

# NÅR ÆLDRE MENNESKER BLIVER GAMLE

## Betydningen af velfærdsstaten og medborgerskabet

BODIL HEDEGAARD LUDVIGSEN

At være ældre medborger med behov for hjælp i den danske velfærdsstat indebærer ud over juridiske, politiske, økonomiske og sociale rettigheder og pligter (Marshall 1950) vilje til at samarbejde med de nødvendige hjælpere og evne til at tilpasse sig gældende omstændigheder. Velfærdsstaten har været og er til stadighed underlagt nye betingelser (Pedersen 2011:206) og er således en dynamisk størrelse, som undergår forandringer med hensyn til mål, organisation, handlesæt og midler, der tilpasses de til enhver tid gældende samfundsmæssige værdisæt og de ressourcer, der afsættes. Denne artikel handler om ældre svækkede mennesker, der i deres hverdagsliv er afhængige af velfærdsstatens ydelser, som medvirker til, at de fortsat kan bo i eget hjem og klare sig selv i kraft af den ydede hjælp. Som udgangspunkt har disse ældre medborgere og velfærdsstaten overensstemmende mål og ønsker om at bevare og forbedre de ældres helbredstilstand. Det er imidlertid ofte svært for de ældre at leve op til de krav, som de konfronteres med. På den baggrund vil jeg i denne artikel vise, hvordan de ældre balancerer mellem egne ønsker og samfundsmæssige forventninger om resultater og effektivitet. Gradvist indser mange, at det ikke længere er muligt for dem at følge med, og de vælger derfor at trække „ældrekortet“, en proces, der indirekte bidrager til reformulering af deres medborgerskab og til at ændre deres status fra aktive og ressourcestærke „ældre“ til plejekrævende „gamle“. Jeg argumenterer således for, at ældre mennesker generelt søger at leve op til de forpligtelser, som samfundet fordrer af dem som borgere. Samtidig tilpasser de sig dog fysisk svækkelse og indskrænkninger i deres liv – en tilstand, der ikke tyder på væsentlige forbedringer i den resterende del af deres liv.

Udgangspunkt for analysen er begrebet medborgerskab, som bidrager til at kaste lys på svækkede ældre menneskers forståelse af deres pligter og rettigheder i deres forsøg på at overvinde og leve med fysisk svækkelse, sygdomstilfælde og andre problemer, og hvordan det påvirker dem. Artiklen skriver sig ind i problem-

feltet vedrørende de kursændringer, der er sket i tankesæt og forståelser af ældre mennesker generelt og det velfærdsstatslige ansvar for ældre mennesker (EPRS 2015; Sundhedsstyrelsen 2011, 2010a, 2010b, 2007). Dette skifte går i retning af en mere aktiverende indsats, hvor ældre mennesker med blandt andet træning og andre sundhedsfremmende aktiviteter forventes at kunne holde svækkelse, skrøbelighed og aldringssymptomer stangen (Katz 2000). Imidlertid var det en diskurs, der ikke vandt genklang blandt projektets ældre,<sup>1</sup> selv om de ældre hver på deres måde gik langt i forsøget på at leve op til fordringerne og fastholde deres fysiske og sociale aktiviteter og identiteter som aktive og uafhængige medborgere med pligter og rettigheder. En væsentlig del af de ældre informanternes liv bestod dels af familiemedlemmer og andet netværk og dels af hjemmesygeplejersker, der havde rollen som velfærdssamfundets repræsentanter og mediatorer. Tilsammen spillede disse aktører en central hjælperolle for de ældre i forhold til at opretholde tilværelsen i egen bolig. De understøttede dog ikke alene med tilstedeværelse af sociale relationer (se note 3), men også med forventninger og krav.

Skismaet for de svækkede ældre og deres medborgerskab var på den ene side velfærdsstatens mål om, at de som andre borgere klarede sig selv, passede på helbredet og var fysisk aktive (Sundhedsstyrelsen 2011, 2010a), og på den anden side deres ret til og behov for behandling, hjemmesygepleje, personlig hjælp og andre tilbud (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2005; Social- og Indenrigsministeriet 2015). Retten til plejeydelser og træning er imidlertid i stigende omfang blevet ensbetydende med effektivitet, styring efter mål og ønsker om resultater hos de enkelte (se fx Finansministeriet 2013:11; Social- og Indenrigsministeriet 2015: serviceloven, § 83). Det har medført, at velfærdsstaten som en ideelt set fællesskabsorienteret og opretholdende faktor i ældre menneskers dagligdag tager farve efter konkurrencestatens idémæssige grundlag. Det er en proces, der har resulteret i transformationer i retning af øgede individuelle krav og ansvarliggjorte borgere (Pedersen 2011) – fordringer, som de ældre deltagere i projektet søgte at matche.

Artiklen præsenterer først de ældre medborgere. Derefter udfoldes den kommunale kontekst, som de ældre, og dermed også forskningsprojektet, var en del af. Dernæst introduceres medborgerskabets implikationer i forhold til de forpligtelser, rettigheder, deltagelse og ansvar, som eksemplificeres og diskuteres i de analytiske afsnit. Artiklen afsluttes med perspektiver om de ældres medborgerskab.

## De ældre medborgere i forskningsprojektet

Forskningsprojektets omdrejningspunkt var ældre mennesker, som boede i eget hjem og modtog hjemmesygepleje til medicinadministration.<sup>2</sup> Det var skrøbelige

ældre med adskillige sygdomsdiagnoser, som havde brug for hjemmehjælp og andre ydelser fra kommunen. I mit antropologiske feltarbejde fulgte jeg 15 ældre mennesker på gennemsnitligt 85 år gennem et halvt til halvandet år. Kun to besøgte et dagcenter, de øvrige havde ikke lyst eller kræfter til det, og adskillige kom ikke udenfor ved egen hjælp. Alle boede alene undtagen én, der levede sammen med sin ægtefælle. Hjemmesygeplejerskerne formidlede min kontakt til de ældre, som var kognitivt velfungerende og bevidste om deres frivillige deltagelse, men alligevel spurgte jeg ved hvert besøg, om jeg måtte besøge dem igen (Fluehr-Lobban 2003). Hertil svarede flere, at de anså det som deres borgerpligt at deltage, hvilket gav et fingerpeg om deres opfattelse af at være gode medborgere.

Under besøgene fokuserede jeg på, hvordan informanterne så på deres medicin, sundhedsaktiviteter, sociale relationer og hjælpen fra hjemmeplejen. Derudover talte vi om, hvordan de levede med at være nået til en sen fase i deres liv, hvor de erfarede sygdom, svækkelse og hjemmehænderhed, ligesom døde familiedlemmer og venner ofte omtaltes. Enkelte havde ingen familie, hvorfor de professionelle udgjorde det eneste netværk. At samtale med og i en periode deltage i de ældres dagligdag var en velegnet metode til at lære deres hverdagsliv at kende. Det medvirkede desuden til at danne sociale relationer, tillid og fortrolighed mellem de ældre og mig.<sup>3</sup> Fortroligheden og indsigten i deres liv medførte dybere forståelse for de ældre menneskers hverdagsliv. Eksempelvis viste det sig, at livet var ret omskifteligt for de ældre med dramatiske situationer som akut sygdom eller faldepisoder og efterfølgende indlæggelser på sygehus, genoptræning eller aflastningsophold på plejehjem. De ældre fremkaldte respekt hos mig for, hvordan de tacklede livet, om det så var at kæmpe videre, at tilpasse sig eller tilkendegive erkendelse af at blive gammel, som fx Bente, når hun fortalte om sin træning: „Når man er 83, kan det næsten kun gå nedad på en måde.“ Samtalerne med de ældre blev fulgt op af emner, som de var optaget af, eksempelvis smerter, døden og konflikter med familie. Også emner af mere hverdagsagtig karakter dukkede op, fx interesser og dagligdagen med dens praktiske udfordringer som at få skiftet luspærer, hentet ting fra høje skabe, lægebesøg, frisør, indkøb og samvær med børn, børne- og oldebørn.

