioner

Siden det moderne hospital blev født i det attende århundrede, har det gennemgået en transformation. Hospitaler var i begyndelsen ikke enheder for avanceret medicin, men var derimod institutioner, der tilbød folk relativ simpel pleje, mad og tag over hovedet. Disse institutioner var typisk forbeholdt fattige. De tilbød ingen behandlingsgarantier og fungerede ikke så sjældent som en gateway til sygdomme og dødsfald på grund af deres dårlige sanitære forhold (se Porter, 2003 for en kort beskrivelse af hospitalernes historiske udvikling). Udviklingen af anatomisk og senere klinisk medicin, og hvad Foucault (1973) så levende har beskrevet som "klinikkens fødsel" har gjort hospitaler til de medicinske magtenheder, vi har i dag. Op til 1920'erne steg antallet af hospitaler. Siden er klinikken blevet mere og mere specialiseret, og aktiviteten har flyttet sig fra ubegrænsede, lange hospitalsindlæggelser til kortere og ambulante ophold gennem accelereret diagnostik og behandlingsprocedurer. Den gennemsnitlige liggetid var i 1930'erne omkring en måned og er i dag (2013 tal) reduceret til 3,7 dage (somatisk behandling) (Danske Regioner, 2013). Siden 1980'erne er antallet af hospitaler faldet, og institutionerne har opnået en bemærkelsesværdig evne til at strømline deres produktion. Der er ingen tvivl om, at hospitalernes historiske udvikling har haft stor indflydelse på opbygningen af den supplerende medicinske og terapeutiske behandlingsform, vi i dag kender som rehabilitering. Reorganiseringen af behandlings- og plejeprocesser og patientforløb til accelererede behandlingsskemaer (diagnostik, kirurgi, kemoterapi, stråling, kontrol typisk samlet i såkaldte pakker – fx kræftpakkerne) har siden 2008 reduceret den tid, der er til rådighed for de mere terapeutiske og psykosociale funktioner på hospitalerne, såsom de tjenester, der ydes af de hjælpende professioner, der beskæftiger sig med individers problemer og erfaringer med kræftsygdom og behandling. Fokuseringen på tid som et af de vigtigste måle- og kvalitetsparametre i kræftpakkerne har blandt andet medført, at man har forsøgt at skære forskellige former for organisatorisk spild væk fra behandlingsforløbet (en-til-en samtaler læge-patient, personalekonferencer, interne

feedback processer og supervision). Dette skal ses i sammenhæng med den korte liggetid, som naturligvis indebærer, at patienten er indlagt i ganske kort tid samtidig med, at de kliniske standardprocedurer – tekniske såvel som information om forløbets forskellige etaper – skal udføres i et komprimeret tidsrum, hvilket i sig selv giver mindre tid til gennemførelsen af et komplekst batteri af behandlingsprocedurer. Som jeg har skrevet om i en tidligere sammenhæng, medfører introduktionen af ny arbejdsystemer i hospitalsorganisationen, at man stille og roligt er ved at organisere sig væk fra den del af kræftpatienternes behandling, som er mere diffus, mindre målbar og hvis effekt oftest er umulig at benchmarke eller sætte på standardiseret formel (Roelsgaard Obling, 2012). Da denne reduktive tendens generelt er anerkendt som et problem blandt de ansatte på hospitalet, er en standardrespons i stigende grad at tilbyde specialiseret psykosocial støtte, som kræftpatienter kan blive henvist til enten samtidig med den medicinske behandling eller som et efterfølgende tilbud eller forløb. Indenfor de institutionelle mure, hvor psykosocial support er i fokus, kan folks bekymringer og psykiske reaktioner forklares og rummes af specialister, der tilbyder tid, teknikker og diverse værktøj til at hjælpe patienter med at håndtere deres sygdom og et oftest ændret livsforløb - herunder også det forløb, som patienter har været igennem på hospitalet eller stadig er en del af.

Typisk er rehabiliteringstjenester inden for kræftfeltet forbundet med to konceptuelle foci; hver indebærer en række teknikker for at genoprette og forfine kræftpatienters – eller tidligere kræftpatienters – evner og kapaciteter: 1) et somatisk rehabiliteringsfokus, der er rettet mod kropslige dysfunktioner og fysisk træning, og 2) et psykosocialt rehabiliteringsfokus, der er rettet mod psykologiske og sociale fænomener. De teknologier, som her tages i anvendelse, omfatter rådgivning, uddannelse, kognitiv træning og terapeutiske interventioner, der sigter mod at ændre folks tankesystemer, følelser og adfærd.

Det er vigtigt, at rehabilitering som en relativ ny form for medicinsk autoritet ikke betragtes som et isoleret fænomen. Fænomenet eksemplificerer en mere generel tendens inden for offentlige velfærdsinstitutioner: et kompleks af løst koblede ekspertiser, teknologier og ydelser, der er rettet mod forvaltningen af enkeltindviders problemer eller problematisering af klienters livssituation og kapaciteter og samlet i organisationstyper, der, hvad angår fysiognomi og tankesæt, forsøger at adskille sig fra traditionelle behandlingsinstitutioner. I case-organisationen gælder det i særlig grad en signifikant adskillelse fra hospitalet og hospitalsafdelinger. Denne adskillelse, som er en fortløbende proces og diskurs, er på en og samme tid med til at give rehabiliteringsorganisationen dens helt særlige karakteristika og

identitet samtidig med, at det fungerer som en måde, hvorpå institutionen bliver effektivt lukket af i forhold til omgivelserne. Senere i artiklen vil jeg beskrive, hvordan denne adskillelsespolitik – oftest klarest udtrykt gennem ideen om en mere 'human' organisation' - er indbygget i institutionens rum og ikke mindst i disse rums og deres praktiske brugs implicite adfærdsregler.

Norbert Elias: Relationen mellem rum, følelser og ekspertise/funktion i sociale figurationer

Med henblik på at identificere forholdet mellem rum og følelse og professional ekspertise/funktion i case-organisationen - herunder dens fysiognomi af etiketter og manerer ('adfærdsregler', på engelsk: 'codes of conduct', se Elias, 1939/2000), har jeg været inspireret af Elias' analyse af det franske hofsamfunds organisering og struktur (se Elias, 1969/2006). I *Hofsamfundet* fra 1969 bliver det franske regimes hof-aristokrati-borgerskab figuration; et regime, som blev regeret af Louis XVI i det 17. Århundrede frem til Louis XVI i det 18. århundrede, omdrejningspunkt for en detaljeret sociologisk undersøgelse.

