

Ældrebefolkningen

Livet med Døden

En dispositivanalyse af sundhedspolitikken på ældreområdet

Cand.soc.PKL: kandidatafhandling

Anna Emilie Hvas & Tor Juul

Vejleder: Holger Højlund, LPF

Antal anslag: 268.168

Tak til:

Der er mange at takke for, at denne kandidatafhandling kunne realiseres. Derfor vil vi gerne sende vores uforbeholdne tak til:

Hanne Backe, Jane Sørensen og alle de forebyggende medarbejdere i Sundheds- og omsorgsforvaltningen.

Henning Kirk, Mikkel Vass og Carsten Hendriksen for at dele ud af deres viden om ældreområdet.

Alle de ældre borgere vi har interviewet - uden dem kunne vi ikke have fået samme forståelse for, hvad det betyder at være ældre med sundhedspolitikken i dag.

Også tak til Holger Højlund for god vejledning og inspirerende medspillende modspil.

Til sidst vil vi gerne takke dem der står os nærmest - ikke mindst vores familier, for de gode diskussioner, de har taget med os for at sætte afhandlingen i perspektiv til det virkelig levede liv.

Tak Rosa. Tak Jase.

Executive summary

This thesis has focused on Health Policies for elderly people in Denmark.

Through a theoretical framework defined by Foucault - and especially Deleuze's reading of Foucault - the thesis investigates Health Policies for elderly people as a social phenomenon.

Some of the questions answered in the thesis are: how do Health Policies affect elderly people's lives? Why is there a growing focus on preventive health care in Denmark today? How do Health Policies have an impact on people's lives?

The analysis consists of two parts. The first part investigates the historical development of Health Policies for elderly people in Denmark. The second part investigates a contemporary initiative - Preventive Theme Meetings - within the Copenhagen municipality.

The thesis concludes that there have been some major changes in the way the Danish society understands and interacts with the elderly. Historically, Health Policies have focused on the elderly from a distance, with great emphasis on institutional settings, whereas today they intend to meet "the-whole-person". This change has indebted the elderly to everlasting preventive health care.

The thesis also concludes that theories of medicine and economy tend to set the agenda in Health Policies affecting the contemporary elderly Danes.

Indholdsfortegnelse

Executive summary	3
Introduktion til kandidatafhandling	9
Foucaults mange mulige analysestrategier	13
Machines which make one see and speak.....	16
Dispositivets linjer	18
Linjer af lys og udsagn	18
Linjer af praksis	20
Linjer af subjektivering	21
Dispositivhistorien og dispositivets konstante transformation	22
Dispositivhistorien	22
Dispositivhistorien i vores afhandling	24
Den sikkerhedsskabende biopolitik og kontrolsamfundet	25
Fra metode til analysestrategi	26
Ledeforskelle i dispositivanalysen	27
Konditionering af ledeforskel og iagttagelsespunkt	28
Skitsering af vores empiri.....	29
Desk research	29
Deltagerobservationer	31
Analyse af empiri	31
Sundhedspolitikken og ældrebefolkningen 2006-2011	36
Linjer af lys og udsagn.....	36
Den komplekse ældre kaster et flygtigt skær.....	36
Aktiv nok?.....	39
Den optimale mentale sundhed	40
Den optimale medicinering.....	41
Den optimale ernæring	42
Det endelige mål: uafhængig og velfungerende.....	44
Linjer af praksis.....	47
Komplekse tider kræver komplekse handlinger	47
Interventionen er kortvarig, men hyppigt tilbagevendende	48
Kontrol med gode intentioner	49
Linjer af subjektivering	50

Sundhed og sygdom byder indenfor.....	51
Overordnet opsamling for 2006-2011.....	52
Sundhedspolitikken og ældrebefolkningen 1965-1969.....	53
Linjer af lys og udsagn.....	53
Den voksende ældrebefolkning giver voksende problemer.....	54
Hvad gjorde alderdom ved et menneske i 1960'erne?.....	55
Kampen mod alderdommen.....	56
Kontinuitet - Et spirende fokus på det meningsfulde og aktive ældre liv	57
En fremtid i forebyggelsens tegn?	58
Linjer af praksis.....	59
Hvor hører du hjemme?	59
Linjer af subjektivering.	62
Overordnet opsamling for 1965-1969.....	63
Sundhedspolitikken og ældrebefolkningen 1980-1982.....	64
Linjer af lys og udsagn.....	64
Hvad skal sundhedspolitikken gøre for den ældre?	65
Grundlaget for en spirende biopolitik?	66
Linjer af praksis.....	68
Institutionernes krise.....	69
Linjer af subjektivering	70
Overordnet opsamling for 1980-1982.....	71
Delkonklusion for den historiske analyse.....	71
En nutidig tendens.....	73
Linjer af lys.....	74
Udsagn om og af ældre	77
Du er...hvor du bor	77
Ekspertes på eget liv?.....	79
Kan man få syndsforladelse for inaktivitet?	81
Sund og syg på samme tid	84
To be or not to be - uafhængig.....	85
Praksisvirkning omkring den ældre	88
Før og under temamødet	88
Temamødet som praksis	88
Forebyggeren som praksis og ældre som objekter for optimering	89
De ældres udbytte	90

Motivation for at deltage.....	91
De ældres modtagelse af temamødet	91
Dialog-formen.....	91
Hvad ser vi, at de ældre har taget til sig.....	92
Normalvægt	92
Rejse-sætte-sig-test.....	93
Medicin.....	94
Sociale forhold	95
Linjer af subjektiverings for den ældre.....	96
Den ældres selvforhold.....	96
Delkonklusion.....	97
De infame menneskers liv.....	98
Det hele menneske	99
Opsamlende diskussion: Det sundhedspolitiske dispositiv	103
Lægens sandhed	103
Evidensbaseret viden om ældre kroppe	103
Lev sundt for fællesskabets skyld	105
Det forgældede menneske.....	106
Du kan jo gøre det for mig, ik'?	106
Måske var det nemmere at nyde en snaps i 1960'erne?.....	107
Konklusion.....	109
Perspektivering og refleksion.....	111
Slidte celler sladrer og bleer er dyre.....	111
Fremtidens sundhedspolitik og ældrepolitik.....	113
Refleksion over vores kandidatafhandling	114
Svagheder i afhandlingen.....	115
Fortsat forskning.....	115
Efterskrift.....	116
Bilagsliste.....	117
Litteraturliste.....	118
Links:.....	122

Indledning

”Hvor var det sødt af dem at invitere mig. Jeg har også virkelig været nysgerrig efter at se det nye sundhedshus. Sikke en flot bygning.

Det er spændende at skulle høre om forebyggelse. Jeg føler mig ret sund. Tja, det kunne da være rart med lidt hjælp til at tale med lægen. Engang i mellem tager jeg nogle panodiler, og så får man nogle gange nogle, der hedder *dit* og nogen, der hedder *dat*. Og så gør de det samme, og så kan man få for meget. Nogle gange må man jo stole på, at lægerne ved, hvad de gør.

Det er i hvert fald længe siden, at nogen har budt mig på frokost. Det er sødt af dem. Men det var også dyrt at komme herhen, så det manglede da bare. Det var nemmere, hvis mødet lå, så jeg kunne bruge mit mimrekort.

Nå, jeg skal bare sidde her. Jeg kender vist ikke andre end hende fra aktivitetscentret.

Nej, ellers tak, jeg prøver at skære lidt ned ... Joouoo, så måske en enkelt, de ser godt nok lækre ud. Er der noget mælk til kaffen? Ja, bare skummet, jeg bruger ikke fløde længere.

•

Sikke meget hun ved om mad og drikke, det er sødt at hende at komme og dele det med os. Meget af det siger nu sig selv.

Jeg troede, at jeg var sund med al det grønt. Men det er vist bedst, at jeg spiser noget d-vitamin og kalk fra nu af. Kender hun min krop bedre end mig – eller ved jeg bedst? Hun synes, at jeg skal være tykkere, så jeg er klar til at blive syg. Jeg synes nu nærmere, at jeg har lidt for meget om maven og lårene.

Ej, jeg ved godt, hvad man skal have. Og jeg tager bare en stor ske kokosmel – uhmmm, jeg elsker det!

•

Nå, så han har stomi. Der kan man bare se, han virker som en frisk mand. Det er mest mine knæ, der ikke er, hvad de har været.

Sikke en hoste!

Mine lunger er *heller* ikke, hvad de har været. Men det ville ikke være det samme uden en smøg til morgenkaffen. Det tror jeg altså ikke, at vi kan lave om på. Måske burde jeg ...

Jeg føler mig ikke umiddelbart gået i stå, men jeg kan godt mærke, jeg er gået lidt ned af bakke. Det er da et par gange om ugen, at jeg besøger aktivitetscenteret. Og det var meget sjovt at prøve blomsterbinding. Jeg vil bare ikke sidde og falde sammen og blive trist og gammel.

Jeg trænger til at komme sammen med andre mennesker. Jeg ser min familie – i hvert fald til fødselsdag. Min søn kommer over en bajers tid eller to, nogle gange om ugen. Jeg står altså op hver morgen kl. halv seks, og går i seng halv tolv. Så der er nogle timer, der skal slås ihjel.

Bliver mit liv tre år længere, hvis jeg stopper med at ryge? Gid jeg var stoppet dengang, det gav ti år.

•

Gud, skal jeg til at rejse mig nu? Det er dejligt, at hun lige viser, hvordan man laver øvelsen. Der er nok mange af de andre, som ikke har prøvet den før.

Nå, jeg kunne lave tolv styk. På min alder skal man kunne lave tretten, siger hun. Men jeg plejede også at lave flere til fitness. Det var maskiner og cykler og leg indimellem, det var meget spændende. Jeg gør, hvad jeg kan!

Det er en dejlig datter, jeg har. Men hun vil ikke synes om, at jeg stopper til fitness. 'MOR, det skulle du ikke have gjort!' Det ved jeg, hun vil sige. Hun synes, det er så dejligt, at jeg går til sådan noget.

Skulle jeg fortsætte bare for hendes skyld?"

•

Vi synes, det var passende at begynde vores afhandling med dette potpourri af citater fra vores møde med ældre mennesker. Lad os nu sætte rammerne for den rejse, som vi ønsker at tage læseren med på.