Det lange forløb viste de ældres kamp for at vedligeholde helbredet og deres op- og nedture, og jeg erfarede stilheden i hjemmet. Gennem træning og med hjælp fra de professionelle til at spise den rigtige mad og indtage den ordinerede medicin – i gennemsnit mindst otte piller dagligt – forsøgte de ældre at fastholde billedet af sig selv som autonome medborgere. Vi talte om at være alene, om medievaner og vejrligets skiften, og hvordan det forhindrede dem i at komme ud. Faktorer, der sprang i øjnene under hele feltarbejdet, var en udtalt pligtfølelse til at være aktiv og gøre sig fortjent til at være en del af medborgerskabet. Derudover

søgte alle at blive boende i eget hjem. For udenforstående kunne deres bolig ofte ses som for stor og for besværlig, og den bidrog ikke til at afhjælpe problemer med at være aktiv. Næsten alle havde fået kommunale tilbud om en anden bolig, som de havde afslået. De afslag anskueliggjorde de ældres bestræbelser på at fastholde en status som selvberørende og suveræne medborgere i egen bolig og ønsket om autonomi og integritet. Dette ønske overtrumfede problemerne. Boligen medvirkede til at opretholde de ældres velkendte normalitet, og det samme gjorde de gøremål, som de ældre fortsat magtede. Under mine besøg viste de ældre, at de havde andet i tilværelsen end helbredet, uagtet at læge- og sygehusbesøg, undersøgelser, genoptræning og besøg af hjemmeplejen var tidskrævende. At bo i egen bolig og fastholde, evt. tillempe, tidligere gøremål og interesser var en del af at føle sig som en fuldgyldig medborger.

Dette afsnit viser, at de ældre deltagere i projektet ønskede at bo i eget hjem, men også afhængigheden af den kommunale hjælp. Det følgende afsnit belyser, hvordan den kommunale kontekst blev en del af de ældres hverdag. Der tages udgangspunkt dels i min egen indsamlede empiri og dels i eksisterende forskning om offentlig organisation.

## Den kommunale kontekst og moderniseringsprocesser

Historisk set har kommuner, herunder hjemmesygeplejen, undergået konstante lov-mæssige forandringer, både hvad angår struktur, opgaveudformning og organiseringsmåder. Eksempelvis fastslår den seneste kommunalreform fra 2007 og sundhedslovens § 140, at genoptræning fremover skal være en kommunal opgave (Sundhedsstyrelsen 2010a, 2007). Imidlertid har mange ændringer i de seneste årtier deres oprindelse i de moderniserings-, management- og markedsgørelsesprocesser, som i denne periode tager de første skridt ind i sundhedssektoren (Greve 2006; Sehested 2002; Knudsen 2007). De bliver gennemført under overskrifter som decentralisering, frit valg, styring, effektivisering og brugerindflydelse. Disse begreber har deres idemæssige grundlag fra New Public Management (NPM), hvor værdier som rentabilitet, effektivitet og virkningsfuldhed sættes igennem (Greve 2004). NPM indvarsler en ny måde at styre og levere offentlige ydelser på og kommer til at indebære ændringer dels på struktur- og organiseringsniveau og dels på borgerniveau med mulighed for frit valg. Derudover kræves der optimering og resultater af de ydelser, som borgerne modtager. Et andet kernepunkt i NPM og i konkurrencestaten er tid og effektivitet, det vil sige, at både borgere og medarbejdere er så effektive som muligt. Medarbejderne skal levere resultater, samtidig med at de effektiviserer borgerne i den hensigt at mobilisere samfundets ressourcer (Pedersen 2011:254-55). Dette mål havde direkte indvirkning på de ældre og

den måde, deres medborgerskab udfoldede sig på. Blandt andet vurderedes det løbende, hvorvidt eksempelvis hjemmesygepleje og praktisk bistand skulle fortsætte, eller om de ældre kunne klare sig selv. En gang tildelte ydelser var ikke blivende, hvilket flere deltagere i projektet ikke bifaldt, tværtimod ønskede flere at fastholde hjælpen og forsøgte at forhandle om det. På den anden side ønskede de fleste at klare sig selv. Kompromiset kunne således blive, at de ældre i stedet for medicinadministration hver anden uge i stedet fik hjælp hver fjerde uge eller mulighed for at kontakte hjemmesygeplejen igen, hvis der opstod problemer med egen medicinadministration foruden muligheden for dosisdispensering.<sup>4</sup>

Imidlertid er det fritvalsreformen, der især har medvirket til at ændre den måde, der tænkes om den offentlige sektor (Greve & Ejersbo 2012) på, og som yderligere skærpes af begreberne selvbestemmelse og brugerinddragelse, som efterfølgende er kommet ind i lovteksterne.<sup>5,6</sup> Disse tiltag rører, sammen med konkurrencestatens mål- og resultatorientering, ved de tidligere autonome professionelle gruppers selvstændige virke (Sehested 2002:1514). For hjemmesygeplejerskerne handler det fx om at effektivisere medicinadministration fra en ydelse, som de giver, til at blive noget, borgerne enten selv må klare, eller ved at apotekerne foretager dosisdispensering. Med indførelse af frit valg og BUM-model<sup>7</sup> kan modtagere af hjemmepleje definere sig selv som forbrugere, der „køber“ hjemmehjælp som en service på et marked, og ikke som borgere, der modtager en fællesskabsydelse. De fleste ældre over 80 år vælger dog fortsat kommunal hjælp i modsætning til dem under 80 år<sup>8</sup> (Ældre Sagen 2013), som er mere tilbøjelige til at afprøve nye valgmuligheder (Baart & Vosman 2008) og dermed følge den markedsdiskurs, som har bredt sig i samfundet (Shore & Wright 2011; se også Fairclough 1992).

Der kunne imidlertid spores en spirende forståelse hos de ældre informanter af sig selv som forbrugere af en service, når de indimellem overvejede, hvorvidt det var den private eller kommunale hjemmehjælp, der bedst var i stand til at hjælpe dem. Dog faldt overvejelsen hovedsagelig ud til kommunens fordel. Flere fastslog, at de private ikke var bedre, mere stabile eller havde større kontinuitet, ligesom arbejdsmetoderne lignede hinanden. Objektivt set var forskellen mellem den private og kommunale ydelse ikke iøjnefaldende. Det politisk godkendte ydelseskatalog med definerede opgaver var gældende for begge parter, og den tidsmæssige udmåling var identisk ud fra den enkeltes behov. En af forskellene var muligheden for tilkøbsydelser hos de private. Flere af de ældre pegede imidlertid på deres mangeårige kendskab og tilknytning til kommunen og den tryghed, de havde herved. Ved at vælge kommunal hjælp fastholdt de en tættere tilknytning til kommunen og „kontoret“, som de udtrykte det, og til de ledere og medarbejdere, som mange allerede havde en relation til.

De ældre mennesker bliver omtalt som „borgere“ i den kommunale kontekst, men benævnes i denne artikel som „medborgere“ med rettigheder og pligter og

modtagere af hjælp fra det danske velfærdssamfund (Ludvigsen 2014). Medborgerskabsbegrebet er velegnet til at udfolde og trække pointer frem om, hvordan de ældre informanter forstod hjælpen, de modtog, og sig selv som medborgere. På den baggrund undersøges det, hvordan de balancerede mellem ret og pligt, tilpassede sig aldringen og redefinerede sig selv fra „ældre“ til „gamle“ medborgere. I det følgende identificeres de teoretiske og analytiske forståelser af medborgerskabet, som anvendes.