Lad mig her først introducere begrebet figuration, inden jeg går til den specifikke hofanalyse. Elias beskriver en figuration som 'a structure of mutually oriented and dependent people' (1939/2000: 482). Hvis vi ser på hofsamfundet som et eksempel på en figuration, er det karakteriseret ved at være 'not a phenomenon that exists outside the individuals forming it; the individuals forming it, whether king or valet, do not exist outside the society which they form together' (Elias, 1969/2006: 21). Generelt er mennesker af natur afhængige af hinanden og gennem social læring, uddannelse, socialisering og socialt genererede gensidige behov, og de findes, som Elias vover at sige: 'only as pluralities, only in figurations' (Elias, 1939/2000: 481-482.). Når Elias i sit arbejde anvender begrebet 'figuration', er det for at henvise til denne situation af indbyrdes afhængighed blandt folk, hvor de menneskelige egenskaber, funktioner og sociale relationer nødvendigvis er indbyrdes afhængige. Det relationelle perspektiv påvirker måden, hvorpå arkitektonisk indretning og adfærd i organisationer i herværende artikel forstås i form af dynamiske, mobile sociale relationer og funktioner. Disse relationer kan tilgås via observation samt gennem rehabiliteringshjælperes beskrivelser af deres arbejdsopgaver og aktiviteter.

I et af de første kapitler af *Hofsamfundet* udforsker Elias gennem en række grafiske displays, hvordan grundplaner og den arkitektonisk udformning af hofsamfundets rum understøtter distinktion og status mellem hoffets medlemmer og hermed former rammerne for dets funktioner. Elias indrømmer, at hans optagethed af bygningers (paladser) grundplaner og detaljer om (hof) etikette måske synes som kuriositeter, hvis formål først og fremmest kan tilfredsstille en historisk interesse i fortidige statsfigurationer. Men som han påpeger: 'it emerges that the layout of the accommodation and the whole architectonic structure in which families of a certain society lived give both a reliable and verifiable insight into the basic form of the marriage relationship characteristic of people in this society, and beyond that, into their relationship with other people in the framework of social life' (1969/2006: 10).

Hoffets komplekse figuration af sociale relationer, arkitektonisk indretning, regelsæt og de koder for adfærd, der tager form inden for denne figuration, er symptomatisk for Elias' forståelse af, hvordan bestemte former for magt og social differentiering opererer på tværs af de umiddelbart mest upersonlige objekter og fænomener - såsom tidstabeller, cementvægge, haveanlæg, skriftlige dokumenter og kontrakter (sidstnævnte eksisterede dog kun i rudimentær form i hofsamfundet) og samtidig er præsente indenfor de mest personlige domæner - såsom spisevaner, hilseritualer og påklædningsrutiner. I et senere kapitel af 'Hofsamfundet' udbyggede Elias ovenstående analyse af hofsamfundets fysiognomi med en analyse af samfundsmedlemmernes 'psyko-genese', hvor han viste, hvordan intimitet, følelsesmæssige dispositioner og kropslige udtryk er organiseret omkring boligområder, ceremonier og ritualer. Elias argumenterede i bogen for, at hofsamfundet udgjorde det første arnested i historien for en mere systematisk og vedholdende forstilling af følelser, koblet sammen med dets mere kontrollerede og afmålte udtryk. Det vil sige, at emotionsregulering, der konstituerer hjertet af civiliseringsprocessen i moderne samfund, var tæt knyttet sammen med statsformation og dannelse af nye organisationsformer - herunder hofsamfundet og senere borgerskabet, middelklassen, eliten, med flere. Hvordan præcist disse forskellige moderne organisationsformer er forbundet med adfærdsformer, der kan begrundes i forskellige rationalitetsformer, er netop et af de store spørgsmål, Elias undersøger i hovedværket *'The Civilizing Process'* (se Elias, 1939/2000).

I de følgende afsnit vil jeg beskrive, hvorledes aktivitets- og adfærdsregulering i rehabiliteringsenhedens referencerum har en tilsyneladende uformel karakter og vise, hvordan den kommer konkret til udtryk. Denne manøvre er mulig at udføre, fordi enheden har det til fælles med hofsamfundet, at vi 'find quit openly and on a

large scale many phenomena that exist below the surface of highly bureaucratized organizations (Elias, 1969/2006: 152). Til forskel fra den regulering af menneskelige relationer, som finder sted i højtudviklede bureaukratiske organisationer med afsæt i nedskrevne regler, guidelines og manualer, har den uformelle regulering en lidt anden karakter i det, den har udgangspunkt i en form for gensidig observation og selv-observation – som Elias skriver 'the increased tendency of people to observe themselves and others' (Elias, 2000: 67) – det, vi i dag ville beskrive som organisationsmedlemmers og arbejdsgruppers 'refleksive selv-inspektion' (Van Krieken, 2014: 7). Denne inspektionsfunktion muliggøres blandt andet i kraft af organisationers arkitektoniske indretning som eksempelvis rehabiliteringsenhedens åbne rum.

Artiklens kobling af design, følelser og ekspertise/funktion i en konkret organisation, nemlig rehabiliteringsenheden, kan for læseren forekomme temmelig banal. Ved første øjekast synes det for simpelt at sammenkæde disse dimensioner. Det tilføjer tilsyneladende ikke mange nye indsigter under solen til, hvad eksempelvis Goffman har vist i sin skildring af psykiske syge og afdelingsstrukturer i *Asylums*, hvor han portrætterer, hvordan eksterne markører former individet - fra kropslig fremtræden til sprogbrug til ens erfaringer med selvet (Goffman, 1961). Eller som det fremgår af Foucault i *Discipline and Punish*, at menneskers adfærd og optræden dannes gennem bedømmelse og konstant justering i nogle dertil anviste områder, og at individer konstant arbejdes på fra hospitalsklinikken til skolegården til hærens barakker (Foucault, 1977). Men hvad der først og fremmest bringes frem i lyset i analysen af arkitektonisk indretning og adfærdsregler i herværende artikel – gennem at tage en Elias' tilgang alvorligt - er, hvordan mennesker, så som professionelle rehabiliteringshjælpere og borgere, der opsøger hjælp, alle er forbundet i rehabiliteringsenheden, der udgør en kompleks social figuration, og hvilken karakter deres indbyrdes forhold har. På samme måde som Elias selv testede hofsamfundet gennem dets praktiske brug og funktion, finder jeg rehabiliteringsenheden velegnet (som en selvfølgelig ret begrænset model), der skal testes og bruges til at vise nogle af særegenhederne ved måden, hvorpå kræftrehabilitering er organiseret, og hvilken figuration psykosociale tilbud til kræftpatienter er en del af.

Min hensigt er at beskrive nogle af enhedens metoder og rutiner, så vi gennem beskrivelser af dem kan få kendskab til figurationens strukturer og regelmæssigheder, hvilke de tilhører som en mindre del og således forstå nogle af de professionelle relationer, der både udgør denne figuration samt kontinuerligt formes af den.