Introduktion til kandidatafhandling

Baggrunden for denne kandidatafhandling skal ses i en fælles interesse for sundhedspolitik, forebyggelse og kommunikation. Denne interesse gjorde, at vi allerede sidste semester skrev et stort projekt om 'Livslang forebyggelse' - en dispositiv analyse af de forebyggende temamøder i Københavns kommune. I denne afhandling vil vi igen tage udgangspunkt i 'forebyggelse på ældreområdet'.

Hvorfor netop beskæftige sig med ældreområdet? Ældre er blevet omtalt som en økonomisk byrde for samfundet, særligt grundet den store udgiftspost indenfor sundhedsvæsenet. Men et skifte har været under opsejling. Vi går fra at snakke ældrebyrde, til at tale om ældre der bliver til som en ældrestyrke. De "nye" ældre er aktive, sunde, bliver længere på arbejdsmarkedet, og når de går på pension, er de fortsat aktive i deres alderdom. Som Københavns Kommune siger, så er de ældre blot unge, der er blevet ældre (Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, 2007).

Lovgivningen på sundhedsområdet er sideløbende med denne tendens blevet reguleret. Et eksempel er loven om forebyggende hjemmebesøg for ældre, der blev vedtaget i 1996. Ifølge loven skal kommunerne tilbyde forebyggende hjemmebesøg til borgere på 75 år og derover. Formålet med et hjemmebesøg er, at den ældre borger og kommunen sammen kan drøfte borgerens livssituation og eventuelle behov for hjælp til borgeren, så hun i højere grad kan udnytte egne ressourcer og bevare sit funktionsniveau (Loven for forebyggende hjemmebesøg, 1996). Der har løbende været flere reguleringer af loven, senest i juli 2010, så denne nu forpligter kommunerne til at tilbyde mindst ét årligt besøg.

På baggrund af disse reguleringer har man i Københavns kommune nedsat en strategigruppe, der har arbejdet med at revidere kommunens model for forebyggende hjemmebesøg og se på mulige komplementære initiativer. Det har udledt, at et nyt tilbud er ved at blive implementeret: forebyggende temamøder. Ideen om temamøder er opstået på baggrund af lignende europæiske initiativer, der har vist stor effekt (Dapp et al., 2005).

Temamøderne er et gruppebaseret tilbud med fokus på forskellige sundhedstemaer, der vurderes at have relevans for de ældre: kost, motion, medicin og sociale forhold. Møderne gennemføres af et tværfagligt sundhedsteam og afholdes i sundhedshuse, aktivitetscentre eller lokale klubber. Rent praktisk skal temamøderne have en varighed af ca. tre timer, og gruppestørrelsen er på ca. 48 borgere. Temamødet som koncept er udarbejdet, så der er plads til lokale tilpasninger og variationer, og man håber, det kan blive et redskab til at nå nogle af de ældre, som kommunen ikke kommer i berøring med ved hjemmebesøgene.

Målet med temamøderne er forebyggelse; at de ældre får konkrete redskaber til selv at foretage ønskværdige forandringer i deres liv. En ønsket sidegevinst ved temamøderne er styrket netværksdannelse blandt ældre (Bilag 6).

Dette initiativ har fanget vores interesse. Hvad er det Københavns kommune ønsker af deres ældre borgere? Hvad er det for en interesse de ældre har i et sådant initiativ? Hvad er det, vi som samfund åbner op for, når vi tilbyder ældre mennesker at gå til temamøde? Der har i flere andre tilfælde været fokus på, hvad det er, sundheds- og forebyggelsestankgangen gør ved os som borgere. Denne diskussion foregår på flere faglige områder, indenfor almen praksis, sociologi, folkesundhedsvidenskab mv.

Vi ønsker med en specifik teoretisk indgangsvinkel at belyse to ting. I første delanalyse har vi fundet det interessant at lave en historisk analyse af, hvordan sundhedspolitikken på ældreområdet har udviklet sig til der, hvor vi er i dag. I anden delanalyse vil vi se på de forebyggende temamøder som en konkret nutidig case, der kan belyse, hvordan det er at blive til som ældre i dagens Danmark. Den historiske analyse vil på sin vis ligne en 'klassisk' semantik- eller diskursanalyse (Andersen et al., 2005), men der vil være andre fokuspunkter i vores analysestrategi, som vi redegør for senere. En af de primære forskelle vil være, at vi iagttager sammenhænge på kryds af flere niveauer end blot udsagnets niveau.

I den første delanalyse, den historiske analyse, har vi som udgangspunkt taget fat i otte rapporter fra Sundhedsstyrelsens fra perioden fra 2006 til 2011. De har det til fælles, at de

kommer med retningslinjer for, hvordan man sundhedspolitisk bør forholde sig til ældrebefolkningen. Vi har analyseret sammenhænge på kryds af rapporterne i denne periode. Herefter har vi vendt blikket imod fortiden for at identificere kontinuiteter og brud i sundhedspolitikken overfor ældrebefolkningen. Her har vi analyseret tekstmateriale fra de to perioder 1965-1969 og 1980-1982. Rækkefølgen af perioderne er med vilje blandet rundt, så vi først ser på i dag, herefter den ældste periode og til sidst den midterste. Årsagerne til det er flere, men hovedsageligt har vi fundet, at det bliver tydeligere at se forskelle og ligheder i perioderne på den måde. Perioderne er desuden udvalgt, som vi senere vil komme tilbage til, på baggrund af et omfattende tekststudie, hvor vi fandt afgørende knudepunkter for udviklingen i sundhedspolitikken på ældreområdet i netop disse to tidsperioder.

Som det sidste vil vi afslutningsvist opsummere, diskutere og perspektivere afhandlingens iagttagelser til en overordnet samfundstendens.

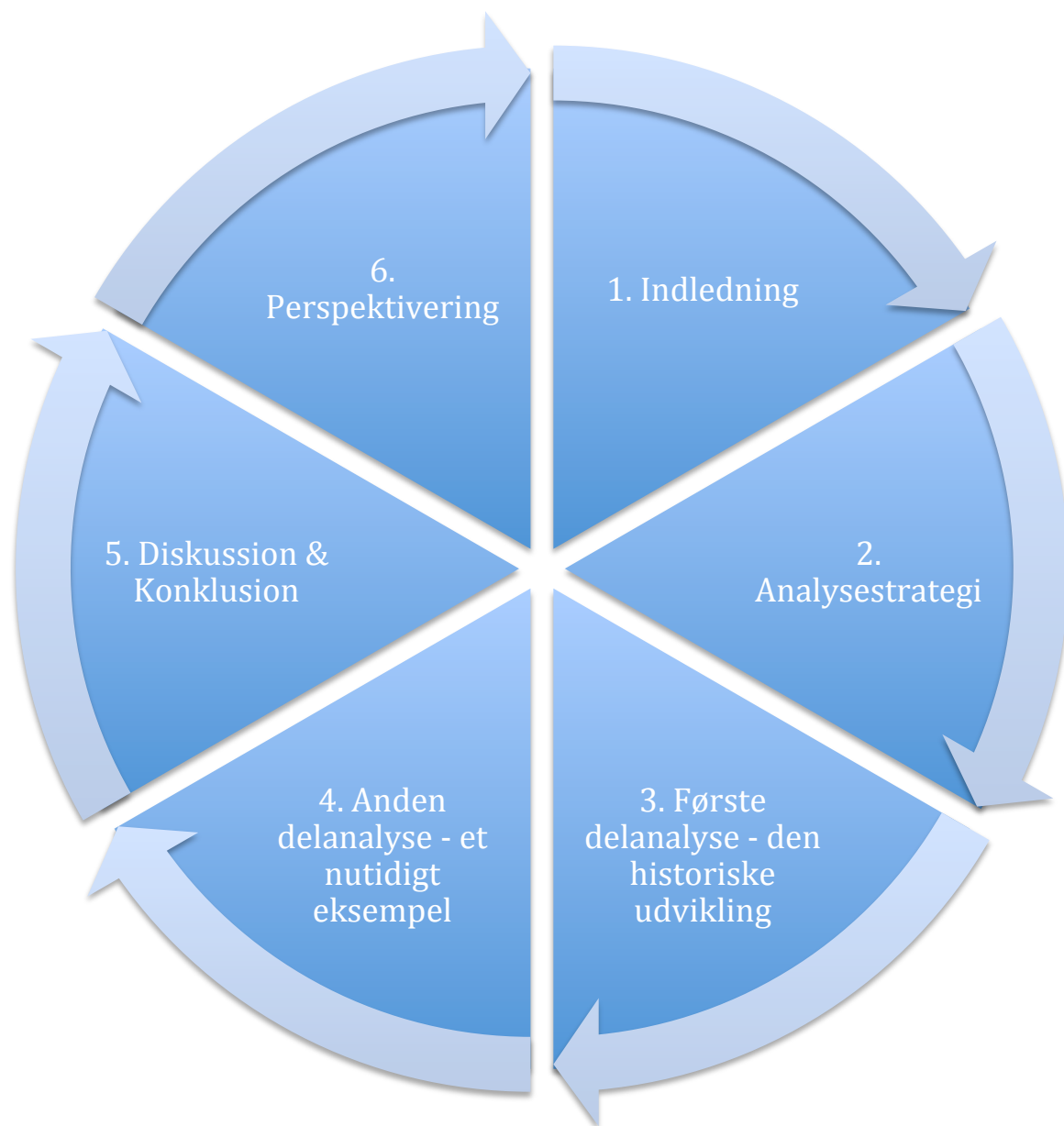
Samlet set har denne kandidatafhandling til formål at belyse tre områder:

1. Vi vil analysere, hvordan sundhedspolitikken dispositiv med biopolitiske teknikker forholder sig til ældrebefolkningen i dag, i 1960'erne og i 1980'erne.
2. Vi vil analysere, hvordan det sker i et konkret nutidigt forebyggelsestiltag.
3. Vi vil perspektivere og diskutere afhandlingens iagttagelser og konklusioner.

Afhandlingens centrale problemformulering er:

Hvordan har sundhedspolitikken på ældreområdet udviklet sig, og hvordan sætter biopolitiske forebyggelsesinitiativer rammen for ældrebefolkningens liv og selvforhold?