## Medborgerskabets implikationer

Et statsborgerskab henviser til befolkningens og enkeltindviders juridiske, politiske og sociale rettigheder og pligter og indebærer en status, som er givet til fuldgyltige medborgere<sup>9</sup> af et givet samfund. Alle, der besidder denne status, er lige med hensyn til de rettigheder og pligter, som denne status indebærer. I den danske velfærdsstat inkluderer dette ret til pension, gratis pleje og behandling m.v. for ældre. Historisk set opstår civile medborgerskabsrettigheder i 1700-tallet med personlig frihed samt religions- og ytringsfrihed og ret til retfærdig domsfældelse. Politiske rettigheder spirer frem i 1800-tallet og det sociale medborgerskab i 1900-tallet (Marshall 1950:27ff.). Sociologen Thomas Humphrey Marshall (1950) analyse af borgerskabsrettigheder vurderes til fortsat at kunne stille et anvendeligt analytisk begrebsapparat til rådighed om det sociale medborgerskab, som synes under omstrukturering i den skandinaviske velfærdsmodel (Jæger 2000:231ff.). Ældre medborgeres rettigheder og pligter behandles ikke særskilt af Marshall, men det sociale medborgerskab og specifikt ældres rettigheder kan forstås som værende et centralt område for en velfærdsstat (Esping-Andersen 2006; Esping-Andersen et al. 2001).

Et medborgerskab er ikke ensbetydende med universelle principper om rettigheder og pligter, ligesom det ikke er stationært eller indebærer et fastlagt målprogram (Marshall 1950). Det flytter sig afhængigt af tid og sted, hvilket indebærer, at nye pligter, krav eller rettigheder kan blive en del af medborgerskabet. For eksempel anfører den senest ændrede udgave af den danske grundlov fra 1953 bestemmelser om samfundets hjælp til borgere med behov for det i § 75, stk. 2: „Den, der ikke kan ernære sig og sine, og hvis forsørgelse ikke påhviler nogen anden, er berettiget til hjælp af det offentlige, dog mod at underkaste sig de forpligtelser, som loven herom byder“ (www.grundloven.dk). Også en ældre medborger må underkaste sig dette og dermed også eventuelt ændrede krav. Et eksempel på dette indtræffer under finanslovsforhandlingerne i 2013, hvor der fremkommer forslag om, at kommunerne kan gøre modtagelse af hjemmehjælp betinget af, at der foregår genoptræning af den pågældende borger (Finansministeriet 2013).<sup>10</sup>

Denne udvikling kan forstås inden for rammerne af et biologisk medborgerskab (Rose & Nova 2005; Petryna 2004) knyttet til biologiske kendetegn, fx bevægelsesmæssige problemer, som forudsætning for kommunale ydelser. At være medborger i et samfund indebærer således rettigheder, pligter og krav, og for ældre strækkes pligterne langt ind i denne del af livsforløbet, herunder den måde, hvorpå de bliver ældre. Et af nøgleordene i disse år er blandt andet „aktivitet“ (Katz 2000; Blaakilde 2004:76). Selv for de „gamle gamle“,<sup>11</sup> en kategori, de fleste ældre i projektet kunne indgå i, er forventninger og det moralske imperativ om aktivitet gældende. Aktivitet bliver forstået som et universelt gode for ældre mennesker, der lever med sygdom, ensomhed, svækkelse og traumer. Dette skaber en fælles forståelse af et tilstræbt indhold i ældre menneskers liv, hvor det at skabe og lovprise en aktiv krop er en disciplinær strategi, som har tiltaget sig betydelig værdi (Katz 2000).

Ældres indtag af medicin kan ligeledes forstås som en biologisk medborgerskabsret- og pligt på linje med de gratis helbredsundersøgelser og influenza-vaccinationer til over 65-årige. Ligesom den lovpligtige fornyelse af over 75-åriges kørekort kan ses som en pligt for ældre medborgere. Flere af projektets mandlige deltagere pegede imidlertid på, at et eventuelt tab af kørekort også var ensbetydende med tab af mobilitet, der tilmed kunne blive et socialt problem. At inkludere det biologiske medborgerskab i forståelsen af ældre menneskers livs-omstændigheder tydeliggør deres rettigheder, pligter og forståelse af at modtage velfærdssamfundets ydelser på baggrund af fysiske, sygdoms- og aldersmæssige indskrænkninger.

Medborgerskabets legitime rettigheder i en velfærdsstat karakteriseres ved, at der ud over pligter og krav indgår deltagelse og identitetsmæssige tilhørsforhold (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration 2011; Isin & Turner 2007; Delanty 1997). Derudover findes civilsamfundets og familiære forpligtelser og krav, hvor ældre og syge delvist kan undlade at opfylde disse. Det kan de dog ikke i relation til at samarbejde med de mennesker, der hjælper dem, ligesom der er pligt til at overholde fx behandlingsanvisninger (Alonzo 1984; Parsons 1991). I et antropologisk perspektiv forstås medborgerskabet som et flydende begreb bundet til meninger og betydninger i forskellige sammenhænge, fx historie, kultur, politik eller et socialt eller retfærdigt medborgerskab (Sørensen 2008). Medborgerskab ændrer sig over livsforløb (Oxlund & Whyte 2014), og således møder ældre andre fordringer om ret og pligt end fx unge, indvandrere eller handicappede. Unge forventes fx at tage en uddannelse og stifte familie, indvandrere forventes at integrere sig på den rigtige måde (Larsen 2011), og af handicappede forventes det, at de tilpasser sig en kronisk sygdom (Charmaz 1995). Imidlertid er pensioner og serviceydelser kernen i de ældre informanternes sociale medborgerskab. Det gør dem økonomisk uafhængige og sikrer pleje, behandling og anden bistand.



Begreberne borger og medborger har sammenfaldende betydning, men ordet medborger bliver tillagt yderligere mening. Præfikset „med“ tilkendegiver, at man har agens, og at man deltager i samfundet, hvilket var tilfældet blandt mine informanter. Desuden er medborgerskabet gensidigt og pluralt, og et element i et demokratisk samfund er medborgeres ret til at deltage, fx i frivillige foreninger uafhængige af staten (Schwartz 2002:10ff.). Medborgerskab tillægger betydninger og refererer til identitet, deltagelse og tilhørsforhold, da et samfunds sammenhængskraft ikke kun defineres ud fra dets institutioner, men lige så meget af, at borgere opfatter sig som medborgere i stedet for modborgere (Korsgaard 2004:6). Imidlertid var det besværligt for de fysisk svækkede ældre informanter at deltage i civilsamfundsmæssige tilbud, eksempelvis foreningsvirksomhed, den lokale kirkes arrangementer m.v., hvorfor hjemmet og det nære, det vil sige familien og de kommunale medarbejdere, gradvist blev helt centrale i deres tilværelse. Men synet på medborgerskab som et gensidigt forhold var overensstemmende med de fleste ældres forståelse. Det kom eksempelvis til udtryk ved, at flere forærede håndarbejde og lignende til godgørende organisationer, eller at de (især tidligere) gav en hjælpende hånd til familie og naboer. De ældre viste således i praksis hver på sin måde, at de fortsat ønskede at være til nytte, bidrage og være en del af et fællesskab.

På basis af ovenstående defineres medborgerskabet til at bestå af følgende tre dimensioner: I. Rettigheder og pligter. II. Deltagelse, som indebærer indflydelse. III. Identitet og tilhørsforhold, som blandt andet indebærer socialt ansvar og anerkendelse. Denne definition strukturerer analysen af de ældres medborgerskab med brug af eksempler fra de ældres hverdagsliv, medicinindtagelse, sundhedsaktiviteter og sociale relationer. I følgende afsnit belyses, hvordan medborgerskabet for mine ældre informanter balancerede mellem rettigheder og pligter samt ansvar og tilpasning til aktuelle problemer. Gradvist måtte de erkende, at de var blevet gamle, hvilket indebar en omformulering af substansen af deres medborgerskab.