Metode

Med afsæt i en overordnet interesse i, hvordan professionelles følelsesarbejde organiseres og reorganiseres i sundhedsvæsenet – og særligt i forbindelse med kræft og behandlingen af kræftsygdomme, foretog jeg i perioden oktober 2013-juli 2014 et etnografisk-inspireret feltarbejde i en dansk kommunal rehabiliteringsenhed. Jeg valgte enheden, fordi den 1) modtog patienter fra et større universitetshospital, hvor jeg tidligere havde foretaget feltarbejde, 2) i 2011 havde fået et nyt, arkitekttegnet hus stillet til rådighed, som på mange måder indikerede et brud med hospitalets byggede rum, og sidst, men ikke mindst, 3) vurderede jeg ud fra min egen tidligere forskning (Roelsgaard Obling, 2012), at en del af hospitalets traditionelle følelsesarbejde var 'flyttet ud' i nye organisationstyper, eller om man vil 'følelsesbureauer' – her illustreret gennem den valgte rehabiliteringsenhed. Jeg vurderede samtidig, at de ansatte i rehabiliteringsenheder arbejder med standarder for deres følelsesarbejde – blot er der (måske) tale om andre, mere uformelle standarder end dem, vi kender fra hospitalerne. Jeg var derfor interesseret i, at se hvordan disse standarder sætter sig igennem i de ansattes arbejdsliv og de forestillinger, de gør sig om arbejdet. Hvordan definerer de deres primære opgaver? Hvilke tanker gør de sig om det hus, de er en del af? Hvordan ser de omverdenen, og hvilke skel til denne sætter de op? Hvilke konsekvenser har mon denne adskillelse mellem rum/institutionelle sfærer for relationen til de mennesker, der kommer i enheden? Betyder det noget for organiseringen af intimitet?

I rehabiliteringsenheden fik jeg stillet et skrivebord og computer til rådighed og blev oprettet som ny medarbejder i IT systemet. Jeg interviewede medarbejdere og patienter, var med i træningssalen, på køkkenhold, patientundervisning, spiste frokost med medarbejderne, opholdt mig i husets cafe med patienter og så videre. Ud over de formelle aftaler gav min arbejdsstation mig mulighed for, at jeg frit kunne komme og gå i huset og på den måde have adgang til de forskellige aktiviteter, der foregik uden, at der blev lagt synderligt meget mærke til mit tilstedevær. Deltagerobservationen gav blandt andet adgang til, hvad rehabiliteringshjælperne ikke umiddelbart selv bragte på banen og forhold, som ikke var eksplicit beskrevet i fx enhedens nedskrevne guidelines og målsætninger. Udover feltnoter fra deltagerobservationen (samlet 25 dages observation) består mit datasæt af 28 interviews med medarbejdere og ledere. Derudover kommer 10 interviews med patienter, der dog ikke er inkluderet i herværende artikels sample. Interviewene varede ca. 1 time hver. I rekruttering til interviews forsøgte jeg at fange alle professionelle grupper i enheden. Materialet er kodet i dataprogrammet NVIVO 10 ud

fra principper om 'constructed grounded theory' (Charmaz, 2006; Rapley, 2011). Det vil sige, at jeg har tilgået kodningsprocessen med mine eksisterende teoretiske interesser og min viden fra mit tidligere arbejde omhandlende organisering af kræftbehandling. Alle interviews er transskriberet og efterfølgende anonymiseret. Via rehabiliteringsenhedens ledelse og gennem egen søgning fik jeg adgang til en række dokumenter om blandt andet husets historie og byggeplaner- og betænkninger, som er brugt i analysen. Jeg fik desuden – efter telefonisk samtale med de arkitekter, som har tegnet huset – tilsendt tegninger, fotos mm.

Jeg tilrettelagde mine interviews med en formodning om, at nogle af de tilbud og funktioner, som med tiden er blevet outsourcet i de accelererede forløb, nu optræder i rehabiliteringsprogrammerne. Heraf fulgte at jeg forudsatte, at medarbejderne i rehabiliteringsenheden i mine interviews ville tale om deres psykosociale funktioner. Dog forsøgte jeg at formulere mine spørgsmål til deltagerne relativt åbent og holde mig til nogle overordnede kategorier, så de både havde mulighed for selv at fortolke spørgsmålene og putte indhold i dem og også kunne tale om andre ting, hvis de havde lyst. I interviewguiden blev deltagerne spurgt til primære arbejdsopgaver, roller og organisation. Endvidere spørges til arbejdskultur og de problemer, som dukker op og erfares i hverdagen, og som de forskellige deltagere forsøger at håndtere – især i tilfælde hvor disse problemer relaterer sig til de såkaldte 'boundary relationships' (Bain, 1982), dvs. relationer mellem forskellige professioner, rehabiliteringsenheden og dets omgivelser – herunder i særlig grad hospitalet, psykosocial filosofi versus biomedicinsk filosofi.

Jeg påbegyndte analysen ved at læse materialet i dets helhed og kodede så temaerne, deltagerne talte om i forhold til enhedens primære opgaver, opgaveløsning, egen rolle, samarbejde og samarbejdsrelationer. Jeg grupperede herefter svarene i centrale temaer på tværs af materialet. Følgende spørgsmål blev derefter brugt i min mere fokuserede kodningsproces: (i) Hvorledes beskrives rehabiliteringsenheden som et ikke-institutionelt sted? (ii) Hvilke forventninger til adfærd og følelsesudtryk indgår i disse beskrivelser? (iii) Hvordan beskrives hospitalet som en aktiv modpol til det, man gerne vil være og gøre? Mine notater blev kodet på samme måde og hjalp til at bekræfte nogle temaer, mens andre blev kasseret.

Analyse

Den følgende analyse belyser, hvorledes der til rehabiliteringsenheden og dets arkitektoniske indretning er koblet et trossystem – herunder nogle særlige forestil-

linger om menneskelige værdier og mål, der er med til at definere enheden som et alternativ til den traditionelle behandlingsindustri (læs: hospitalet) og forme de professionelle relationer – herunder, hvordan rehabiliteringshjælpere i udgangspunktet skal tilgå kræftpatienter og ved hjælp af hvilke metoder.

Bygningen og dens trossystem

Rehabiliteringsenheden, der udgør case-organisationen i dette studie, blev opført i 2011. I dommerbetænkningen for enheden, hvori vinderforslaget til det endelige byggeri fremlægges, står der at vinderforslaget er 'et bygningsværk, der på én gang beskytter det helende indre og venligt inviterer inden for' (Dommerbetænkning, 2009: 3). Dommerpanelet understreger endvidere bygningens distinkte politiske betydning, i det de videre skriver om den, at 'samtidig er det et markant opgør med et institutionelt behandlingsmiljø' (ibid.). Denne opgørs-ambition ligger på mange måder i forlængelse af arkitekturteoretikerens Charles Jencks' afdøde kone, landskabsarkitekten Maggie Jencks', visioner for kræftrehabilitering, da hun i sin tid oplevede, at der ikke var tid og rum til at overbringe hende hendes kræftdiagnose og tale om den på en human måde på hospitalerne. Derfor blev hendes udgangspunkt, at i stedet for at antage at hospitalet ville og kunne varetage denne psykosociale funktion i deres eksisterende patientforløb, måtte man bygge nye institutioner, der kunne varetage opgaven – herunder Maggie enhederne (Kellaway, 2011).