I det følgende vil vi præsentere, hvordan vi har i sinde at besvare disse spørgsmål. Derfor vil vi nu uddybe vores teoretiske perspektiv, der vil sætte rammerne for, hvordan vi vil iagttage empirien. Men først en opsamlende figur for hvordan kandidatafhandlingen er bygget op:



Figur 1 - Kandidatafhandlingens opbygning

Analysestrategi

Vi vil i dette kapitel beskrive og afgrænse den analysestrategi, som skal være udgangspunktet for analyserne. I tråd med Niels Åkerstrøm Andersen og andres forskrifter vil vi i afsnittet konditionere et videnskabeligt blik, så det sociale bliver iagttageligt for os (Esmark et al., 2005: 7). Det betyder, at vi vil tydeliggøre, hvordan vi forstår og bruger de teoretiske begreber i den foreslåede analysestrategi. I den analysestrategiske optik bliver teorien et videnskabeligt program for, hvordan vi vil iagttage og konstruere vores genstand (Esmark et al., 2005: 9-11).

Vi vil først og fremmest lade vores teoretiske vinkel komme til syne i en generel introduktion af Michel Foucaults og siden Gilles Deleuzes tænkning om *dispositivbegrebet*. Denne introduktion vil inkludere vores forståelse af *linjerne af lys, udsagn, praksisser og subjektiveringer*. Vi vil derefter indføre læseren i et mere historisk aspekt af dispositivtænkningen. Som afslutning på dette kapital vil vi opsummere, hvordan vi har i sinde at møde vores emipri, og hvordan vores analysestrategi konkret vil disciplinere vores analytiske blik.

Foucaults mange mulige analysestrategier

For at kunne iagttage udviklingen i den danske sundhedspolitik på ældreområdet, og det forebyggende temamøde som et nutidigt eksempel herpå, vil vi trække på store dele af Foucaults forfatterskab.

Det der, som udgangspunkt, gør Foucault interessant for os, er hans kritiske perspektiver på begreber om magt og styring i relationen mellem individ og stat (Dean, 2006). Med valget af Foucault følger vi fodsporene af mange før os, der ligeledes har brugt Foucault som rammen for en analysestrategi. Vi har således fundet stor inspiration i at læse andres afhandlinger (Villadsen, 2004; Dahlager, 2001 & 2005; Andersen, 2004; Højlund et al; working paper; Dean, 2006; mfl.) Denne kandidatafhandling deler mange af de samme interesser som disse afhandlinger. Men vi mener, at det teoretiske udgangspunkt skal

være et andet, for at vi kan analysere på kryds af tidsperioder og praksisser på den måde, vi ønsker i nærværende kandidatafhandling.

For at iscenesætte temamødet og sundhedspolitikken som iagttagelsespunkter, har vi valgt at trække på en helt bestemt læsning af Foucaults værker.

Flere læsere af Foucault mener at have identificeret *dispositivet* som et gennemgående begreb i hans forfatterskab (Deleuze, 1992, Villadsen, 2008). Dispositivbegrebet skærper blikket på regulariteter og spredninger i de objekter, udsagn, praksisser og subjektiveringer, som danner rammen for det sociale. Vi mener, at dispositivanalysen, og specielt Deleuzes læsning af Foucault, tilbyder en potent optik, der giver os gode redskaber til at besvare vores problemstilling.

Valget af dispositivanalysen som vores gennemgående fokus betyder, at vores analyse vil fokusere lidt anderledes på det sociale som fænomen end andre "traditionelle" Foucault analyser - vi vil fx ikke fokusere på at identificere diskurser eller governmentale styringsmekanismer. Det fravalg sker ikke, fordi vi synes at sådanne analyser er mindre "gode", men dispositivanalysen giver os et andet begrebsapparat. Dette begrebsapparat deler interesser med fx genealogien og diskursanalysen, men tilbyder en anden form for iagttagelse af det sociale.

Denne "anden form for iagttagelse" skærper analytikerens øjne på mere end én dimension som er mere end "blot" det diskursive eller "kun" det governmentale, og det er grunden til, at vi har valgt Deleuzes læsning af Foucault. Deleuze fremsætter således et håndgribeligt analyseredskab, der kan hjælpe os med at iagttage det konkrete sociale udspille sig, og giver os et solidt fundament for efterfølgende at sige noget mere generelt omkring de tendenser, vi iagttager.

Foucaults "produktive magt"

Inden vi bevæger os videre til udpenslingen af dispositivanalysen, vil vi forholde os til nogle af de grundlæggende ideer, der ligger bag Foucaults magtbegreb. Vi gør dette i et forsøg på at placere dispositivet i en Foucault-kontekst.

I Foucaults magtbegreb ligger der ikke en *"teori om hvad magt er"* (Foucault, 2008: 7). Magt er således ikke en substans, der ligges oveni i en social struktur. Sagt med Foucaults egne ord, så *"er det ikke sådan, at der findes familieforhold med magtmekanismer oveni"* (Foucault, 2008: 8). For Foucault, er magt i det *moderne samfund* ikke noget, man kan besidde i den forstand, at man kan påvirke andre til at gøre noget. Foucaults *"moderne"* magtbegreb er således ikke en repressiv magt, men en *"produktiv magt"*, der ønsker: *"at bibringe individer bestemte kapaciteter, ønsker at sætte individet i stand til at handle på bestemte måder, ønsker at bearbejde deres selvforhold og, i nogle tilfælde, søger at afrette dem"* (Mik-Meyer et al., 2007: 20).

Magt er ifølge Foucault allestedsnærværende i det sociale, og en magtanalyse drejer sig simpelthen om: *"at finde ud af, hvad den [læs: magten]virker igennem, hvordan det går til, mellem hvem og hvem, mellem hvilket punkt og hvilket punkt og ifølge hvilke procedurer og med hvilke virkninger."* (Foucault, 2008: 7). Magt er mængden af mekanismer og procedurer, der har til funktion at sikre magten, og disse magtmekanismer er *indbygget* i det sociale (ibid.).

Moderne magt hviler altid på viden. Eller mere korrekt sagt, magt og viden er gensidigt afhængige af hinanden (Mik-Meyer et al., 2007: 21). Det er netop denne formulering, der har gjort Foucault til allemandseje, hvis man er interesseret i moderne styring. Når der skabes et rum for intervention eller ny praksis (magt), opstår der samtidig et behov for at generere mere viden (ibid.). Når der i dag således eksisterer *"naturliggjorte"* institutioner og sigelige *"sandheder"*, er det forskere som os, der må undersøge hvilken viden, der muliggør disse. Heri ligger selvfølgelig også vores afhandlings sigte. Hvad er det, der muliggør sundhedspolitikken på ældreområdet?

Da vi ønsker at nå til denne afklaring, ligger vores interesse for det sociale – ligesom hos Foucault – på et niveau, hvor ordningen af magten er i færd med at blive til og antager sine første rå former, hvor dets linjer begynder at tegne sig (Raffnsøe et al., 2008: 216). Det er netop dette dispositivanalysen beskæftiger sig med. Dispositivet er et *"magtfelt"*, hvor diskurser, institutioner, videnskabelige udsagn, selvforhold, objekter mv. skaber et netværk, som ordner det sociale. I vores analyser bliver de førnævnte *"diskurser, institutioner, mv."* kaldt *linjer af lys, udsagn, praksis og subjektivering*, og de danner

slagmarken for magt og viden. Dispositivets linjer kan iagttages, som de "sandheder" der gør sig gældende i forbindelse med fx et temamøde (Deleuze, 1992: 166).

Vi vil tage empirien for, hvad den siger, at den er – linjerne er sande og derfor får de mennesket til at se, sige og gøre ting. Det afgørende i vores analyser er dog ikke, at vi kan dømme *viden* eller *magt*, men hvordan linjernes konkrete udfoldning tegner et dispositivt mulighedsrum. Så når vi beskæftiger os med viden og magt, spørger vi: hvilke linjer tegnede dispositivet, og hvordan transformerede linjerne hinanden? (Foucault, 1994: 97).

Nu vil vi introducere dispositivet med dets forskellige typer af linjer lidt mere dybdegående.

Machines which make one see and speak¹

Dispositivet er forskerens konstruktion, som gør det muligt at iagttage, hvordan en bestemt strategisk logik er på spil i det sociale (Villadsen, 2008: 179). Når vores empiri iagttages på dispositivets analyseniveau, vil vi iagttage, hvilke linjer af regularitet, der tegnes (Raffnsøe et al., 2008: 216-217). Med "regularitet der tegnes" menes, at vi vil finde gentagelser i det, der bliver sagt og det, vi iagttager. Det skal ikke forstås sådan, at dispositivet kommer udefra og determinerer det sociales organisering (Villadsen, 2008: 180). Dispositivet opstår i den konkrete praksis, det er det faktisk fremsatte og gjorde i det sociale (Bjerg et al., 2006: 96). Da Foucault (2008) iagttog disciplinen i Overvågning og Straf, var det ikke 'bare en diskursanalyse', men en iagttagelse af regularitet på kryds af bl.a. diskurser, institutioner, praksisser og love. Dispositivet viser sig som en regularitet i sociale tilbøjeligheder – en tendens til at vide, tale og handle inden for rammerne af en særlig rationalitet.

For at skærpe dispositivbegrebet og tydeligere afgrænse vores analysestrategi, har vi, som tidligere fortalt, valgt at trække på filosofen Gilles Deleuzes læsning af Foucault (Deleuze, 1992; Deleuze et al., 2004; Deleuze, 2006a; Deleuze 2006b). For Deleuze kommer dispositivet til syne i linjer, der konstant brydes eller opretholdes. Det er disse linjer, der nærmest topologisk kan kortlægges som dispositivets anatomi. Og det er her

¹Deleuze, 1992: 160

dispositivbegrebet i høj grad trækker på Deleuzes egen filosofi. I særdeleshed hans tænkning om *mangfoldigheden*. En mangfoldighed er ikke bare en dualisme tilsat ekstra dimensioner, men noget fremhævet eller aktuelt i et uanet antal dimensioner (Deleuze et al., 2004: 7). Det adskiller sig fra eksempelvis dualismen (som system/omverden) i Luhmanns systemteori (Andersen, 1999: 113). Det er ikke et enten-eller, men et både og, og, og, og... Mangfoldigheden er et substantiv, som forbinder ord, magt, videnskab, kunst og social kamp i et fladt netværk af ikke-subjektive linjer (Deleuze & Guattari, 2004: 10). Analysen af en mangfoldighed handler i højere grad om kortlægning, end om en søgen efter noget skjult under overfladen, i retning af dekonstruktion eller psykoanalyse (fx Laclau et al., 1997; Žizek, 2010).