### Rettigheder og pligter: medborgerskabets biomedicinske implikationer

I de seneste årtier har en omsiggribende biomedicinsk diskurs og biomedicins hegemoniske status i samfundet ført til, at indtagelse af medicin indgår som en af medborgerskabets forpligtelser. For ældre er det dels en ret til at modtage medicinsk behandling og pleje og dels en pligt til at holde sig så rask og rørig som muligt. Medicinindtagelse kan tilmed ses som et kendetegn for aldring (Oxlund & Whyte 2014). Derudover kan medicinindtagelse forstås som en del af et biologisk statsborgerskab for ældre (Rose & Nova 2005; Petryna 2004). Medicins hege-



moniske status bevirker, at medicin ofte vælges som første behandlingsmiddel, når mennesker er syge. Det er endvidere en forholdsvis nem behandlingsteknologi, som de fleste, især ældre mennesker, gerne benytter. Således forklarede en 94-årig mand om sit medicinindtag: „Hvis lægen siger, man skal have den medicin, så skal man have den medicin. Det er da ikke noget, man tænker nærmere over.“ Andre informanter havde en lidt mere tilbageholdende tilgang, idet de kendte baggrunden for behandlingen, men var agtpågivende over for doseringen og holdt øje med virkningen. Uagtet denne opmærksomhed indtog de imidlertid også den ordinerede medicin, som blev fordelt af hjemmesygeplejerskerne i doseringsæsker.

Det danske velfærdssamfund prioriterer, at ældre får deres medicin,<sup>12</sup> og de ældre informanter kan generelt karakteriseres som pligtopfyldende medicinbrugere med næsten 100 procent „compliance“.<sup>13</sup> Til punkt og prikke indtog de medicinen ordineret af læger, bestilt, købt eller bragt ud til dem af pårørende eller andre, doseret af hjemmesygeplejerskerne og for nogles vedkommende givet til dem af hjemmehjælpen. Med så mange personer indblandet i deres medicinering var det faktisk svært ikke at være „compliant“, hvis de havde ønsket det.<sup>14</sup> For at uddybe dette spurgte jeg under et besøg hos 83-årige Benedikte, om hun undertiden undlod at tage medicinen, hvortil hun skarpt responderede: „Nu bliver jeg meget chokeret over dig, skulle jeg da det?“ Andre ældre blev ikke helt så lamslåede over spørgsmålet, men svarede alligevel benægtende. De ældres „ja tak“ til hjemmesygeplejerskernes medicinadministration var således samtidig ensbetydende med accept af medicinindtagelsen.

De ældre informanter havde en generel tro på og positivitet over for medicins virkningsfuldhed, uagtet at resultatet af den ikke var som lovet. Medicinen gav håb om, at tilstanden ville bedres trods bivirkninger, også fordi de professionelle og børnene støttede op. 88-årige Bolette, som boede i et stort hus, fik ni forskellige slags præparater dagligt inklusive smertestillende medicin. Hun berettede om sin medicin:

Jeg får meget. 12 piller om morgenen og ti om aftenen plus plaster. Og sløvende også [...] kan jeg ikke godt blive sløv af noget af alt det der? Jeg synes, så snart jeg sætter mig, så sover jeg. Og når jeg ikke har noget, jeg skal – jeg kan ikke gøre ret meget i huset, så er der ikke andet end at sove, og det er jeg altså god til. Det er meget værd. Jeg sover også godt om natten. Så det er rart. De har styr på det, med alt det der.

Selv om Bolette oplevede bivirkninger af sin medicin, var hun fortrøstningsfuld over for, at sygehuse, læger og sygeplejersker havde styr på den, samtidig med at hun afvejede og vurderede bivirkningerne. Virkningen stillede hun ikke spørgsmål ved. For Bolette var det acceptabelt at falde i søvn af medicinen, hvorfor hun

fortsat indtog pillerne, som de professionelle og familien tilskyndede hende til og førte tilsyn med.

Biomedicin fungerede tilsyneladende som den form for behandling, det for velfærdsstatens beslutningstagere, behandlerne, de ældre mennesker og deres pårørende var enklest at gribe til. Medicin var således omgærdet af indforståethed og samtykke (Whyte et al. 2002). Det var nemt at indtage og indpasse i hverdagen og tilmed en ydelse, som påskønnedes af de fleste informanter. Når de ældre indtog pillerne, bekræftede de for sig selv og andre, at de var gode medborgere, som levede op til deres samfundsmæssige forpligtelser. Det paradoksale ved medicinindtagelsen var, at behovet for medicin og for hjemmesygeplejerskens hjælp til at dosere den fik de ældre informanter til at forstå sig selv som plejekrævende gamle. På den anden side gav såvel den bevilgede hjælp og familiens støtte anerkendelse af dem som medborgere i velfærdssamfundet (Marshall 1950; se også Honneth 2003). I næste afsnit udvides perspektiverne i de ældres medborgerskab til også at omhandle andre dimensioner, nemlig deltagelse i den træning og fysiske aktivitet, som mange anså som deres pligt.

## Deltagelse i medborgerskabet: træningens virkeligheder og implikationer

De fleste medborgere i det danske velfærdssamfund bakker op om, at fysisk aktivitet, autonomi, deltagelse og indflydelse udgør et samfundsmæssigt værdigrundlag, som er værd at kæmpe for, og at det kan forstås som både en rettighed og en forpligtelse. Dette gjaldt også for de ældre informanter og medførte, at de ud over medicin inkluderede træning i bestræbelserne på at forbedre eller i hvert fald forhindre en forværring af deres relativt dårlige helbredstilstand. Problemet for flere bestod i, at virkningen af træningsaktiviteterne ikke var så mærkbar, som de havde ønske om. Autonomien kunne med assistance fra kommunale ydelser delvist bevares, men med en nedsat fysik blev flere af de ældre informanter i tiltagende grad bundet til deres hjem, hvorved deres deltagelse i samfundslivet formindskedes.

I mine samtaler med de ældre fremgik det, at sygdom og tab af funktioner begrænsede og indsnævrede deres hverdagsliv. Sundhedsstyrelsen mener, at manglende fysisk aktivitet skyldes faktorer som fx kroniske lidelser, manglende socialt netværk, boligforhold og tilgængelighed, og overlader det til lokale eller individuelle initiativer at sikre ældres fysiske aktiviteter (Sundhedsstyrelsen 2011, 2010a). Det rationelle og selvregulerede subjekt forbindes med moralitet (Lupton 1997:12), og det at være aktiv og i vigør bliver en forpligtelse og et moralsk imperativ. De ældre, jeg talte med, søgte hver på deres måde at leve op

til kravene trods smerter, ubehag og mangel på kræfter. De havde lysten til at medvirke, røre sig og komme udenfor, men det var et problem, når den fysiske tilstand forringedes, og kræfter, formåen og energi ikke længere slog til – især hvis de ikke havde familiemedlemmer eller professionelle hjælpere, der støttede dem og tog dem med ud. Alligevel ønskede de at honorere de krav, der blev stillet fra samfundets og familiens side, om at være fysisk aktive. 83-årige Benedikte fortalte om sin daglige kamp for at vedligeholde sin træning:

Jeg har mine stokke og min rollator. Jeg skal bare huske at rette mig op, og det gør jeg ikke altid. Der er så mange ting, man skal huske. Det er ikke særligt skægt at komme over på den anden side af plankeværket. Jeg er 83 og har haft slidgigt, siden jeg var ung. Jeg har også haft et job, hvor jeg blev slidt og ikke altid havde de rigtige arbejdsstillinger. Og så har jeg to kunstige hofter. Jeg har passet på, er gået til gymnastik altid, lige indtil for kort tid siden, og på det seneste på genoptræningscentret, på balancehold og træningshold. Men nu vil jeg gå til læge i morgen og bede om en ny henvisning til genoptræningscentret [genoptræning på centret foregår normalt i en korterevarende tidsbegrænset periode], så de kan give mig et eller andet tilbud. Med træning! Ja, hvis ikke jeg gør noget, uh ... jeg ved jo nogenlunde, hvad der skal gøres ud fra min fortid [tidligere ansat i sygehusvæsenet], men nogle gange skal man have et spark.