I understregningen af enhedens distinkte andethed i forhold til den traditionelle hospitalsbygning, forklarer chefarkitekterne, der har stået for bygningen, at det var nødvendigt 'at skabe en menneskelig bygning med et imødekommende indre'. Ambitionen har været at 'skabe et hus, hvor mennesket er i centrum' (Rask Gregersen, 2012). Samtidig har de med egne ord forsøgt 'at fange

denne her helt specielle måde at møde og imødekomme mennesker på i en særlig situation. En måde, som er kendetegnende for enheden og den måde, man arbejder på' (Seheim, 2012: 17).

Bygningen skal være ramme for at kunne levere en service, der er baseret på kontinuitet, tværfaglighed, empati, tryghed og et tæt samarbejde, og hvor 'lysindfald, farver og akustik bidrager til en venlig, imødekommende og afslappet atmosfære' (Dommerbetænkning, 2009: 8).

Som offentlig bygning med et potentielt signifikant påvirkning af dens omgivelser (heriblandt borgerne) er det ikke kun husets konkrete funktioner, der bestemmer og derigennem former bygningen. Også en specifik rehabiliterings-

mentalitet er tænkt ind i formgivningen – som ses i ovenstående udsagn, som abonnerer på ideer om beskyttelse, heling, indvendighed og et selv, der stiller sig åbent for andre. På den måde kan bygningen - eller i hvert fald ideen om bygningen - begribes som en person med behov for psykosocial omsorg, beskrevet med brug af selvsamme adjektiver, der normalt bruges til at beskrive individer med et rehabiliteringsbehov efter eller sideløbende med deres kræftbehandling. Det betyder, at også bestemte ideer om selvet og hvordan dette selv skal mødes er en del af formgivningen af huset, så at sige indlejret i dets vægge og rum.

I forlængelse af ovenstående ideer og tanker om bygningen, beskriver medarbejderne i enheden selv enheden som et 'frirum' (Ester); 'en livsline' (Sonja); 'en pause' (Anders); et 'helt unikt sted' (Margrethe), et 'åndehul' (Gunvor) et 'åbent sted' (Mie), et 'ikke-hospital' (Camilla), 'noget hjemmeligt' (Julie), 'noget hyggeligt' (Sebastian), 'et beskyttende hus' Marianne), et 'sted hvor man kan få luftet kasketten'...'sige alt, hvad man tænker' (Margrethe), et 'sted hvor man virkelig kan åbne op' (Cecilie), 'et stort fedt kollektiv' og et 'sted hvor alle kan gå ind til alle' (Signe) og et 'akvarium' (Julie). 'Huset' bliver her et billede på det nære, intime sted. Det er lille, rart, imødekommende, sympatisk og hyggeligt – et 'man kan sige alt, hvad man tænker' sted. Familien – og forestillinger om familien – 'tryghed, empati, nærhed. akvarium' – understreger rehabiliteringsbevægelsens opgør med det institutionelle behandlingsmiljø ('fabrikken', 'kølig', 'upersonlig').

Samtidig er det hjemlige, hyggelige sted forbundet med en robust aktivisme, som man ikke nødvendigvis forbinder med familiens intime rum. Borgerne, der kommer i enheden, deltager – og opfordres af rehabiliteringshjælpere i enheden (kontaktpersoner) – til at deltage i patientundervisning ('balance i hverdagen', 'hverdagen med og efter kræft', 'har du svært ved at huske?'), fysisk træning, yoga, mindfulness, kogeskole og kostvejledning, akvarelmaling, mm. Der lægges handlingsplaner, foretages motiverende samtaler og strategier for livsstilsændringer. Borgerne skal, som en medarbejder (Margrethe) udtrykker det, 'have mod på at ændre livsstil og lyst til at gøre noget selv, ikke'. Stedets aktivisme er typisk til stede i en mængde meget forskellige menneskelige relations teknologier – som eksemplificeret i ovenstående, der konkurrerer på én og samme tid. Der lånes samtidig på kryds og tværs: militære træningsmodeller bruges i enhedens træningssal; motivationsmetoder kendt fra rygestopkurser er del af kogeskolen; følelser promoveret af positiv psykologi bruges aktivt i forbindelse med patientundervisning.

I det trossystem, som er med til at forme rehabiliteringsenheden – herunder holistiske ideer om kræftrehabilitering, bygningen og dens formål, er der således indlejret, hvorledes det ikke-institutionelle miljø er defineret (som noget hjem-

meligt, hyggeligt); hvorledes dette miljø skal understøttes (som et frirum); hvorledes det skal tænkes op imod den etablerede, bureaukratiske behandlingsindustri (som noget unikt, ikke-standardiseret, individualiseret), ved hjælp af hvilke midler (typisk en variation af menneskelige relations teknikker) og med hvilken effekt for øje (abstrakte, oftest diffuse mål). Trossystemet spiller hermed en dominerende rolle i fremstillingen af rehabiliteringsenheden samt er med til at forme, hvilke typer adfærd der forventes og hvilke følelser, der bør udtrykkes i enheden. Dette system skal derfor ikke kun forstås som beskrivende, men også som foreskrivende, hvad angår måden, hvorpå borgere med et rehabiliteringsbehov tænkes at mødes af professionelle rehabiliteringshjælpere. Når man som iagttager nærmer sig huset og ønsker at opleve det, må man holde sig ovenstående overvejelser og ambitioner for øje.

Bygningen og dens adfærdsregler

Belært af Elias kan vi dog ikke nøjes med at kigge på den arkitektoniske indretning og de trossystemer – herunder regelsæt og normer, der er med til at definere rehabiliteringsenheden for at forstå de sociale relationer, der udgør enheden samt er med til at forme det. I det følgende afsnit vil jeg derfor se nærmere på 'det foreskrivende' element i trossystemet, dvs. i første omgang beskrive hvilke implicite adfærdsregler, som trossystemets rum forsøger at ligge ned over dets medlemmer. Jeg vil dernæst gå nærmere ned i et case-eksempel og beskrive, hvilken form disse regler optræder i og hvilken potentiel effekt de har. Men ét er, at der i selve rehabiliteringsenhedens konstruktion er nogle foreskrivende elementer tilstede. Noget andet er, at vi i praksis bliver nødt til at se de foreskrivende elementer som situationsbestemte og foranderlige, dvs. iagttage dem i deres konkrete, hverdagslige brug.