Dispositivet er en mangfoldighed. For vores sociologiske analyse betyder det, at de regulariteter, vi iagttager, er sandsynligheder og tendenser, ikke lovmæssigheder eller nødvendigheder (Deleuze, 1992: 163). Linjerne er værdier, som peger i en bestemt retning; de kan forstås som dispositivets muskler (Deleuze, 1992: 159). Dispositivet kommer til udtryk i fire typer af linjer, som krydser og binder hinanden – nogle reproducerer, andre transformerer (Deleuze, 1992: 160-162):

1. Linjer af lys

2. Linjer af udsagn

3. Linjer af praksis²

4. Linjer af subjektivering

Vores analyser vil iagttage, hvordan linjerne er singulære processer, som kommer til syne indenfor rammerne af et strategisk dispositiv (Deleuze, 1992: 162). Vi vil med dispositivet sætte spørgsmålstejn ved selvfølgelighederne i den iagttagede empiri (Andersen, 1999:

²Linjerne af praksis navngives af Deleuze (1992) og Villadsen (2008) som "Lines of Force". Den direkte oversættelse til dansk ville være noget i retning af linjer af kraft, men vi har valgt linjer af praksis, da det tydeligere betegner vores læsning af begrebet og dermed vores iagttagelser i analyserne.

31). Hvilke objekter kommer til syne, uden at der stilles spørgsmålstejn ved objekternes natur eller relevans; hvor findes de sande og dermed neutrale udsagn; hvordan fungerer sociale teknologier som dispositioner for den menneskelige praksis; og under hvilke betingelser kan subjekter forholde sig til sig selv? Alt dette vil vi gøre for i sidste ende at kunne konkludere, hvilken viden og dermed magt der ligger bag de selvfølgeligheder, vi ser i empirien.

For at kunne gøre det, vil vi nu gå mere i dybden med, hvordan vi vil iagttage de forskellige linjers beskaffenhed. Den garvede læser af Foucault vil genkende dele af hans forfatterskab repræsenteret i de forskellige linjer.

Dispositivets linjer

Før vi fortsætter med de enkelte typer af linjer, vil vi gerne dvæle lidt ved begrebet *linje*, da det er endnu et lån fra Deleuze, som vi tager for at kunne læse Foucault. De er vores analytiske mindste-enhed, som skrevet ovenfor har de en værdi og en retning; de kan betegnes med det matematiske begreb en *vektor*. En linje kan være et udsagn, et objekt i et udsagn, en særlig social teknologi eller en særlig måde at mestre sit selv. Dispositivet defineres af disse abstrakte linjer, som ændrer dispositive og forbinder det med andre dispositive. De markerer dispositive's umulighed af at være noget andet, medmindre linjerne transformerer dispositive til at blive det (Deleuze et al. 2004: 9-10). Kort sagt: de afgrænser dispositive og udgør anatomen. På linjernes niveau er det, når udsagnet, objektet, teknologien og selvforholdet peger i retning af samme strategiske logik, at vi kan iagttage dispositive.

Linjer af lys og udsagn

Nu vil vi komme nærmere ind på, hvordan vi forstår linjerne af lys og udsagn. De to typer af linjer er tæt forbundne, og derfor vil vi behandle dem i samme afsnit, men de er ikke det samme, hvilket vi vil tydeliggøre nedenfor. Lyset og udsagnene bevæger sig tæt op ad hinanden; det er de objekter og rationaler, vi ser og siger uden at tænke over det.

Ifølge Deleuze findes der ikke forudgivne objekter, som kan eksistere uafhængigt af et dispositivs *lys*. Dispositivets lys synliggør objekter, som er afhængige af dispositivets eksistens, da lyset ligeså vel kan få dem til at forsvinde. *"I enhver epoke findes en bestemmelse af synligheder og sigeligheder, der overskrider adfærden, mentaliteterne, idéerne, eftersom den muliggør dem"* (Deleuze, 2006a: 66). Deleuze taler om dispositivet som et rum, der synliggør objekter, der er uundgåelige at forholde sig til, da de er en uundgåelig del af den menneskelige oplevelse. Om objekterne findes før lyset er underordnet for vores analyse, det afgørende er, at de godtages som sande og derfor tegner linjer i det sociale. Objekterne er mange forskellige ting: papiret pjece er trykt på, bygningen temamødet foregår i, men også tendensen til at være undervægtig er et objekt. Fælles for objekterne er, at de kommer til syne i dispositivets særlige strategiske skær. Den afgørende pointe er, at objekternes lys iscenesætter strategien (eller: strategien udklækkes, fordi objekterne er, som de er). Men lys og udsagn er ikke det samme.

For at beskrive forholdet og forskellen mellem lysets og udsagnenes linjer bruger Deleuze eksemplet et *fængsel*. Det er en formation af lys (en bygning) med indhold (de kriminelle); det er et objekt, som bl.a. linjerne af udsagn kan læne sig op ad. Og fængslet selv læner sig op ad linjer af udsagn, for eksempel gennem udsagn om 'kriminalitet' eller 'kriminelle'. Selvom objekterne og udsagnene er samtidige, er de ikke det samme. Kriminaliteten vedrører det sigelige – et sprogligt regime, der klassificerer og oversætter – imens fængslet vedrører det synlige – en visuel indretning og en omgivelse af lys (Deleuze, 2006a: 49-50). Lyset former og *organiserer* materiale, udsagnene former og *hensigtsbestemmer* funktioner (Deleuze, 2006a: 51).

Omkring objekterne finder vi altså linjer af udsagn, som tegner hensigter ind i det sociale. Men hvad er sniksnak, og hvornår er det et udsagn, som vi interesserer os for?

De udsagn, der skal fange vores opmærksomhed i analysen, universaliserer og naturliggør. Eksempelvis normerer de bestemte typer liv og adfærd. Det er udsagn, som deltager i kampen sandt/falsk, udsagn der etablerer eller opretholder bestemte talepositioner, udsagn som skelner fortid/fremtid, gammeldags/udvikling. Det er udsagn, som etablerer indenfor/udenfor, udsagn som hierarkiserer samt udsagn, som vil

bringe diskussionen til en ende (fx "globaliseringen kræver ...") (Mik-Meyer et al., 2007: 26).

Der kan eksistere forskellige og endda modstridende udsagn indenfor samme dispositiv; samtidigt kan de cirkulere mellem dispositiverne uden overhovedet at ændre form.

"Udsagnet er hverken lateralt eller vertikalt, det er transversalt, og dets regler befinder sig på samme niveau som det selv" (Deleuze, 2006a: 25).

Men hvor findes den ydre grænse for udsagnenes regularitet? *"Der findes altid momenter og steder, hvor serierne begynder at divergere og fordele sig i et nyt rum: det er der, snittet indtræder"* (Deleuze, 2006a: 39). Det vil sige når regulariteten begynder at spredes igen, når der dannes en ny kontekst og rationalitet, har vi fundet ydersiden.

Men ifølge Deleuze skal vi iagttage mere end blot lys og udsagn for at iagttage den dispositive helhed.

Linjer af praksis

Derfor vil vi nu gå videre til en tredje type, nemlig linjerne af praksis. Praksislinjerne kan iagttages som teknikker, mekanismer eller teknologier, der udfylder rummet mellem det synlige og det sigelige. De kan genkendes som praktiske instrumenter og institutionelle procedurer, der behandler menneskekroppe (Mik-Meyer et al., 2007: 23). Der er installeret en rationalitet i teknologierne – en bestemt mål-middel overvejelse – som giver en retning. Praksislinjerne installerer nye objekter, som kan gøres til genstand for viden (Mik-Meyer et al., 2007: 28). Et objekt "handles på" igennem praksislinjer. Man kan iagttage, hvordan disse linjer forhåndsdisponerer, sådan at bestemte løsningsmodeller, praksisser eller selvforhold bliver mere selvfølgelige. Linjerne af praksis er ikke urokkelige determinationer, men de påvirker konstant det sociales tilblivelse (Mik-Meyer et al., 2007: 37).

Linjer af praksis virker magtende. Magt er som sagt et centralt begreb i Foucaults forfatterskab, og han skriver, at magten kommer nedefra; den kommer fra de mange

enkeltrelationer, som knyttes sammen. Praksis finder sted som *taktikker*, hvorigennem dispositivet kommer til syne som den overordnede *strategi* (Foucault, 1994: 99).

Inden vi går videre til den sidste type af linjer, vil vi give et eksempel på en linje af praksis – en taktik, der kan iagttages i Lisa Dahlagers analyse af 'forebyggelsessamtaler' (Mik-Meyer et al., 2007: 37). Forebyggelsessamtalen som taktik etablerer et rum, der kræver en bestemt formning af forebyggerne og patienterne, der ledes til at etablere bestemte selvforhold. Det *strategiske* mål er forebyggelse af skadelig livsstil gennem valg og livsstilsadfærd. Forebyggelsessamtalens *taktiske* mål er at få borgerne til at kunne genkende sig selv som havende en livsstil, der kan vælges og forandres – ved at give viden om skadelige virkninger af tobak, alkohol etc. (Mik-Meyer et al., 2007: 38).

Med det eksempel bevæger vi os ind i krydsfeltet mellem praksislinjerne og vores fjerde type af linjer: linjerne af subjektivering. Oftest objektiverer praksislinjerne nemlig hele eller delvise subjektiveringer og installerer selvforhold (Mik-Meyer et al., 2007: 28).

Linjer af subjektivering

En af Deleuzes kæpheste i hans læsning af Foucault og udlægning af dispositivanalysen er, at subjektet ikke 'genindføres' sidst i forfatterskabet, som nogle læsere af Foucault mener. For Deleuze er subjektiveringerne en klar fortsættelse af magttænkningen (Deleuze, 2006a: 10). Et menneskeligt subjekt er ikke givet på forhånd, men opstår i en proces af konstant tilblivelse, som muliggøres af dispositiverne (Villadsen, 2008: 180). Linjerne af subjektivering tilbyder individer selvobjektiveringer via ritualer, planer, dagbøger og ikke mindst eksperter (Mik-Meyer et al., 2007: 23). Linjerne tilbyder individerne moduleringer af deres egne kroppe, tanker og livsstile for at transformere sig til at opnå en bestemt tilblivelse. Selvteknologier er altså funktioner, som individet kan benytte til at isolere bestemte objekter i sig selv som videns- og styringsobjekter (Mik-Meyer et al., 2007: 30).