Benedikte håbede at få hjælp til at få et „spark“. Dilemmaet var, at hun gerne trænede, så hun fik kræfterne tilbage, men havde stort besvær med at gennemføre det. Både på grund af hendes egne svigtende ressourcer og manglende trænings-tilbud (se også Kofod 2008), som kunne realiseres sammen med andre ligestillede. Kampen for at holde kroppen ved lige påhvilede alene hende, selv om ægtefællen støttede op. Ved en sammenligning mellem piller og motion influerede piller i mindre grad på de ældre menneskers dagligdag, hvorimod „[...] at inddrage motion som del af et levet hverdagsliv er for mange mennesker en stor forandring og ikke simpelt som fx at indtage en pille“ (Thing 2009:287).

Ligesom Benedikte fortalte Bolette, at hun var rask, til hun fyldte 80, hvorefter hun begyndte at få „en væmmelig gigt“. Den var smertefuld og gjorde det svært for hende at stå ud af sengen om morgenen, hvorfor hun indtog to smertestillende piller og ventede 15 minutter med at stå op. Hun havde afsluttet træning på et hold på genoptræningscentret, skønt hun gerne ville fortsætte. Efterfølgende lavede hun nogle af øvelserne derhjemme, fordi, konstaterede Bolette, „jeg er fra en årgang, hvor man gjorde, hvad der blev sagt“. Alligevel lykkedes det ikke at vedligeholde resultatet af træningen. Hun mistede sin fysiske kunnen og gik nu rundt i huset med rollator og kom kun ud, når hendes børn ledsagede hende. Dilemmaet for Bolette var, at uanset forsøg på at tvinge kroppen til at gøre, som der blev sagt, forværredes hendes fysiske tilstand. Med hjælp fra smertestillende piller kom hun

ud af sengen om morgenen og indimellem på gaden med datterens hjælp. Hendes krop tog opmærksomheden fra det, der skulle til for at bedre dens funktioner, for når „[...] mennesker har smerter, bliver kroppen objekt og centrum for en fortløbende fortolkende søgen“ (Leder 1990:78). Med en identitetsfølelse af at være en god medborger, der gjorde, hvad der blev sagt, og deltog i samfundet, var det svært at se i øjnene, at hun ikke magtede opgaven. Det medførte perioder af opgivelse og laden stå til, hvor hun tillagde sin alder problemerne og så sig selv som en gammel kvinde, der måtte forlade sig på hjælpen, hun fik.

For både Benedikte og Bolette gjaldt det, at de efter bedste evne forsøgte at leve op til forpligtelserne og de moralske krav om deltagelse og fysisk aktivitet. I en periode blev kommunal genoptræning stillet til rådighed (se note 10), men når hverdagen indfandt sig, var barriererne for at vedligeholde færdighederne for store til, at de kunne overvindes, og de professionelles korterevarende besøg gavnede ikke på dette punkt. Der findes forhindringer uden for de enkelte ældres individuelle kontrol såsom adgang til ressourcer, socialt netværk og støtte (Lupton 1997:141). Dertil kommer, at generel accept i samfundet af at blive gammel med irreversible degenerative fysiske forandringer er mindsket. De problemer, som aldrig medfører for den enkelte, er kommet under videnskabelig dominans, hvor opfattelsen er, at disse ikke kun skyldes skæbnen eller dennes ugunst. Det er en udbredt idé, at nogle af problemerne, som aldrig kan indebære, løses gennem især medicin, teknologi og eksperter samt personlig viljestyrke (Oxlund & Whyte 2014; Kaufman et al. 2004; Cole 1993:xxii). De ældre informanter delte langt hen ad vejen dette synspunkt, men realiteterne viste noget andet, hvilket var en udfordring både i forhold til ønsket om at holde aldringen på afstand og at være gode medborgere.

83-årige Bente havde været indlagt på sygehuset og derefter på det lokale genoptræningscenter. Hun fremviste pjecen med øvelserne fra centret, imens hun fortalte, at hun gennem årene altid havde været aktiv med at cykle og gå:

Nu tager jeg mig sammen til at gå lidt hver dag, og så gør jeg de øvelser, jeg har 'fået for' nede i genoptræningscentret, også selv om jeg nogle gange skal tvinge mig til det [griner lidt]. Nej, ikke tvinge, men jeg gør det. Hun [fysioterapeuten] holdt et kæmpeforedrag: 'Når man nu er kommet i gang, så gælder det om at holde det ved lige. Hvis man bare bliver siddende i en lænestol, så går det kun én vej, og det er nedad.' Sådan blev det sagt, og så var der noget inde i mig, der reagerede lidt, for når man er 83, så kan det næsten kun gå nedad på en måde. Men man kan altså godt holde det lidt ved lige.

Under mit sidste besøg var Bentes udtalte „pligtfølelse“, som hun selv kaldte det, til at efterleve en sund livsførelse åbenbar, da hun redegjorde for, hvordan hun prøvede at gå en halv time hver dag. Hun fortalte glad om en ny rollator

til indkøb, men også, at fornøjelsesturene var ophørt: „Kroppen ville ikke.“ Nu handlede det om forpligtelsen til at klare sig selv, for smerter overskyggede lysten. Når hun ikke bevægede sig, men i stedet brugte tiden på at læse eller se fjernsyn, tog kroppen ikke opmærksomheden. Dilemmaet var at udholde smerterne, mens hun gik tur for at undgå svækkelse og den depression, hun også kæmpede med. Bente afvejede og afbalancerede sin dagligdag og kropslige formåen. Hun var yderst pligtopfyldende med at vedligeholde sin fysik, men var ved at indse sine begrænsede muligheder. Det gjorde hende nedslået, og som hun og flere andre formulerede det, skyldtes det alderen, at de ikke kunne leve op til egne og andres trænings- og aktivitetsmål og dermed komme ud og være en del af samfundet.

I løbet af mit feltarbejde måtte flere af de ældre således se i øjnene, at det blev umuligt at leve op til kravene, hvilket betød risiko for at miste den efterstræbte autonomi. På baggrund af reduceret fysisk formåen og manglende kræfter til en vedholdende træningsindsats neddro de indsatsen eller meldte sig ud af kampen ved at trække „ældrekortet“. Det at benævne sig selv som gammel var en legitim, men tung udvej – at reformulere måden at være ældre medborger på og dermed også ændre identitet. Bagsiden af kortet afstedkom en følelse af tilbagegang, mindreværd og af ikke at være med. Funktionsevne, deltagelse og forpligtelser i medborgerskabet var fundamentet og den målestok, som de ældre søgte at tilpasse sig, fastholde sig selv på og måle sig op imod, men ikke lykkedes med. Dette dilemma belyses nærmere i det følgende afsnit.

## Identitet og medborgerskab: forpligtelse og tilpasning

Løbende tilpasning udgør en central del af ældres liv og identitet, når de søger at indrette sig efter en ny livssituation med svækkelse og dårligere helbred. På linje med mennesker med handicap, kroniske lidelser m.v. (se fx Alonzo 1984; Charmaz 1995; Almedon 2011; Allen et al. 2011) justerer de ældre deres forventninger, for så gradvist at tilpasse sig en mere indskrænket levevis med den nødvendige hjælp fra kommunen. En hjælp, som på den anden side sikrer dem en vis autonomi i egen bolig (Ludvigsen 2014:270).