I udgangspunktet må man først og fremmest være opmærksom på, hvilke specifikke funktioner eller fænomener i rehabiliteringsenheden, der er allokeret til bygningens centrale rum eller såkaldte referencerum. Som Elias beskriver, når han fører os gennem indretningen af værelser i det kongelige hof: "It is always of some significance which aspects of living is given a special accent by being allocated a room or rooms at the enheder of a house" (1969/2006: 90). Oftest vil rummet i hjertet af en bygning være omdrejningspunkt for nogle signifikante handlinger – i tilfældet med det franske hof var rummet i midten kongens private soveværelse, og i netop soveværelset udspillede sig hver morgen en påklædningsceremoni, som bekræftede kongens status som konge af Frankrig og som herre af

huset. Soveværelset var bygget til udfoldelsen af netop denne ceremoni, og for at kongens plads sig i hierarkiet i forhold til hoffets øvrige medlemmer kunne understreges dagligt gennem hverdagslige rutiner.

Rummet i midten af rehabiliteringsenheden er det åbne atrium (i dommerbetænkningen benævnt 'sundhedsenhedens hjerte', 2009) eller det, som personale og klienter i daglig tale blot kalder for 'cafeen'. I dommerbetænkningen samt i medarbejdernes fortællinger om cafeen beskrives dette rum som et uformelt mødested for brugere og personale. Men som vi også må genkalde fra ovenstående, stod der at læse i dommerbetænkningen, at bygningen og dens rum er designet med henblik på at skabe 'en venlig, imødekommende og afslappet atmosfære' (Dommerbetænkning, 2009: 8). Indlejret i enhedens trossystem var således en understregning af det ikke-institutionelle og det afslappede. Det vil sige, at i modsætning til de organisationstyper, som rehabiliterings-bevægelsen tænker sig selv op i mod - hospitalet, anstalten, institutionen – er der her en klar tanke om, at en mere human organisationstype er lig en mindre formaliseret praksis. Dette hænger for det første sammen med, at materialet, der arbejdes med og på, er mennesker, og det generelle imperativ lyder, at mennesker må ses som mål i sig selv og i forlængelse af humane værdier og antagelser. For det andet fremprovokerer det menneskelige materiale en grundlæggende antagelse om hvert individs særegenhed. Personer og adfærd anses som værende unikke, hvilket resulterer i en fremhævelse af uformelle, ikke-standardiserede, individualiserede tilgange til individer og deres forløb.

I det følgende vil jeg gennem nogle konkrete eksempler beskrive, hvorledes udvalgte aktiviteter, følelsesudtryk og regler i rehabiliteringsenhedens referencerum er struktureret efter sofistikerede regelsæt om passende adfærd. Hermed bliver disse fænomener også et eksempel på, hvad Elias beskrev som 'kontrolleret de-kontrol' (Elias and Dunning, 1986: 44), altså at der på en og samme tid er mulighed og rum for større sensitivitet og fleksibilitet i den social adfærd ledsaget af flere subtile, uudsagte og skjulte former for kontrol og formalisering.

I rehabiliteringsenheden bliver borgerne altid mødt af noget personale, når de træder ind af døren til cafeen. Ideen er, at man antastes personligt af en såkaldt cafehjælper og herefter anvises en plads i det åbne rum alt efter, hvad ens sindstemning passer til, eller hvor konkret ens formål med besøget er. Man bør ikke selv henvende sig direkte til en kontaktperson eller til en rådgiver, men bliver bedt sig om at sætte sig ned og vente på ens besøgsaftale i cafeen. Da medarbejderne bevidst ikke bærer hospitalskitler og er ikklædt deres civile tøj, kan det ved første

blik være svært at finde ud af, hvem der er hvem – patienter, pårørende, medarbejdere og ledere ligner til forveksling hinanden.

I cafeen er bestemte funktioner farvekodet. Det fremgår både af inspiration fra holistisk indretning - herunder nyere farvelære teorier samt af, hvordan medarbejderne bruger møblerne. Hvis vi ser på det sidste forhold først. I et interview spørger jeg konkret til denne brug:

Interviewer: Må man sidde ovre i de blå møbler?

Mie: Ja, de grønne møbler, ja

Interviewer: De grønne møbler?

Mie: Ja, der kan man godt gå hen, hvis der er nogle der kommer og er sådan lidt reagerende og har brug for lige at falde lidt til ro. Altså, det gælder jo om at have en god stemning ude i cafeen. Så prøver vi at gelejde dem derover.

Så hvis patienter eller andre besøgende, der henvender sig, har svært ved at holde sammen på sig selv, bliver han eller hun tilbudt, at en cafepasser kan vente sammen med hende, og hvis vedkommende græder, sætter de sig sammen i de grønne sofagrupper, der er skærmet lidt af i det ene hjørne af rummet. Som én medarbejder (Camilla) instruerer en anden, mere ny medarbejder (Janne) i enheden: 'så vil de [borgerne] jo ofte græde lidt og så skal du bare sidde lidt sammen med dem over i det grønne og se lidt på dem, være der sådan lidt. Du skal endelig ikke spørge ind til noget, det er ikke din rolle, du skal blot sidde der, måske klappe dem lidt på hånden og så vente på, at der kommer en rigtig rådgiver eller nogen der kan tage over'.

I et dokument, som beskriver visioner for kræftrådgivninger i det 21. århundrede, kan man læse om, hvilket udtryk møbler og tekstiler skal udsende i nye typer af behandlingsinstitutioner: 'Møblerne, der placeres i rådgivningerne, må først og fremmest ikke bære institutionspræg'. De skal understrege en 'positiv signalværdi' og 'være stofbetrukne for at øge oplevelsen af hjemlighed' (Kræftens Bekæmpelse, 2008: 31). Med inspiration i nyere farvelæreteori beskrives desuden, hvilken farvepåvirkning farven grøn har: 'beroligende, harmoniserende, styrker og selvkontrol' (Ibid.). Når rehabiliteringshjælpere således gelejder patienter m.fl.

over i det grønne, er det med forhåbningen om, at rummet kan understøtte (følel- ses)arbejdet med at dæmpe disse (jf. Hochschild, 1987/2003).

I cafeens indgangsparti må der ikke ligge alt muligt infomateriale om kræft fremme på det lange hvide spisebord, som det første borgeren ser, når han eller hun træder ind i rummet. Som en medarbejder beretter fra et personalemøde (Mie): 'Vi skal ikke møde borgerne med al den sygdomssnak, så snart de træder ind af døren'. Det inkluderer derfor, at spisebordet er ryddet, og alle patientpjecer er samlet i et par ringbind.

I det åbne rum hersker der specifikke forventninger til medarbejdernes fremtoning. Som en medarbejder forklarer: 'her løber vi jo ikke, går hurtigt, råber højt eller ser fortravlede ud. Vi må ikke ligne nogle, der har dårlig tid eller som er utålmodige' (Janne). En anden medarbejder griber fat i mig en dag, jeg løber op af trapperne på vej fra omklædning i kælderen: 'du må hellere sætte tempoet lidt ned, så folk ikke bliver urolige' (Sanne). Selv om en medarbejder (Sebastian) siger, at det sikkert er noget, han ikke er bevidst om, så 'er jeg ikke ham, der løber op og ned af trapperne og pisiker'.