Ligesom linjerne af praksis er subjektiveringslinjerne relationelle, men det er en relationel "*forholden til sig selv, en magt til at påvirke sig selv, en påvirkning af sig selv ved sig selv*"

(Deleuze, 2006a: 115). Disse særlige linjer, hvor individerne forholder sig taktisk til sit selv, vil være vigtige at afdække i vores analyse af forebyggelsestestamødet.

Efter disse ord om linjer af forskellige art, vil vi nu bevæge os lidt op på dispositivets abstrakte plan igen ved at uddybe vores forståelse af dispositivets transformative natur.

Dispositivhistorien og dispositivets konstante transformation

Dispositivet er *"grundlæggende ustabilt eller fluktuerende, konstant i færd med at sammenbrygge stof og funktioner på en måde, der giver anledning til nye mutationer"* (Deleuze, 2006a: 53). Der er sjældent tale om en fuldkommen afvikling af magten i dispositivet, men snarere en gendannelse af magten i en ny funktion. Dette beskriver dispositivets transformatoriske natur. Dispositivet, og derved magten, er i gennem den sociale ordening for evigt i gang med sin tilblivelse eller afvikling.

Foucault har selv hæftet sig ved tre typer af dispositiver: "lov", "disciplin" og "sikkerhed", som har været iagttagelige i samfundshistorien og har medvirket til forskellige særegne organiseringer af det menneskelige samliv (Raffnsøe et al., 2008). Vi vil nu dvæle kort ved de tre dispositivtyper, som Foucault iagttog i sin analyse af dispositivhistorien. Siden vil vi skrive de kommende analyser, diskussioner og konklusioner ind i en denne dispositivhistorie.

Dispositivhistorien

"Lovgivning og dens resultat, loven, kan betragtes som et dispositiv i det omfang man heri ser et forsøg på at oprette en eksplicit opdeling mellem forbudt og tilladt" (Raffnsøe et al., 2008). Loven manifesterer suverænen tilstedeværelse i en tydelig juridisk differentiering mellem rigtig og forkert. Når loven overtrædes, skal det være tydeligt, hvordan den er blevet overtrådt og hvad konsekvensen er for kroppen, som er trådt udenfor det lovlige fællesskab.

Foucault iagttog i Overvågning og Straf, hvordan linjerne i et dispositiv over tid reproduceres og forandres. Foucault iagttog straffenes udvikling og så den transformation som fandt sted i midten af det 18. århundrede (Foucault, 2008: 104). Han iagttog, hvordan magten fandt styrke og samtidigt blev svækket af suverænen overdrevne straffe og den tolererede illegalitet i samfundet (Foucault, 2008: 102). Lovens dispositiv er således

kendetegnet ved den potens, suverænen overdrevne manifestation fik i enkelte begivenheder. Men selvsamme dispositiv blev samtidigt undergravet ved den stigende opmærksomhed på begrænsningerne i denne praksis. Her iagttog Foucault, hvordan 'humaniseringen' af straffene i lige så høj grad var en omrokering og afstivning af en dårlig magtøkonomi (Foucault, 2008: 93).

Den næste type af disponering, *disciplinen*, virker ved at modarbejde det uønskede gennem en bestemt selvstyring (Raffnsøe et al., 2008). Loven fungerer fortsat, men der er sket en modellering. Der er forsat love, og straffe, hvis du ikke overholder loven. Men loven er indrammet af forskellige *"overvågninger, kontroller, blikke og patruljeringer, som allerede inden tyven har stjålet gør det muligt at holde øje med om han stjæler"* (Foucault, 2008: 10). Denne indramning er de disciplinære teknikker, der retter sig imod menneskekroppens adfærd for at dressere den og opdrage den til at blive føjelig og nyttig (ibid.) Under de disciplinære dispositiver bevæger individet sig fra ét lukket miljø til et andet – skolen, kasernen, fabrikken, hospitalet og fængslet. Disciplinen anvender indespærringsmiljøerne til at koncentrere, rum inddele, ordne i tid og sammensætte en produktiv kraft, hvis virkning er større end de enkelte kræfter (Deleuze, 2006b: 212). Panoptikons installation af selviagttagelse blandt fangerne i fængslet – så de selv bearbejder deres kriminalitet – er det klassiske eksempel på en disciplinerende teknik (Foucault, 2008: 218).

De *sikkerhedsskabende* dispositiver virker ved at etablere et beredskab, der konstant er i stand til at møde det uventede (Raffnsøe et al., 2008). Der eksisterer fortsat en straffelov og en indramning af overvågning og opdragelse, *"men nu styres anvendelsen af straffeloven, ordningen af forebyggelsen og organiseringen af den opdragende straf alt sammen af en række spørgsmål"* (Foucault, 2008: 210) á la *"Hvad er den gennemsnitlige hyppighed af denne slags kriminalitet? Hvor meget koster denne kriminalitet? Hvad koster det at straffe disse tyverier? Når man én gang har fået fat på den skyldige, er det så umagen værd at straffe ham?"* (Foucault, 2008: 210). I denne type dispositiv handler det således om at sætte grænserne for, hvad der er socialt og økonomisk acceptabelt, og hvordan man kan holde et gennemsnit og sætte en *"optimal"* for den sociale funktion (Foucault, 2008: 210).

Dette dispositiv modellerer ikke subjekterne i adskilte institutioner, de modelleres i

støbeforme, som konstant tilpasser sig den enkelte. Som eksempel bruger Deleuze "den livslange læring i virksomheden". Sagt med andre ord, er det ikke kun institutioner som skoler og universiteter, der tager sig af uddannelse. I dag skal du uddanne dig resten af livet, da din krop derigennem bliver mere "optimal" for samfundet. Bag "livslang læring" ligger en sikkerhedsskabende mekanisme, som skaber en social og økonomisk "optimal", som medarbejderen for evigt kan afveje sig imod (Deleuze, 2006b: 214).

De tre typer af dispositiver følger således ikke en strengt evolutionær rækkefølge. Ikke desto mindre har der været tidsperioder, hvor nogle dispositiver har været mere fremherskende end andre (Foucault, 2008). Ifølge dispositivhistorien er vi på vej fra det disciplinerende samfund ind i de sikkerhedsskabende dispositivers dominans – navngivet af Deleuze som *kontrolsamfundet*.

Dispositivhistorien i vores afhandling

Inden vi fortsætter i en introduktionen af kontrolsamfundet, vil vi knytte tankerne om dispositivets transformative natur sammen med vores kandidatafhandling. I første del af vores analyse giver det mening at tænke tilbage på ovenstående beskrivelse af dispositivtyper. Da dispositivets linjer transformeres over tid, kan vi gennem iagttagelse af udviklingen i sundhedspolitikken på ældreområder se kontinuiteter og brud i disse. Vi vil fremanalysere de forandringer, som politikken har gennemgået for at beholde eller styrke grebet i ældrebefolkningen.

Opgaven for os bliver ikke at afsløre magten eller komme med den endelige dom over sundhedspolitikken på ældreområdet som essentielt god eller dårlig. Som Deleuze omtaler sociale transformationer: "*Der er hverken grund til at frygte eller håbe, men til at lede efter nye våben*" (Deleuze, 2006b: 213).

Vi ønsker også at sætte fokus på dispositivets transformative karakter. I vores første delanalyse vil vi, som Foucault gjorde i *Overvågning og Straf*, iagttage, hvordan linjerne over tid reproduceres og forandres.

Vi er altså fanget af samme interesse, som da Foucault iagttog straffenes transformationer – kontinuiteterne og bruddene. Men vores interesse er specifikt i sundhedspolitikken på ældreområdet i det danske samfund. Hvad er det for en viden og strategisk logik, der ligger bag den nuværende sundhedspolitik.

Inden vi opsummerer vores analysestrategi, vil vi nedenfor kort præsentere den *sikkerhedsskabende biopolitik og kontrolsamfundet*.

Den sikkerhedsskabende biopolitik og kontrolsamfundet

"Indenfor hospitalssystemet kender den nye lægekunst 'hverken til læger eller syge' og afdækker potentielt syge og risikogrupper" (Deleuze, 2006b: 218)

Denne indgangsbøn ved Deleuze skal give indtryk af, hvorfor vi interesserer os for sikkerhedsskabende dispositiver og i forlængelse heraf biopolitik. Deleuze og Foucault mente, at den dispositive udvikling imod det sikkerhedsskabende – har skabt en krise for institutionerne: fængslet, hospitalet, fabrikken, skolen og familien er ikke længere så bundsolide (Deleuze, 2006b: 213). Deleuze iagttager en stigende grad af livslang læring, hjemmebesøg fra sundhedspersonalet og nye hybride familieindretninger.

De sikkerhedsskabende dispositiver er udbedrende teknologier, der har til formål at etablere et beredskab, der gør det muligt at handle på det uventede og tilfældige (Raffnsøe et al., 2008). Det er ofte den stigende viden om menneskekroppen, som skaber nye objekter for magten (Lemke, 2011: 35). Denne nye viden om menneskets biologiske funktioner danner grundlaget for en ny biopolitik. Den moderne stat arbejder her både med borgerne som aggregeret totalitet og som enkeltindivider med et selvforhold, og begge dimensioner kan gøres til genstand for styring (Mik-Meyer et al., 2007: 17). Den aggregerede *"befolkningskrop"* er et socialt objekt kendetegnet ved fødsels- og dødsrater, helbred, livsstil, produktivitet samt cirkulationen af velstand. Det er i befolkningskroppen, at de sikkerhedsskabende teknologier skal gøre os beredt på de farer og risici, som er forbundet med at være en mangfoldighed af biologiske menneskekroppe (Lemke, 2011: 37). Menneskelivets biologiske funktioner bliver et abstrakt, dynamisk princip, som forener organismerne (Lemke, 2011: 48). Målet er at opnå en optimal middelvej indenfor



menneskekroppens mange forskellige praksisser, og det vigtigste pejlemærke bliver *normen*. Magtens effekt distribueres nu omkring normen i stedet for loven (Lemke, 2011: 39). Ifølge Foucault er det også udviklingen af det liberale samfund og den teoretiske samfundsøkonomi, som tilbyder hidtil ukendte

interventionsmuligheder. På baggrund af liberal, lægevidenskabelig og samfundsøkonomisk viden opstår "befolkningen" som objekt, og nu kan dispositiverne udskifte dominans, lovgivning og pligt med mere subtile metoder: laissez-faire, motivation og stimulans (Lemke, 2011: 47). Befolkningen er ikke længere kun objekter for magten som juridiske personer, men nu også som levende væsener med en fastlagt kurve for optimal levevis. Nu bliver individerne objekter for biopolitik.