Undervejs i feltarbejdet oplevede jeg, hvordan de ældre tilpassede sig de skiftende omstændigheder, deres hverdagsliv bød dem. 86-årige Nora kunne efter uheldige fald eller i forbindelse med akutte indlæggelser være træt og opgivende, hvorefter hun ved næste besøg havde forbedret sin helbredstilstand og dermed var mindre modløs. I begyndelsen var det en tilpasning, hvor Nora søgte at overkomme sin sygdom og modgang, genoprette sit tidligere liv, deltage i familiens liv, leve op til egne og andres forventninger og opnå en tilfredsstillende tilværelse på nye præmisser. Imidlertid blev Noras tilpasning og livsudfoldelse

smuligheder vanskeligere med de gentagne sygdomstilfælde. Nora og de fleste andre informanter kæmpede med fysiske, psykiske og sociale udfordringer ved svækkelse og at miste ægtefælle og familiemedlemmer. Noras identitet som autonom medborger ændrede sig. Hun begyndte at omtale sig selv som gammel og blev mindre udadvendt og selvberoende, men hun søgte at holde fast i det, som gav hende tryghed: familien og hjemmeplejen. Totalt set var det livsomstændigheder, som Nora og andre af mine informanter ofte var alene om, fordi de boede alene og var bundet til hjemmet. Korterevarende besøg af familie og skiftende professionelle i løbet af dagen kunne ikke afmontere denne livsomstændighed og deres tiltagende oplevelse af at have bevæget sig fra at være aktive ældre til at blive plejekrævende gamle.

På den ene side havde de fleste ældre informanter en tillidsfuld tilknytning til kommunen og medarbejderne. På den anden side omtalte de jævnligt myndighedernes mål om økonomisk styring, faste tidsmæssige opgavetildelinger og udnyttelse af personaleressourcer. Et mål som blandt andet resulterede i ændret organisering med flere forskellige hjælpere hos de enkelte ældre og dermed mindre indflydelse på karakteren af opgaver, hvilket ikke forøgede de ældres medbestemmelse og autonomi. 80-årige Bent beskrev, hvordan antallet af professionelle, som kom for at hjælpe, steg:

Der er ikke nogen problemer med hjemmesygeplejerskerne, men nu er de også begyndt at skifte rundt. Der var fire, som kom på skift, og de var lige søde alle sammen, men nu kommer der mange flere. De har lavet om på det. Det laver de sgu for deres egen skyld, det er sgu ikke for klienterne. Det er det da ikke.

Hvad Bent hentydede til, var et nyindført IT-styringssystem, der medvirkede til at synliggøre og effektivisere hjemmeplejeydelserne, men samtidig medførte flere forskellige professionelle i hjemmet. Behovet for hjælp indebærer som udgangspunkt en ulige position. Dette bød på fordringer til Bent om tilpasningsevne og samarbejde med de professionelle. Hertil kom den kommunale definition af opgaver og tid ud fra ydelseskataloget. Rettigheden til hjælp fra samfundets side var således kontrastfyldt, for trods retten til ydelser og frit valg havde flere ældre svært ved at forhandle sig til de forskellige former for hjælp (se også Glasdam & Praestegaard 2013).

Med sine universelle ydelser, blandt andet folkepension til alle og hjemmepleje til borgere, er den danske velfærdsstat qua disse velfærdsydelser tæt på borgerne. Disse udviser omvendt stor tillid til, at „staten som en god nabo“ (Jenkins 2011: 199ff.) tager del i deres liv og fører en vis kontrol med måden at leve på. Den danske velfærdsmodel er opbygget på den måde, at et overvejende flertal af danskere af begge køn går på arbejde, betaler skat og har indrettet sig efter „at fremmede

mennesker kan tage sig af de fattige, de gamle, de syge og de små“ (Jöhncke 2007:59). Mine informanter var tilsvarende forberedt på og havde accepteret, at det var medarbejdere fra velfærdsstaten, som ydede dem hjælp. Velfærdsstaten fungerer således som en økonomisk og politisk integrativ mekanisme (ibid.), der stiller ideale fordringer til borgerne, hvor også det tidsaktuelle fokus på målstyring og resultater bliver skærpet for og forstået af disse ældre.

Imidlertid indebærer den danske måde at udmønte velfærdsstaten på, at ældre borgere generelt bor for sig selv i eget hus eller lejlighed. Det bevirkede for de ældre informanter, at deres identitet var knyttet til det at leve selvstændigt og klare sig selv. De var ikke blot alene de fleste af døgnets timer, de var i almindelighed alene om at leve op til bestående forpligtelser, og de var i særdeleshed alene om at opfylde pligten til blandt andet fysisk aktivitet. At være delvist selvberørende og uafhængig var en udfordring, som især opstod, når de ældre informanter var syge, havde smerter, var faldet eller lignende og som følge heraf havde allermest behov for støtte. Tilsammen bevirkede det, at følelsen af alderdom i en sådan periode var trykkende, og at ældrekortet blev trukket. Bolette på 88 år, der havde børn i nærheden, som ofte kom på besøg, henledte min opmærksomhed på den alenighed (Ludvigsen 2014), hun var udsat for trods daglig hjælp fra familie og hjemmepleje. Derudover havde hun problemer med at træne og være fysisk aktiv og derfor svært ved at leve op til sine medborgerforpligtelser.

Trods strabadserne så Bolette sine forsøg på at være „compliant“ som væsentlige og selvindlysende – det samme var tilfældet for de fleste af mine informanter og deres familier. De ældres kamp og modvilje mod at tage ældrekortet i brug var altså dels et forsøg på ikke at opgive deres identitet og selvforståelse som en autonom medborger, dels for ikke at overgive sig til kroppens aldring og dermed et potentielt snarligt „goddag“ til plejehjemsinstitutionen, der for de fleste fremstod som et yderst negativt scenario.

## Afslutning: de ældre som gamle medborgere

Denne artikel har rejst spørgsmål om svækkede ældre menneskers medborgerskab og har peget på, at de ældres egne mål var i samklang med velfærdsstatens forandringer. Artiklen har vist, hvordan de ældre forstod deres pligter og rettigheder, og hvad der skete, når de som „gamle“ ikke længere kunne leve op til forpligtelserne, men måtte kapitulere og som følge heraf reformulerede deres medborgerskab til at omfatte forpligtelser, som de fortsat beherskede. De fleste ældre søgte for egen og familiens skyld at bedre og bevare deres helbred ved hjælp af diverse sundhedsaktiviteter for at fastholde status quo, bevare så megen handlefrihed som muligt og undgå at være til besvær. Konkurrencestatens individualiserede, mål-



og resultatorienterede forpligtelser smeltede sammen med allerede veletablerede samfundsmæssige krav og forpligtelser og kom til at udgøre et konglomerat af fordringer og modkrav til de ældre.

Udgangspunktet for de ældre informanter var ønsket om at være medborgere på lige vilkår, de havde ingen ønsker om at være modborgere eller outsiders. Tværtimod ønskede de inklusion, anerkendelse, ligeværd og ligestilling i samfundet, og i tråd hermed gjorde de sig umage med at være tro mod deres medborgerlige forpligtelser, som i denne fase af livsforløbet blandt andet omfattede helbredsmæssige foranstaltninger (Oxlund & Whyte 2014; Sundhedsstyrelsen 2011; Rosenfeld & Gallagher 2002) og nødvendigheden i at modtage hjælp (Glasdam & Praestegaard 2013). Når de ældre informanter ikke formåede at leve op til forpligtelserne og måtte modtage hjælp, var det totalt set forhold, som havde implikationer for deres dagligdag, sindstilstand og identitet. Det viste sig, når de ikke var i stand til at kæmpe sig tilbage med sundhedsaktiviteter og medicin, når sygdomstilfælde opstod gentagne gange over længere tid, eller når træningen ikke gav de ønskede resultater. I disse situationer forstod de ældre i projektet successivt deres tilstand som alderdom og sig selv som gamle, og de endte med at anvende ældrekorret. Som Bolette fx udtrykte det, havde hun aldrig været så gammel, som hun var nu.