Rummets store køkkenbord i solid eg med frugt, kaffe, håndvask er et område, hvor patienterne meget gerne må være, tage mad og drikke fra skænken. Det ses dog nødigt, at patienterne går i køleskabet. Man må ikke selv skære frugten ud, men må gerne tage af den afskårne frugt. Brugte kaffekopper skal stilles i vasken og må ikke stilles direkte i opvaskemaskinen. Måden hvorpå man som borger finder ud af, hvad man må og ikke må er gennem at observere andre – som en medarbejder (Camilla) fortæller, så 'finder de hurtigt selv ud af det ved at kigge på andre og fornemme stemningen i rummet'. Håndtering af hvordan man bruger caferummet fordrer, at den enkelte borger iagttager både andre og sig selv samt de konstant fluktuerende relationer mellem de forskellige personer i rummet.

Mens ovenstående korte eksempler beskriver bestemte adfærdsreglers funktion i forhold til modtagelsessituationen i bygningens cafe samt etiketter i køkkenet, vil det næste eksempel tage udgangspunkt i en afledt konsekvens af rehabiliteringsenhedens fysiske struktur for de professionelle rehabiliteringshjælpere og hvilke implikationer rummenes indretning har for det professionelle arbejde.

I det åbne hus er der usagte rigide rammer for, hvor der er adgang for folk, og hvor de ikke må komme. Man må for eksempel aldrig gå ind personalerummene. En samtale om enhedens rum udspiller sig som følgende:

Medarbejder (Signe): 'Vi har nogle private kontorer...der er eddermame rammer der. Du vandrer ikke bare ind på et kontor og sætter dig og drikker din kaffe der og snakker med din kontaktperson'.

Interviewer: Ved folk godt det?

Medarbejder (Signe): 'Altså hvis de ikke ved det, så får de det i hvert fald vist. Altså det er det her med, at der er de her uformelle regler og ikke skrevne regler som på hospitalet. Der er sådan nogle kulturer her. Hvis man ikke kan se, at der er sådan en kultur her, så er det fordi man ikke har været her så længe'

Interviewer: Så I kan altid henvende jer til patienter, når de deltager i forskellige aktiviteter i huset, men patienterne kan ikke gå til jer?

Medarbejder (Signe): De kan jo altid komme til os, jo jo. De kan altid komme, de kan ringe, de kan altid banke på døren. De kan bare ikke komme ind i rummet...Dybset set handler det jo om, at man har brug for engang imellem at gå ind. Så de kan ikke komme ind i rummet, vi går ud'.

Kontorrummene er helt nødvendige som 'backstage' arenaer for medarbejderne, som steder hvor de kan forberede sig på næste patient eller aktivitet, tale med kolleger, skrive notater på computeren eller holde en hvilepause (Goffman, 1959/1990). Disse steder er dog placeret med udgang direkte til husets mest centrale rum. Medarbejdere beskriver derfor det nogle gange overvældende i at blive 'kastet for hundene', når de træder ud af døren. Eller at de lige skal 'hejse skuldrene engang', inden de træder ud af kontoret. At medarbejderen Signe i ovenstående sekvens giver udtryk for, at hun modarbejder ideen om det åbne rum er derfor ikke underligt. Problemet er, at enheden konstant forsøger at kommunikere budskabet om det ikke-institutionelle; det åbne; det rummelige, og grænser for husets borgere kan derfor være svære at blive klog på. Træder en borger ind på et af kontorerne – intentionelt eller ved en fejl - imødekommes det med slet skjult irritation. Ideen om et bygningens hjerterum er på mange måder god. Dog sætter den nogle udfordrende rammer for professionelles håndtering af deres roller og ekspertise. Overgangen mellem backstage og frontstage er hårfin, og for medarbejderne betyder det, at de i højere grad end på fx hospitalet er 'på' mere konstant og har vanskeligere ved at trække sig. Samtidig skal de være på, på en bestemt måde, som når en

medarbejder (Kirsten) fortæller, at de har haft vendt på et personalemøde, at 'vi gerne vil være et sted, der er rummelige og tager imod folk og er venlige og ikke hospitalsagtige, så tager man imod patienterne på en ordentlig måde, står ikke med ryggen til, når de kommer ind'. Emnet er kommet på banen efter, at nogle medarbejdere er blevet observeret til et åbent hus arrangement, hvor de stod med ryggen til borgerne og snakkede med hinanden. 'Vi tager imod på en ordentlig måde' bakkedes samtidig op i antagelsen om, at huset skal signalere 'imødekommenthed og varme...altså gennemvarmt og hyggeligt' (Julie). Så vi ser her igen, hvordan den tilsyneladende mere fri, hjemmelige adfærd – herunder spontane følelsesudtryk, i praksis er guidede af usagte, temmelig rigide regler for, hvordan uformel hjemlighed fremstilles både verbalt og i brug af et specifikt kropssprog. Der har været tilfælde, fortæller flere respondenter (Marie, Signe), hvor de har 'givet patienter en hurtig krammer' i cafeen. Atmosfæren i cafeen foreskriver egentlig denne type adfærd som passende, men adfærden passer dårligt sammen med professionelle krav til distance, som fx sygeplejerskerne i enheden er trænet i, og derfor må den af bygningen foreskrevne ikke-institutionelle adfærd korrigeret gennem fx personalemøder om fælles standarder for professionelle relationer. Det betyder, at det kræver ekstra arbejde at korrigere for de sociale samværsformer, som huset lægger op til.

Når planlæggere og medarbejdere derfor benævner enheden som et 'frirum', er der i praksis tale om et dynamisk frirum, hvor roller, funktioner og relationer testes, og hvor måder for passende professionel adfærd er til stadig diskussion. Så ovenstående analyse viser, at trossystemet, der er indlejret i enhedens arkitektoniske indretning, både former samt formes i adfærden og i de tanker, som medarbejdere gør sig om adfærd og aktiviteter i bygningens rum.

Diskussion

Når man som i herværende artikel beskæftiger sig med organisatoriske rum, må man stille spørgsmålet om, hvem der i hele taget vil stille sig utilfreds med de nye rehabiliteringsorganisationers overlegenhed, hvad angår arkitektur, design og æstetisk udtryk. Ingen der har prøvet at sidde i et trist, vinduesløst ambulatorium eller blevet kaldt ind i et gråt, tomt undersøgelsesrum, vil stille sig tvivlende over for fonde og eksperteres substantielle investering i åbne, kunst-på-væggene venturerum eller japanske haveanlæg i forsøget på at forbedre arbejdsmiljøet for både professionelle, patienter og pårørende på hospitaler og afdelinger. Men som oven-

stående analyse viser, indbefatter potentielt mere humane og helende bygninger ikke kun en æstetisk anderledes profil end de traditionelle behandlingsinstitutioner, men også en række antagelser (rodfæstet i hvad jeg tidligere har beskrevet som trossystemer) samt en form for adfærdsformation, som både udstikker en ramme for arbejdets organisering samt stiller nye krav til det at være sundhedsprofessionel medarbejder.