Vi vil undersøge, om man kan iagttage samme udvikling i den danske sundhedspolitik's interesse for ældrebefolkningen. Finder forebyggelsen sin styrke i en række sikkerhedsskabende og biopolitiske mekanismer? Vi ved i hvert fald, at man nu afholder oplysende temamøder for at "inspirere de ældre" i deres ældre liv.

Vores arbejdshypotese er, at denne udvikling kan iagttages i den danske sundhedspolitik's udvikling på ældreområdet over de seneste år. Endvidere er det muligt, at vores case – temamødet – og lignende oplysende teknologier netop er eksempler på sikkerhedsskabende teknologier, som anviser den danske befolkning den optimale levevis.

Fra metode til analysestrategi

I ovenstående introduktion til Foucault og Deleuze har vi konditioneret vores videnskabelige blik på det sociale. Vi vil nu opsummere vores analysestrategiske design. Vi gør dette for at disciplinere vores blik yderligere, inden vi går videre til analyserne.

I 'traditionelle' empiriske studier vil der altid være et enten implicit eller eksplicit metodedesign, der på gennemskuelig vis beskriver, hvordan forskeren vil gennemføre sin forskning og i forhold til hvilke antagelser. Man kan sige, at det er det samme, vi vil gøre her, men vores fokus er ikke på 'traditionelle' metodevalg. Som Andersen har specificeret kan analysestrategi indsættes på den traditionelle metodes plads, som et nyt forhold mellem teori og empiri (Andersen, 1999: 183).

Grunden til, at det bliver nødvendigt for os at arbejde med en analysestrategi og ikke et traditionelt metodedesign, skal findes i vores forskningsinteresse. Vores interesse i dette studie er at undersøge sundhedspolitikken på ældreområdets historiske tilblivelses- og transformationsbetingelser. Vi spørger til, hvordan forestillingen om "den aktive, selvhjulpne fysisk funktionelle ældre" er dannet, hvilke nye begreber der er dukket op i gennem tiden og hvilket indhold, der har været og er i begreberne.

Vores forskningsinteresse er som tidligere beskrevet *ikke* at fælde dom over hverken sundhedspolitikken, temamødet eller tanken om "den aktive ældre". I stedet vil vi undersøge opkomsten af disse begreber og forståelser, så vi kan sige noget om, hvordan sundhedspolitikken og temamødet påvirker liv, adfærd, frihed og ansvar (Andersen, 1999: 10).

Sagt med Andersens ord er vores analysestrategi en anden-ordens-iagttagers strategi for iagttagelse af, hvordan det sociale emergerer i iagttagelser (Andersen, 1999: 151). En anden-ordens-iagttager *vælger*, i hvilket teoretisk skær forskningsgenstanden skal fremstå. Det er derfor, at vi siger, at vi vil konditionere et videnskabeligt blik. Udformningen af en analysestrategi består af flere valg bl.a. 1) valg af *ledeforskel*, 2) konditionering af ledeforskel, og 3) valg af *iagttagelsespunkt* (Andersen, 1999). Vi har fremlagt disse valg i introduktionen til Foucault og Deleuze og vil blot kort opsummere vores analysestrategi.

Ledeforskelle i dispostivanalysen

En ledeforskel bestemmer, hvordan vi kan iagttage vores genstand. Med valget af Foucault, Deleuze og dispostivanalysen er der simultant givet to ledeforskelle. Vores genstand vil komme til syne både gennem ledeforskellen 'regularitet og spredning' og

gennem 'kontinuitet og diskontinuitet' (Andersen, 1999). Med dispositivanalysen og dens ledeforskelle får vi blik for regulariteten i spredningen af linjerne af lys, udsagn, praksis og subjektivering og kan analysere, hvordan netop denne regularitet fremtræder og ingen anden. Samtidig giver dispositivanalysen mulighed for at se, hvordan dette er dispositivt formet, og hvordan det transformeres.

Konditionering af ledeforskel og iagttagelsespunkt

Et andet væsentligt valg er, hvordan vi konditionerer vores iagttagelsespunkt. Vores iagttagelsespunkt afgrænser, hvilken problematik vi vil åbne og undersøge, og ud fra hvilken forståelse af problematikken. Den problematik, vi åbner i vores speciale, er "sundhedspolitikken disponering af ældrebefolkningen". Vores iagttagelsespunkter er sundhedspolitikken på ældreområdet og temamødet. Det er vigtige valg, fordi det fastholder vores analysestrategiske blik. Vi kunne – bare for at give et eksempel, også have valgt at se på boligpolitikken disponering af ældrebefolkningen, hvor man må gå ud fra, at en helt anden ældre ville træde frem i lyset, blive italesat og mødes med helt andre former for praksis.

Med valget af ledeforskel opstår der forskellige analysestrategiske udfordringer. Vi har tilkendegivet, at vi som dispositivforskere er interesseret i at hævde 'regularitet', 'kontinuitet' eller 'diskontinuitet' for at beskrive sundhedspolitikken som et socialt fænomen. Dermed bliver det vores udfordring at forklare, *hvornår* vi kan hævde regularitet i vores empiri, og *hvornår* vi kan dømme kontinuitet/diskontinuitet.

Vi kunne ikke sige på forhånd, hvor vores undersøgelse skulle slutte - hvor vi ser den "optimale" ældre borger. Det har været en konstant tilpasning til vores empiri, når vi igen og igen har forholdt os til, om dispositive havde mere at fortælle os. Når vi alligevel fandt afgrænsede regulariteter, brud og kontinuiteter, var det, når vi mente, at vores empiri genfortalte sig. For eksempel oplevede vi ved temamøderne, at vi begyndte at se det samme udspille sig under hver eneste deltagerobservation. Vores observationer var "mættede", hvis vi skal låne et ord fra kvalitativ forskning (Bryman et al., 2007). Så der kunne vi dømme regularitet eller kontinuitet. Omvendt var det, når vi kunne se, at regulariteten begyndte at sprede sig igen, at vi kunne se brud i den historiske delanalyse.

Det var en fortsat 'forholden-sig-til', om der var mere, der skulle beskrives for at kunne fremlægge den tilstrækkelige analyse af dispositivet.

Selv efter næsten et års studie af området, kan vi stadig ikke hævde, at vi har set alt og læst alt. Men vi har set og læst *nok* til, at vi begyndte at opleve gentagelser i empirien. Og i empirien har vi også fundet mønstre, som viste brud på dispositivets kontinuiteter.

Skitsering af vores empiri

Når vi nu vender os mod et mere traditionelt metodeafsnit, er det ikke for at finde data eller argumenter, som vi kan bruge til at sige noget lovmæssigt om ældre, temamøder eller sundhedspolitikken. Det er ud fra et ønske om at vise, hvordan vi har mødt og arbejdet med vores empiri.

Vores analysestrategi giver mulighed for at analysere alt fra tekster til interviews, deltagerobservationer og statistisk materiale (Bjerg et al., 2006). Empirien er brugbar så længe den giver adgang til data om feltet, der kan give os muligheden for at beskrive dispositivets linjer mere udtømmende og detaljeret.

Til at undersøge sundhedspolitikken på ældreområdet og temamødet har vi foretaget desk research, interviews med ældre borgere og eksperter, samt observeret temamøder i alle Københavns bydele. Sammenlagt er det blevet til data fra:

1. Observationer fra 10 temamøder (Bilag 2-8)
2. Observationer fra flere forebyggerfora
3. Tre interviews med forebyggere (Bilag 9-11)
4. Otte interviews med i alt ni ældre borgere (Bilag 15-22)
5. To "ekspertinterviews" med i alt 3 eksperter (Bilag 13-14)
6. Større mængder tekstmateriale om sundhedspolitik

Desk research

Desk research har først og fremmest handlet om at finde bøger, rapporter, undersøgelser, vejledninger og retningslinjer om sundhedspolitikken på ældreområdet. Det har handlet

om at gennemlæse en vis mængde tekstmateriale for at få et indblik i den historiske udvikling på sundhedsområdet, så vi kunne foretage en analyse heraf.

På baggrund af gennemlæsning af omkring 200 enheder (bøger, rapporter etc.) og vores ekspertinterviews har vi udvalgt tekstmaterialet til vores tre perioder i den historiske dispositivanalyse. I denne udvælgelsesproces har Videnscenter på Ældreområdet og Det Kongelige Biblioteks databaser været afgørende knudepunkter. Begge er væsentlige institutioner, som vi kunne gå til for at få relevant viden omkring feltet. I processen af at læse de omkring 200 enheder identificerede vi tre perioder, som havde signifikante tekstuelle knudepunkter: 1) Sundhedsstyrelsens rapporter om ældreområdet fra 2006-2011 (som især fokuserer på forebyggelse), 2) Rapporter af den første ældrekommission fra 1980-1982, som repræsenterer et tydeligt dispositivt brud og 3) Sundhedspolitisk tekstmateriale fra 1965-1969 udgivet af bl.a. Socialforsknings Instituttet og Finansministeriet, som repræsenterede en tiltagende og nytænkende tilgang til ældreområdet.

Kvalitative interviews

For at få bredere kendskab til den historiske udvikling i sundhedspolitikken på ældreområdet har vi foretaget dybdegående kvalitative interviews med tre eksperter:

- Henning Kirk: (Bilag 13)
Aldringsforsker og læge, dr.med. Tidligere var han leder af Gerontologisk Institut. Han har skrevet en lang række bøger, artikler og kronikker om aldring, sygdom og sundhed.
- Mikkel Vass: (Bilag 14)
Post Doc og læge, dr.med. Han var med til at starte forbyggende hjemmebesøg i Danmark og arbejder fortsat med forskning på ældreområdet.
- Carsten Hendriksen: (Bilag 14)
Lektor, overlæge, dr. med. Han var ligeledes med til at starte forbyggende hjemmebesøg i Danmark og arbejder fortsat med forskning på ældreområdet.

Til den synkrone analyse har vi interviewet ni ældre københavnere over 75 år, der har deltaget ved et temamøde i Københavns Kommune (Bilag 15-22). Vi har talt med borgere i alle Københavns fem bydele, og herigennem har vi fået viden om de ældres hverdag, deres oplevelse af temamødet og deres liv med sundhed. Borgerne er vi kommet i kontakt med på de temamøder, hvor vi deltog som observatører.