Det antropologiske perspektiv på medborgerskab som deltagende, flydende, gensidigt og pluralt (Schwartz 2002; Sørensen 2008) er et centralt redskab i analyser af aldrende medborgeres hverdagsliv. For uanset de ældres legitime rettigheder til at modtage ydelser fra velfærdssamfundet følte de fleste sig ikke i en lige position, når der opstod behov for at modtage hjælp, ligesom hjælpen til dem ikke blev ydet uden modkrav. De ældre ønskede uagtet behovet for hjælp fortsat at yde deres bidrag, om end i mindre målestok. Reciprociteten blev ikke opgivet, den ændrede karakter for de ældre og kom i stedet til at udgøre et medborgerskab for gamle mennesker. Hver især udvalgte de forpligtelser, som de magtede at leve op til, eksempelvis indtage medicin, træne lidt, modtage hjælpere pænt eller bidrage med små håndarbejder etc. Det bevirkede til gengæld, at de fortsat følte sig inkluderet, samtidig med at velfærdssamfundets og familiens ydelser og modkrav til dem tilkendegav en substantiel inklusion og anerkendelse (Honneth 2003). Mit ønske for ældre mennesker er, at deres medborgerskab fortsat accepteres som deltagende, pluralt, flydende og gensidigt på den måde, og at de gives mulighed for at definere deres medborgerskab ud fra personlig formåen.

## Noter

Tak til Center for Sund Aldring, Københavns Universitet, som muliggjorde dette projekt.

1. Forskningsprojektet er et ph.d.-projekt udført i 2010-2013 som en del af Center for Sund Aldring, som forsker i, hvordan flere mennesker kan få et sundt liv og en sund alderdom: [http://sundaldring.ku.dk/\\_Download](http://sundaldring.ku.dk/_Download) 22.01.2015.
2. Cirka 85 procent af ældre på 75 år og derover indtager mindst ét receptpligtigt medikament dagligt, og ca. 60 procent indtager mere end tre medikamenter dagligt, og kvinder indtager mere end mænd (Hendriksen & Vass 2005). Eller sagt på en anden måde: Andelen af ældre over 65 år udgør omkring 15 procent af befolkningen, men de bruger 40-50 procent af al receptpligtig medicin.
3. Den engelske antropolog Janet Carsten beskriver, hvordan „relatedness“, sociale relationer eller forbundethed er under fortsat konstruktion gennem forskellige hverdagsagtige handlinger, eksempelvis at være sammen, spise sammen, bo sammen, tale sammen eller udføre foretagne diverse aktiviteter sammen på samme sted gennem en periode (Carsten 2000).
4. Dosisdispensering betyder, at et ordineret lægemiddel fyldes på en doseringsbeholder på et apotek eller sygehusapotek (egenbetaling). Læs mere: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/medicin/salg/apoteker/dosisdispensering>. Download 18.04.2015.
5. Se Vejledning om hjemmesygepleje side 1: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11026>. Download 22.01.2015.
6. Se serviceloven, kapitel 5: <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=158071#Afs3>. Download 22.01.2015.
7. Frit valg af hjemmehjælp blev indført i 2003. BUM-model står for bestiller-udfører-modtager-model med administrativ adskillelse mellem bestiller, visitator og udfører, hvorved markedstankegang og -værktøj er introduceret. Hjemmesygepleje er kun udliciteret i én kommune i Danmark, og BUM-modellen anvendes forskelligt i hjemmesygeplejeordningerne (Kommunernes Landsforening, Sundhedskartellet 2011: 16).
8. Se Danmarks Statistik: <http://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2005/2005-11-30-Hjemmehjaelp-frit-valg.aspx>. Download 22.01.2015.
9. Den Danske Ordbog ([www.ordnet.dk](http://www.ordnet.dk)) har følgende definitioner på begreberne statsborger og medborgerskab: I. Statsborger betyder: person som juridisk og folkeretligt er knyttet til en bestemt stat og dermed har bestemte rettigheder og pligter over for denne. II. Medborgerskab betyder: det forhold, at en person deltager aktivt i samfundslivet og samfundets udvikling. I denne artikel anvendes ordet medborger med vægt på begge betydninger.
10. Formålet med serviceloven, som blandt andet omhandler personlig hjælp og praktisk bistand, er ændret fra januar 2015 og fokuserer herefter på et selvhjælpsprincip, det vil sige rådgivning og forebyggelse og fremme af den enkeltes mulighed for at klare sig selv. Læs mere herom: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=173200&exp=1#id537a9207-d44e-43d3-8af3-53b7c588be88>. Download 01.10.2015. Mit feltarbejde og opsamling af empiriske data foregik før denne ændring af serviceloven, hvorfor artiklen ikke har data herom.
11. Udtrykket „gamle gamle“ anvendes blandt andet af den amerikanske antropolog Barbara Myerhoff, som peger på, at der findes forskellige kategorier af gamle: de „unge gamle“ og de „gamle gamle“ (Myerhoff 1984:308). Den engelske antropolog og demograf Susan Harper peger på, at med stigende levealder viser både den tredje og fjerde alder opadgående tendens. Den fjerde alder ser således ud til at flytte sig til midt i firserne og opad (Harper 2013:11). I denne artikel anvendes termen „ældre“ om alle informanter uanset alder og funktionsniveau.

12. Dette ses blandt andet i de gældende generelle tilskudsordninger til betaling af medicin og mulighed for økonomisk tilskud til særlig omkostningskrævende medicin, se fx <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/medicin/tilskud> (download 18.04.2015), og i de ydelser, som bevilges til hjælp til indtagelse af medicinen, blandt andet hjemmesygepleje.
13. „Compliance“ er et engelsk ord, som kan oversættes med „følighed“, „følgagtighed“ eller „efterlevelse“. Begrebet har hovedsagelig været brugt til at beskrive patienternes efterlevelse af lægeordinationer, om end patienters efterlevelse af råd om ikke-farmakologisk behandling som rygestop, motion og diæt selvfølgelig også varierer (Rapport fra Institut for Rationel Farmakoterapi 2006:5).
14. Ca. 40 procent af ældre mennesker indtager ikke deres medicin som ordineret, men non-compliance ses ikke som et specielt ældreproblem. Oftest tages mindre end ordineret (Hendriksen & Vass 2007:649). Hendriksen og Vass' undersøgelse tager ikke højde for borgere, som modtager hjemmesygepleje til medicinadministration og -dosering.

**Søgeord: medborgerskab, hjemmesygepleje, velfærdssamfund, rettigheder, pligter, konkurrencestat**

## Litteratur

- Allen, Rebecca S., Philip P. Haley, Grant M. Harris, Stevie N. Fowler & Roopwinder Pruthi  
2011 Resilience: Definitions, Ambiguities, and Applications. I: B. Resnick, L.P. Gwyther & K.A. Roberto. (eds): Resilience in Aging Concepts, Research, and Outcomes. Pp. 1-13. New York: Springer.
- Almedon, Astier M.  
2011 Profiling Resilience: Capturing Complex Realities in one Word. The Fletcher Forum of World Affairs 35(1):145-54.
- Alonzo, Angelo A.  
1984 An Illness Behaviour Paradigm: A Conceptual Exploration of a Situational-Adaptation Perspective. Social Science & Medicine 19(5):499-510.
- Baart, Andries J. & Frans J.H. Vosman  
2008 Being Witness to the Lives of the Very Old. Sociale Interventie 17(3):21-32.
- Blaakilde, Anne Leonora  
2004 Løber tiden fra Kronos? Tidsskrift for Kulturforskning 3(1):67-85.
- Charmaz, Kathy  
1995 The Body, Identity, and Self: Adapting to Impairment. The Sociological Quarterly 36(4):657-80.
- Cole, Thomas R.  
1993 The Journey of Life A Cultural History of Aging in America. Cambridge: Cambridge University Press.
- Delanty, Gerard  
1997 Models of Citizenship: Defining European Identity and Citizenship. Citizenship Studies 1(3):285-303.
- EPRS European Parliamentary Research Service  
2015 European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations (2012) European Implementation Assessment. European Parliament.