For det første kan de trossystemer, som er med til at determinere hvorledes rehabiliteringsenhedens rum er designet og indrettet, tænke sig at skubbe til en hårfin balance mellem medarbejderens professionelle selv og det private selv. I og med at der ikke eksisterer nogle nedskrevne regler eller procedurer for, hvordan distinktionen mellem de to persona'er opretholdes, skal medarbejderne – på samme måde, som borgerne der kommer i enheden – gennem kontinuerlig observation og gensidig tilpasning lære, hvordan denne balance opretholdes. Givet enhedens design vil denne balance konstant blive udfordret i og med de almindelige fysiske skillelinjer og strukturelle rollefordelinger og positioner, som vi kender fra andre behandlingsinstitutioner, ikke i samme grad er utalte her (eller bevidst er undladte). Når en af Maggie enhedernes grundlæggere, Laura Lee, kritisk spørger til hospitalsorganisationen: 'How unhopeful is that?...Why do boundaries act as boundaries to areas which are secrets' (citeret i Lowenstein, 2005), kan man i forlængelse af ovenstående svare hende, at 'hemmelige områder' er til for de sundhedsprofessionelles skyld og sikrer, at de har et trygt og komfortabelt arbejdsrum, hvor der ikke hersker stadig tvivl om roller, positioner og arbejdsopgaver. Det er ikke en ny pointe, at sundhedsorganisationers 'hemmelige rum' spiller en betydningsfuld rolle for udførelsen af professionelt arbejde og identitet. Således fungerede sygeplejerskers tidligere 'terum' på hospitaler i England som et sted for, at følelser kunne ventileres og medarbejdere kunne få gensidig support fra hinanden i et ellers på mange måder ensomt arbejde (Lee, 2001). Derfor havde det også stor betydning for arbejdsmiljøet, da disse rum i forbindelse med nybyggeri og gentænkning af arbejdsrum blev nedlagt.

For det andet er det, man forstår som borgerens unikke behov, som den professionelle rehabiliteringshjælperes kompetencer samt som en mere distinkt behandlingskultur, indlejret i den ny mere humane organisationsform, som rehabiliteringsenheden repræsenterer. Styrkerne ved konstruktionen af et helt særligt intimt, familieagtigt miljø er, at det er defineret via intern deltagelse og eksternt afsondrethed. I samme interviewsekvens, hvor en medarbejder i det foregående afsnit beskriver enheden som et akvarium, tilføjer hun endvidere 'så kan man jo svømme rundt herinde og kigge ud på verden' (Julie). Intimiteten er begrænset

til relativt få mennesker og er vedtaget inden for en bestemt arkitektonisk indretning, som tillader at nogle ting skjules for de fleste mennesker og åbenbares for de få. Svaghederne ved denne type konstruktion hænger sammen med førnævnte styrker, nemlig at en insisteren på 'ikke-hospitalet' og det ikke-institutionelle også risikerer, at afkoble organisationen fra nogle oplagte samarbejdsmuligheder og koordination med omgivelserne – herunder i særlig grad hospitalet og dets kræftafdelinger. Tilmed bliver hospitalernes strømlinede pakkeforløb og udskillelsen fra disse af nogle essentielle psykosociale funktioner også genbekræftede i rehabiliteringsenhederne, da disse i høj grad forsøger at kompensere for de funktioner og den humanitet, som kræftpatienter erklærer har manglet i deres hospitalforløb. Det betyder samtidig, at måden hvorpå rehabiliteringsenheder fungerer – herunder, hvordan de gennemfører en radikal adskillelsespolitik – er med til at afkoble to ellers gensidigt afhængige systemer.

Konklusion

Opsummerende har jeg igennem artiklen argumenteret for, at det er frugtbart at iagttage rehabiliteringsenheden som en specifik figuration. Denne kan ikke ansues som en isoleret, lukket organisation, som udvikler sine essentielle karakteristika indefra, men derimod som et fænomen, der må betragtes i sin sociale og samfundsmæssige kontekst, som en organisation i relation til andre – herunder de institutioner og professionelle relationer, som enheden positionerer sig i forhold til. Ved desuden at aktualisere Elias' metodiske tilgang til *Hofsamfundet* og bl.a. undersøge de bygninger og den arkitektur, som psykosociale rehabiliteringsydelser finder sted inden for, har det været muligt at forstå nogle af de mulighedsbetingelser, som figurationen sætter for professionelt rehabiliteringsarbejde.

Analysen af rehabiliteringsenhedens rum viste, at arkitektonisk indretning og design har indflydelse på måden, hvorpå sundhedsprofessionelle tilgår deres arbejde samt sig selv, hinanden og patienter. Det vil sige, at bygningen både spillede en rolle i forhold til den praksis, som udfoldedes i hverdagen samt for den professionelle identitet, som var til stadig observation og tilpasning. Herudover blev det tydeligt undervejs, hvorledes de forestillinger om humanisering, der blandt andet kommer stærkt til udtryk i nyere former for 'helende arkitektur' (healing architecture) og som normativt tilskriver, hvad der udgør et godt og korrekt fundament for udøvelse af moderne sundhedsydelser, bygger på en forsimplet ide om det eksisterende behandlingssystem, som et fremmedgørende, bureaukratisk

monstrum. Den demarkationslinje, som både bygningens rum samt de professionelle rehabiliteringsarbejdere forsøger at trække mellem sig selv og særligt hospitalernes kræftafdelinger, har i herværende undersøgelse vist sig at have en række effekter. Herunder understøttelse af opsplittede patientforløb, der løber i to parallelle, organisatoriske spor. Mit afsluttende argument her er, at det hverken i forhold til sundhedsprofessionelle, patienter eller patientforløb er specielt nyttigt eller effektivt på sigt at tænke i denne type systemdikotomi.

Konkluderende kan man pege på, at fremvæksten af nye typer behandlingsorganisationer og analysen af de uformelle adfærds- og følelsesstandarder, som er indlejret i disse organisationstyper, afspejler den professionelle ustabilitet, der kendetegner den moderne velfærdsstat. Heri finder der en konstant re-definition og reformering af rum, roller og funktioner sted - især i forbindelse med nye former for behandling og pleje, som eksemplificeret ved rehabiliteringsarbejde - koblet sammen med en rastløs søgen efter, hvilke færdigheder og evner tilhører hvor og hvem, og hvad der i virkeligheden adskiller én professionel fra en anden professionel. I denne rastløse søgen efter mere potentielt humane organisationer indgår samtidig en stadig undersøgelse af, hvilke typer af rum, der er bedst egnede til udøvelse af psykosociale omsorgslogikker i forsøg på at forandre borgeres personlighed og værdier. Det er i denne historiske kontekst af søgen og ustabilitet, at vi må forsøge at forstå de specialdesignede organisationer, hvis primære formål er at rehabilitere mennesker med eller efter kræftsygdom.