Derudover har vi interviewet med tre forebyggere fra forskellige bydele.

Deltagerobservationer

Da vi havde brug for et dybdegående indblik i, hvordan det nye tiltag om temamøder fungerede i praksis, valgte vi at udføre deltagerobservationer. Der er forskel på, hvad folk siger, og hvad de rent faktisk gør. Netop derfor kan det være vigtigt at supplere en interviewundersøgelse med deltagerobservation. Med deltagerobservationer kunne vi iagttage, hvordan temamødet forløb og dermed få blik for ting, som informanterne ikke gjorde os opmærksomme på, men som var vigtige for vores beskrivelser.

Analyse af empiri

Som det sidste inden vi går til analyserne vil vi vise, hvordan vi har behandlet vores empiri. Vores analysestrategi giver os den opgave at iagttage sammenhænge og brud på kryds af de meget forskellige linjer i dispositivet. Derfor lavede vi et specifikt dokument ud fra vores analysestrategi, som skærpede vores blik yderligere i forhold til de enkelte linjer. Vi brugte dokumentet i gennemlæsningen af vores empiri, og håber også det her vil give læseren et sidste overblik inden analyserne.

Analytisk niveau	Hvad er det?	Hvilken funktion har det?	Giv et eksempel!
Linjer af lys	En linje af lys er "et virkeligt objekt", og det er derfor en uundgåelig del af det sociale. De ses meget materielt (fx fysisk aldring), men kan også være abstrakte (fx den nødvendige økonomiske vækst)	"Virkelige objekter" har karakteristika, som afkræver en bestemt handlen af individerne eller passer ind i en særlig kontekst. De findes før ideerne og adfærden, da de muliggør disse.	"Fysisk aldring" er et virkeligt objekt for forebyggerne, lovgivningen og sundhedsvidenskaben.
Linjer af udsagn	Et udsagn er en del af det sigelige, som universaliserer og naturliggør. De er hensigtsbestemmende funktioner, der fokuserer på det samme som forskeren.	Udsagnene klassificerer, oversætter og hierarkiserer. De normerer bestemte liv og typer af adfærd. De har et klart taktisk element og samles i diskursformationer.	"At forebygge sygdomme kræver, at..." "Fald er ikke en naturlig del af det at blive gammel."
Linjer af praksis	Praksislinjerne kan iagttages som teknikker, mekanismer eller teknologier. De er praktiske	Praksislinjerne behandler menneskekroppe efter en bestemt mål-middel tankegang. De forhåndsdisponerer,	Opdeling i grupper til temamødet – en særlig strukturering af kroppene, som kræver, at deltagerne ser, siger og sidder på en

Analytisk niveau	Hvad er det?	Hvilken funktion har det?	Giv et eksempel!
	instrumenter og institutionelle procedurer.	så bestemte iagttagelser bliver selvfølgelige.	bestemt måde. Åbner fx en mulighed for pædagogik.
Linjer af subjektivering	Subjektiveringslinjer minder om praksislinjer, men er et individs forholden sig til sig selv. En bestemt praktisering "af sig selv".	Subjektiveringslinjerne tilbyder individer selvobjektiveringer via ritualer, planer, dagbøger og eksperter. De er redskaber, som individet kan benytte til at isolere objekter i sig selv som videns- og styringsobjekter.	Morgengymnastik – en særlig strukturering af praksis, hvor den ældre danner et bestemt selvforhold.
Dispositivets strategi	Dispositivets overordnede strategi er forskerens konstruktion. Det er en regularitet i krydsningen af lys, udsagn, praksis og subjektiveringer. Strategien er en tendens – ikke en lovmæssighed.	Dispositivets linjer forbindes i en strategisk funktion. Denne strategiske funktion opdeler det sociale.	Forebyggelsen som overordnet social funktion. Disciplinen som overordnet social funktion.

Figur 2 – En model, der skærpede vores blik i gennemgangen af vores empiri.

Delanalyse 1 - Den historiske dispositivanalyse

Vi vil nu gå til den historiske tekstanalyse på baggrund af vores dispositive analysestrategi. Som tidligere beskrevet, vil analysen have mange elementer til fælles med en mere 'traditionel' semantik- eller diskursanalyse, men der vil være den forskel, at vi ikke kun interesserer os for objekter og udsagn, men også for linjerne af praksis og subjektivering. Vi ønsker at analysere de selvfølgeligheder og logikker, som sundhedspolitikken omgiver ældrebefolkningen med, for derefter at fremanalysere de brud og kontinuiteter, som har kendetegnet den dispositive udvikling på området.

Udgangspunktet for første del af vores historiske analyse har været en nærlæsning af otte rapporter, som Sundhedsstyrelsen har udgivet i perioden fra 2006 til 2011. Fælles for disse rapporter er, at de kommer med retningslinjer for, hvordan man sundhedspolitisk bør forholde sig til ældrebefolkningen. På den måde sætter rapporterne rammen for den nutidige måde at møde ældre på. Den første opgave har været at fremanalysere dispositive sammenhænge på kryds af rapporterne i denne periode. Derefter har vi vendt blikket mod fortiden for at identificere kontinuiteter og brud i de sundhedspolitiske dispositioner for ældrebefolkningen. Vi har valgt at afgrænse tilbageblikket til to perioder. Begge er udvalgt på baggrund en mere generel gennemgang af tekstmateriale fra hele det 20. Århundrede. En gennemgang, der har været mulig på grund af viden indsamlet fra Videnscenter for Ældreområdet og Det Kongelige Biblioteks arkiver, og desuden det overblik, vi har fået med vores ekspertinterviews (Bilag 13; Bilag 14).

Den næste historiske periode er 1965-1969. Et centrum vi har valgt, fordi der i vores tekstanalyse viste sig et tydeligt knudepunkt her. Vi har valgt at fremstille perioden gennem teksterne fra serien "De Ældres Levevilkår", som Socialforskningsinstituttet udgav i perioden på baggrund af et større forskningsarbejde af de ældres levevilkår. Dette bliver suppleret med bl.a. en rapport fra Finansministeriet og en vejledningsbog til omsorgsarbejdet med ældre. Perioden er således udvalgt, fordi der i denne tidsperiode er store mængder af relevante tekster, der som overordnet fremstiller de ældre som et nyt samfundsproblem. Et samfundsproblem der bl.a. viser sig igennem bekymringer om frykten for "eksplosionen" i antallet af ældre.

I den sidste periode vi vil analysere ældrekommissionens rapporter fra starten af 1980'erne. Ældrekommissions konklusioner og anbefalinger var endnu et brud på, hvordan man sundhedspolitisk iagttog ældrebefolkningen. De repræsenterer tilsyneladende en gennembrudsperiode for den forebyggelsestænkning, som senere kom til at præge ældrepolitikken.



Figur 3: Overblik over den historiske analyses empiri opdelt i tre afgrænsede perioder

Vi vil indledningsvist understrege, at denne historiske analyse udelukkende er et studie af sundhedspolitiske og -videnskabelige tekster om ældrebefolkningen. Vi vil ikke konkludere noget om udviklingen i lovgivningen eller andelen af ældre i befolkningen. Heller ikke om udviklingen i antal af tekster om ældre. Derimod vil vi analysere og konkludere på de linjer af lys, udsagn, praksis og subjektivering, som disse tekster tegner i det sociale. Hvad er det for dispositive virkninger linjerne tegner i og omkring de ældre? Og hvordan er virkningerne forskellige i vores tre udvalgte perioder af empiri? Det, vi ønsker med denne analyse, er at portrættere, hvordan de ældre fremstår i de forskellige tidsperioder. Hver gang vi fremanalyserer noget bemærkelsesværdigt i dispositivet - noget der former de ældre på en bestemt måde, vil vi "sætte en tegnestift". Vi gør dette for løbende at fremhæve vigtige pointer for analysen. Tegnestiften vil se således ud:



Sundhedspolitikken og ældrebefolkningen 2006-2011

Nu vil vi se nærmere på, hvordan ældrebefolkningen i perioden 2006-2011 er blevet behandlet i en række rapporter fra Sundhedsstyrelsen. Rapporterne forholder sig aktivt til den ældres sundhed. De rummer anbefalinger, retningslinjer og nogle steder politiske hensigtserklæringer; deres natur balancerer et sted imellem den videnskabelige evidens og den politiske retningslinje.

Fra dette afsnit vil læseren finde sammenhænge i to retninger af specialet: for det første, vil der være sammenhæng med vores studie af temamødet og dets gæster. Vi vil analysere, om dispositivets linjer kan genkendes i det samtidige initiativ. Her er ambitionen at supplere vores deltagerobservationer og interviews med et tekststudie af de rapporter, som tilbyder viden og rationalitet til temamødet. For det andet, ønsker vi at bruge studiet af disse rapporter som udgangspunktet for samme analyse af tekster fra sundheds- og ældrepolitikens fortid. Ved at identificere kontinuiteter og brud i forhold til de tidligere perioder, mener vi, at man tydeligere kan analysere de dispositive konsekvenser og udviklinger. Hvad er helt nyt i 2006-2011, og hvad er måske slet ikke nyt?

Linjer af lys og udsagn

Vi har vurderet, at det vil give den bedste sammenhæng, hvis vi i de historiske analyser behandler linjerne af lys og udsagn samtidigt. De to dimensioner er i tekstmaterialet konstant spundet ind i hinanden og tilbyder hele tiden hinanden yderligere indhold. Vi håber, at den valgte struktur giver læseren bedst mulig indblik i linjerne af lys og udsagn.

Den komplekse ældre kaster et flygtigt skær

Indledningsvist vil vi komme med en generel observation i forhold til linjerne af lys. Empirien er fyldt med iagttagelser, hvor der reflekteres over netop spørgsmålene: 'Hvordan kan vi iagttage de ældre? Hvad er det, der kendetegner deres sundhed og sygdom?' Besvarelsen af disse spørgsmål former de problemer, som man ønsker at være behjælpelig med. Det er en dispositiv ambition:

"Ved at stille dokumentation, rådgivning og inspiration til rådighed vil Sundhedsstyrelsen bidrage til at skabe et overblik over viden om ældres sundhed og de udfordringer og prioriteringer, som regioner og kommuner står over for i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse blandt ældre. Rapporten henvender sig til alle, der arbejder strategisk og planlægningsmæssigt med forebyggelse og sundhedsfremme på regionalt og kommunalt niveau" (Sundhedsstyrelsen, 2010a: 5).