- Esping-Andersen, Gøsta  
2006 Three Worlds of Welfare Capitalism. In: C. Pierson & F.G. Castles (eds): The Welfare State Reader. Pp. 160-74. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, Gøsta, Duncan Gallie, Anton Hemerijck & John Myles  
2001 Redesigning the Retirement Contract. In: G. Esping-Andersen, D. Gallie, A. Hemerijck & J. Myles: A New Welfare Architecture for Europe? Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union. Pp. 171-96. [http://www.dps.aau.dk/fileadmin/user\\_upload/ime/CCWS/students/Esping-A.report\\_2001\\_.PDF](http://www.dps.aau.dk/fileadmin/user_upload/ime/CCWS/students/Esping-A.report_2001_.PDF). Download 17.08.2015.
- Fairclough, Norman  
1992 Discourse and Social Change. Cambridge: Cambridge University Press.
- Finansministeriet  
2013 Aftaler om finansloven for 2014. København: Finansministeriet.
- Fluehr-Lobban, Carolyn  
2003 Informed Consent in Anthropological Research We are not Exempt. In: C. Fluehr-Lobban: Ethics and the Profession of Anthropology. Pp. 159-77. Walnut Creek: Altamira Press.
- Glasdam, Stinne & Jeanette Praestegaard  
2013 Placed in Homecare: Living an Everyday Life Restricted by Dependence and Monitoring. Nordic Journal of Social Research 4:83-99.
- Greve, Carsten  
2004 Den stille revolution af velfærdssamfundet: Konkurrencestrategien og Strukturreformen. Notat. Ugebrevet A4, 3. maj.  
2006 Public Management in Denmark. Public Management Review 8(1):161-69.
- Greve, Carsten & Niels Ejersbo  
2012 Udviklingen i styringen af den offentlige sektor Baggrundspapir til Produktivitetskommissionen. København: Kommunaludvalget 2012-13.
- Harper, Sarah  
2013 Future Identities: Changing Identities in the UK. The Next 10 Years DR13: What Will the Age Profile of the Population Mean for Notions of Identity in the Next 10 Years? Oxford: University of Oxford Government Office for Science.
- Hendriksen, Carsten & Mikkel Vass  
2005 Medicin til ældre. Rationel Farmakoterapi 1:1-3.  
2007 Ældre og medicin. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, juni/ juli:639-51.
- Honneth, Axel  
2003 Behovet for anerkendelse. København: Hans Reitzels Forlag.
- Institut for Rationel Farmakoterapi  
2006 Compliance. Om afvigelser mellem lægers ordinationer og patienternes faktiske medicinering. <http://www.irf.dk/download/pdf/compliance.pdf>, download 18.04.2015
- Isin, Engine F. & Bryan S. Turner  
2007 Investigating Citizenship: An Agenda for Citizenship Studies. Citizenship Studies 11(1): 5-17.

- Jenkins, Richard  
2011 Being Danish Paradoxes of Identity in Everyday Life. København: Museum Tusculanum Press.
- Jæger, Mads Meier  
2000 T.H. Marshall og det moderne medborgerskab. Tidsskrift for Velferdsforskning 3(4):219-33.
- Jöhncke, Steffen  
2007 Velfærdsstaten som integrationsprojekt. I: K.F. Olwig & K. Pærregaard (red.): Integration. Antropologiske perspektiver. Pp. 37-62. København: Museum Tusculanums Forlag.
- Katz, Stephen  
2000 Busy Bodies: Activity, Aging, and the Management of Everyday Life. Journal of Aging Studies 14(2):135-52.
- Kaufman, Sharon R., Janet K. Shim & Ann J. Russ  
2004 Revisiting the Biomedicalization of Aging: Clinical Trends and Ethical Challenges. The Gerontologist 44(6):731-38.
- Knudsen, Tim  
2007 Fra folkestyre til markedsdemokrati. Dansk demokrihistorie efter 1973. København: Akademisk Forlag.
- Kofod, Jens  
2008 Becoming a Nursing Home Resident. Ph.d.-serien nr. 49. København: Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Korsgaard, Ove  
2004 Medborgerskab, identitet og demokratisk dannelse – en introduktion og Statsborgerskab, medborgerskab og identitet. I: O. Korsgaard (red.): Medborgerskab, identitet og demokratisk dannelse. Pp. 5-30. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.
- Larsen, Birgitte Romme  
2011 Ind i Danmark. Skabelse af sted og tilhørsforhold blandt nyankomne flygtningefamilier bosat i mindre danske lokalsamfund. Ph.d.-afhandling. København: Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Leder, Drew  
1990 The Absent Body. Chicago: University of Chicago Press.
- Ludvigsen, Bodil  
2014 Medborgerskab og tilpasning Ældre mennesker med hjemmesygepleje: Perspektiver på sociale relationer, forebyggelse, medicin og døden. Ph.d.-afhandling. København: Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Lupton, Deborah  
1997 The Imperative of Health Public Health and the Regulated Body. London: Sage Publications.
- Marshall, Thomas Humphrey  
1950 Citizenship and Social Class. Cambridge: The Syndics of the Cambridge University Press.
- Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration  
2011 Medborgerskab i Danmark. Regeringens arbejdsgruppe for bedre integration. København: Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration.

- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
2014 Sundhedsloven. LBK nr. 1202 af 14/11/2014. <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=152710>. Download 18.08.2015.
- Myerhoff, Barbara  
1984 Rites and Signs of Ripening. In: D. Kertzer & J. Keith (eds): Age and Anthropological Theory. Pp 305-30. London: Cornell University Press.
- Oxlund, Bjarke & Susan R. Whyte  
2014 Measuring and Managing Bodies in the Later Life Course. Population Ageing 7: 217-30.
- Parsons, Talcott  
1991 Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice. In: T. Parsons: The Social Structure. Pp. 428-79. London: Routledge.
- Pedersen, Ove K.  
2011 Konkurrencestaten. København: Hans Reitzels Forlag.
- Petryna, Adriana  
2004 Biological Citizenship: The Science and Politics of Chernobyl-Exposed Populations. Osiris 19:250-65.
- Rose, Nikolas & Carlos Novas  
2005 Biological Citizenship. In: A. Ong & S.J. Collier (eds): Global Assemblages Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems. Pp. 439-63. Malden: Blackwell Publishing.
- Rosenfeld, Dana & Eugene B. Gallagher  
2002 The Life Course as an Organizing Principle and a Socializing Resource in Modern Medicine. In: R.A. Settersten, Jr. & T.J. Owens (eds): New Frontiers in Socialization, vol. 7. Pp. 357-90. Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Schwartz, Jonathan  
2002 Introduktion. I: J. Schwartz (red.): Medborgerskabets mange stemmer. Pp. 9-23. Magtudredningen. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Sehested, Karina  
2002 How New Public Management Reforms Challenge the Roles of Professionals. International Journal of Public Administration 25(12):1513-37.
- Shore, Cris & Susan Wright  
2011 Conceptualising Policy: Technologies of Governance and the Politics of Visibility. In: C. Shore, S. Wright & D. Però (eds): Policy Worlds: Anthropology and Analysis of Contemporary Power. Pp. 1-25. New York: Berghahn.
- Social- og Indenrigsministeriet  
2015 Serviceloven. LBK nr. 1284 af 17/11/2015. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=167849#Kap16>. Download 17.08.2015
- Sundhedsstyrelsen  
2007 Ældres Sundhed Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne. København: Sundhedsstyrelsen.  
2010a Betydning af fysisk aktivitet for mental sundhed blandt ældre. København: Sundhedsstyrelsen.  
2010b Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark – analyser baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. København: Sundhedsstyrelsen.

- 2011 Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sørensen, Birgitte R.  
2008 The Politics of Citizenship and Difference in Sri Lankan Schools. *Anthropology & Education Quarterly* 39(4): 423-43.
- Thing, Lone Friis  
2009 Motion på recept er en svær pille at sluge! I: S. Glasdam (red.): *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. Pp.271-88. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Whyte, Susan R., Sjaak van der Geest & Anita Hardon  
2002 *Social Lives of Medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ældre Sagen  
2013 Alderens Muligheder. Ældre Sagens fremtidsstudie. København: Ældre Sagen.