Støtteerklæring

Projektet er støttet af Kræftens Bekæmpelses psyko-sociale forskningsfond.

Noter

¹Herværende artikel gør brug af Elias figurationsbegreb, fremfor eksempelvis Foucaults teknologibegreb, idet førstnævnte gør det muligt at betragte rehabiliteringscentret i sin sociale og samfundsmæssige kontekst, som en organisation i relation til andre - herunder de institutioner og professionelle relationer, som centret positionerer sig i forhold til. Samtidig inspirerer analysen af hofsamfundet til, at vi tager grafiske displays og tanker om indretning og rum alvorligt, når vi forsøger at beskrive, hvordan specifikke organisationer fungerer. Artiklens valg

af Elias er således ikke begrundet i det forhold, at der ikke er en række overlap mellem Foucault og Elias (se eksempelvis Van Krieken, 1996) der åbner for bestemte sammenstillinger, men skal snarere ses i lyset af, at de analytiske udforskninger artiklen sigter på, gør det mere nærliggende at gøre brug af Elias af de netop angivne grunde. Hos Foucault selv er teknologibegrebet ikke klart defineret. Begrebet har forskellige betydninger igennem forfatterskabet og Foucault skelner ikke altid mellem teknikker og teknologi eller teknologi og det senere dispositiv begreb. I en dansk kontekst har Jöhncke, Nordahl Svendsen og Reynold Whyte (2004) arbejdet videre med Foucaults teknologibegreb i deres begreb 'sociale teknologier', hvor de bl.a. viser, hvordan man empirisk kan arbejde med begrebet.

Referencer

- Bain, A. (1982) The Baric experiments: The design of jobs and organization for the expression and growth of human capacity. *Tavistock Institute of Human Relations occasional papers*, no. 4.
- Charmaz, K. (2006) *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage.
- Danske Regioner (2013) *Øget fokus på gode resultater på sygehuse*. (http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Oeget-fokus/oeget-fokus-paa-gode-resultater-paa-sygehusene-maj-2013.ashx)
- Dommerbetænkning, Sundhedscenter for kræfttramte i København (2009). København: Københavns Kommune.
- Elias, N. (1969/2006) *The Court Society*. Oxford: Blackwell.
- Elias, N. (1939/2000) *The Civilizing Process*. Oxford: Blackwell.
- Elias, N. and Dunning, E. (1986) *Quest for excitement: Sport and leisure in the civilizing process*. Oxford: Blackwell.
- Elliott, J., Fallows, A., Staetsky, L., Smith, P., Foster, C.L., Maher, E.J., et al. (2011) The health and well-being of cancer survivors in the UK: findings from a population-based survey. *British Journal of Cancer* 105:11-20.
- English, J., Wilson, K. and Keller-Olaman, S. (2008) Health, healing and recovery: Therapeutic landscapes and the everyday lives of breast cancer survivors. *Social Science and Medicine* 67 (1): 68-78.
- Foucault, M. (1977) *Discipline and Punish: The birth of the prison*. London: Penguin Books.
- Goffman, E. (1959/2001) *Presentation of the self in everyday life*. London: Penguin Books.
- Goffman, E. (1961) *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books.
- Hochschild, A.R. (1983/2003) *The Managed Heart: Commercialization of human feeling*. London: University of California Press.
- Hochschild, A.R. (1979) Emotion work, feeling rules and social structure. *American Journal of Sociology* 85(3): 551-75.

- Jencks, C. (2005) The Maggie's Enheders Movement Eight years on. *Fourth Door Review*, 7:30-33.
- Jöhncke, S., Nordahl Svendsen, Mette og Whyte, S.R. (2004). Løsningsmodeller. I Kirsten Hastrup (red) *Viden om verden*. København: Hans Reitzels Forlag, p. 385-407.
- Kellaway, K. (2011) Maggie's enheders: How one woman's vision is changing cancer treatment. *The Guardian*, Sunday 20 February.
- Kræften Bekæmpelses hjemmeside besøgt 20.4.2015 og igen 1.10.2015. <https://www.cancer.dk>
- Laws, J. (2009) Reworking therapeutic landscapes: The spatiality of an alternative self-help group. *Social Science and Medicine* 69(12): 1827-1833.
- Lee, S. D. (2001) The morning tea break ritual: a case study. *International journal of nursing practice*, 7: 69-73.
- Lowenstein, O. (2005) Softening the blow. *Fourth Door Review*, 7: 26-31.
- MacMillan Cancer Support (2015) *The Rich people: People with cancer*. London, UK. (<http://www.macmillan.org.uk/Documents/AboutUs/Research/Richpictures/update/RP-People-with-cancer.pdf>)
- Martin, D., Nettleton, S., Buse, C., Prior, L. and Twigg, J. (2015) Architecture and health care: a place for sociology. *Sociology of Health and Illness* 37 (7): 1007-1022.
- Porter, R. (2003) *Blood and Guts: A short history of medicine*. London: Penguin Books.
- Rapley, T. (2011) Some Pragmatics of Qualitative Data Analysis, i Silverman, D. (ed.) *Qualitative Research*, 3rd Edition. London: Sage Publications, p. 273-291.
- Rask Gregersen, M. (2012) *Interview med Nord Architects*. (<http://www.kraeftcenter-kbh.dk/om/nyt-hus-til-enheden>)
- Roelsgaard Obling, A. (2012) Management of emotions in accelerated medical relationships. *PhD series* 8. København: Copenhagen Business School.
- Santin, O., Mills, M., Treanor, C. and Donnelly, M. (2012): A comparative analysis of the health and well-being of cancer survivors to the general population. *Supportive Care in Cancer* 20(10):2545-52.
- Seheim, L. (2012) *Mosaik: 21 tekststykker om at komme fra kræft til kræfter*. København: Center for Kræft og Sundhed (http://www.kraeftcenter-kbh.dk/assets/461/20120112_-_Mosaik_til_net.pdf)
- Ulrich, R.S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H-B., Choi, Y-S., Quan, X. and Joseph, A. (2008) *A review of the research literature on evidence-based health care design, Health care leadership whitepapers*, series 5 of 5, Georgia: Georgia Institute of Technology, The center for health design.
- Van Krieken, R. (2014) Norbert Elias and emotions in history, i Lemmings, D. and Brooks, A. (red.), *Emotions and Social Change: Historical and Sociological Perspectives*. New York, USA: Routledge, p. 19-42.
- Van Krieken, R. (1990) The organization of the soul: Elias and Foucault on discipline and the self. *Archives Européennes de Sociologie*, 31(2): 353-71
- Vowinckel, G. (1987) Command or refine? Cultural patterns of cognitively organizing emotions. *Theory, Culture and Society* 4(2): 489-514.
- Wilton, R. and DeVerteuil, G. (2006) Spaces of sobriety/sites of power: Examining social model alcohol recovery programs as therapeutic landscapes. *Social Science and Medicine* 63(3): 649-661.