Men det er nemmere sagt end gjort. Ældrebefolkningen er en kompleks størrelse, og de objekter, som skal være målet for sundhedsfremmende interventioner, er derfor svære at få entydige indtryk af. Man mærker det tydeligt ved iagttagelsen af den ældre medicinske patient. Her ligger en usikkerhed omkring linjerne af lys; en frustration, som mødes med klare anbefalinger:

"Det vurderes, at der er brug for et værktøj, der kan bidrage til, at regioner og kommuner kan få et overblik over, hvor mange ældre medicinske patienter, der er i målgruppen, således at planlægning understøtter den ældre medicinske patients behov" (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 6).

Men det er ikke tilstrækkeligt at udvikle ny viden om objekterne, det er afgørende at den nye viden bliver en del af sundhedspersonalets praksis. *"Udvikling af ny viden vil ikke i selv være tilstrækkeligt, idet det er et kendt faktum at selv kendskab til evidens ikke nødvendigvis medfører adoption og implementering"* (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 59). Mange steder i empirien peger linjer af udsagn i retning af, at de objekter, som skal findes for at støtte ældrebefolkningens helbred bl.a. kræver *"efteruddannelse/kompetenceudvikling"*.

(Sundhedsstyrelsen, 2011b: 64). Et eksempel er personalet på et plejehjem. For dem er det vigtigt at *"få generel sundhedsfaglig rådgivning om sundhedsfaglige problemstillinger, der er hyppigt forekommende, og som berører flere beboere"* (Sundhedsstyrelsen, 2011c: 7). De skal assisteres i deres iagttagelser af beboerne på plejehjemmene, så objekterne opdages og ses i det rigtige lys. Har personalet ikke den nødvendige viden til at iagttage de flygtige symptomer eller svækkelser, gør det beboerne sygere (Sundhedsstyrelsen, 2011c: 8).

Som en mulig løsning på problemet virker *evidensbaseret viden* afgørende i empirien. Et eksempel på de høje evidenskrav er en rapport om ældres mentale helbred, som næsten udelukkende foreskriver fysisk aktivitet:

"Da der primært er foretaget effektstudier af interventioner til fremme af fysisk aktivitet betyder det, at anbefalingerne handler om fysisk aktivitet og fx ikke om andre kendte forhold af betydning for ældres mentale sundhed som fx ensomhed, sociale relationer og deltagelse i meningsfulde aktiviteter" (Sundhedsstyrelsen, 2010b: 6).

Når vi taler om de objekter, som kendetegner ældrebefolkningens sundhed i perioden 2006-2011, er der altså tale om komplekse og flygtige størrelser. Det er dog ikke værre end, at vi i empirien har fundet tydelige regulariteter i, hvordan man iagttager og udsiger ældrebefolkningens sundhed.



Der begynder at tegne sig et mønster. I 2006-2011 kommer ældrebefolkningen, gennem den omfattende viden man har om dem, til syne som en kompleks befolkningsgruppe. Sandsynligheden for, at de ældre er, eller er ved at blive, syge og svagelige, iagttages som et behov for at *"gøre noget ved"* denne befolkningsgruppe.

Sundhedsstyrelsen har påtaget sig overblikket over ældrebefolkningens sundhed og behov. De kan på baggrund af en udfoldet videnskabelig forståelse – den evidensbaserede viden – fortælle, hvilke udfordringer sundhedspersonalet skal prioritere, og hvilken kompleksitet de møder i arbejdet med ældre.

Ældrebefolkningen bliver til i lyset af det store repertoire af dårligdomme og løsninger. Samtidig med at mængden af dårligdomme vokser, vokser kompleksiteten i ældrebefolkningens behov også.

Sagt med andre ord, øges behovet for flere evidensbaserede råd, så forskning, efteruddannelse og Sundhedsstyrelsens rapporter mm. kan motivere de ældres adfærd mod *"et bedre liv"*.

I dette aner man nogle tidlige konturer af et sikkerhedsskabende dispositiv, hvor samfundets møder ældrebefolkningen med en laissez faire, motiverende og inspirerende rolle. Der er nogle helt specifikke områder, der søges modereret hos de ældre i denne periode. Dem vil nu analysere.

Aktiv nok?

Et gennemgående tema i empirien er den ældres aktivitetsniveau, og det gælder både fysisk og social aktivitet. Individets aktivitetsniveau bliver i empirien ofte udsagt som et objekt, der er vigtigt at forskyde i den rigtige retning. *"Ældre, der er regelmæssigt fysisk aktive, klarer sig bedre end dem, der ikke er"* (Sundhedsstyrelsen, 2007: 13). At holde den ældres krop i gang er en vej til større sundhed. Den ældres fysiske aktivitet bliver et afgørende iagttagelsespunkt, når man skal identificere potentielle ældre medicinske patienter. *"For at de fagprofessionelle kan foretage tidlig opsporing af nedsat eller faldende fysisk funktionsniveau, kræver det, at den fagprofessionelle objektivt kan observere og beskrive funktionsniveauet og en eventuelt ændring i dette niveau med validerede, systematiske, let anvendelige "værktøjer"* (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 21). Det fysiske aktivitetsniveau er så tæt forbundet med den ældres generelle velfærd, at man kan iagttage det som en indikator for om sygdom er på vej. Hvad kendetegner så fysisk aktivitet? Udsagnene forbinder det med den enkelte ældres daglige gøremål: *"ved daglige gøremål forstås de ting, man plejer at lave."* (Sundhedsstyrelsen, 2010a: 53). Der er tydelige indikationer på, at der kan være fare på færde, og øget behov for at forskyde de ældres handlinger; *"den ældre giver udtryk for at kunne præstere mindre, end hun plejer. Samtidigt kan sundhedspersonen iagttage, at hun gør brug af et stigende antal hjælpemidler, som kompenserer for hendes aftagende fysiske kunnen. Det knyttes også tæt til objektive mål for den enkeltes mobilitet og kommunikationsevner."* (Sundhedsstyrelsen, 2010a: 26).

Der er god grund til at fokusere på den fysiske aktivitet: *"Kan man ikke længere være med fysisk, mister man let sin uafhængighed, bliver lettere socialt isoleret og får et større behov for social- og sundhedsydelse"* (Sundhedsstyrelsen, 2007: 13). I den forbindelse udsiges fald som et stort problem for ældrebefolkningen. *"Risikoen for fald er stigende efter 60-års alderen. Hver tredje over 65 år falder mindst én gang om året. Kvinder falder hyppigere end mænd. Fald skyldes ofte et samspil af flere forskellige faktorer"* (Sundhedsstyrelsen, 2007: 43). Desuden er der i dispositivet en gennemgående tendens til, at knytte den fysiske aktivitet med mulighederne for social aktivitet. Sociale relationer objektiveres som noget uundværligt, der øger den enkeltes livskvalitet og sænker presset på det offentlige sygehusvæsen (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 25, 29).



Med fysisk aktivitet ser vi i dispositivet et konkret pejlemærke, som fortæller, hvad det vil sige at være en del af ældrebefolkningen i årene 2006-2011. Som ældre skal du fortsat forholde dig til dit funktionsniveau. Der opstår med pejlemærket en norm for de ældres adfærd, der har en skyggeside: hvis ikke du sørger for, at holde din aldrende krop aktiv, bliver du afhængig af støtte, kommer til at opleve fald, du bliver socialt isoleret og bliver afhængig af offentlige ydelser. Hvis du omvendt er fysisk aktiv, bliver du et selvstændigt, socialt og spændende menneske. Lige så snart du når aldersgruppen 60+, bliver du en del af ældrebefolkningen og er i risikozonen for at træde udenfor ovenstående norm (hvis du falder etc.). Denne norm stadfæstes yderligere i et tidsperspektiv. Hvis funktionskurven er dalende, skal vi opspore grunden *tidligt*. Før er bedre end *senere*. Vi ender således med en ældrebefolkning, der konstant skal forsøge at opnå optimalt fysisk funktionsniveau.

Denne tydelige normsætning for ældrebefolkningen skitserer ligeledes et sikkerhedsskabende dispositiv.

Den optimale mentale sundhed

Når alderen trykker, er det ikke kun kroppen, der skal holdes aktiv. Den mentale sundhed er et andet element, der identificeres som et afgørende objekt for sundhedsfremme.

"Ud fra et menneskeligt og et samfundsøkonomisk perspektiv er der meget at vinde ved at fremme ældres mentale sundhed. Deltagelse i meningsfulde aktiviteter, gode sociale relationer og fysisk sundhed er nøglefaktorer i en indsats til fremme af ældres mentale sundhed" (Sundhedsstyrelsen, 2010b: 5).

Det er tæt forbundet med den fysiske aktivitet, som vi behandlede ovenfor, men den mentale sundhed skal iagttages igennem en anden optik. *"Psykisk velbefindende belyses ved spørgsmål om at have været nervøs, at have været så langt nede, at intet kunne opmuntre, at have følt sig trist samt at have været glad og tilfreds"* (Sundhedsstyrelsen, 2010a: 28). Den mentale sundhed er vigtig for at opmuntre ældre til at udføre daglige aktiviteter

(Sundhedsstyrelsen, 2010b: 12). Ligesom mange af de andre objekter, der identificeres i denne analyse, bliver mental sundhed forbundet med nogle grundlæggende udfordringer.

"Ældre som eksempelvis oplever sygdom, svære funktionstab, tab af sociale relationer (ægtefælle og venner), som overgår fra arbejdsliv til pensionisttilværelse eller som tager sig af syge og svækkede pårørende, kan være særligt sårbare i forhold til at få problemer med deres psykiske helbred" (Sundhedsstyrelsen, 2010b: 5).

Når man bliver gammel, er der altså god grund til at iagttage sin mentale sundhed.



Den mentale sundhed viser endnu en norm for normal aldring. Hvis du som ældre ikke er ved godt mentalt helbred, træder du ind i en risikozone. Den mentale sundhed bliver et styringsobjekt, der er til gavn for både individet og samfundsøkonomien - i dispositivet fremstår det som en win-win situation: du gør noget godt for dig selv, men det er også godt for fællesskabet. Det ligner den biopolitiske kobling mellem den enkeltes liv og viden om befolkningens samlede krop.

Den optimale medicinering

De mange forskellige sygdomme og svækkelser, som den ældre er i risiko for at få, giver anledning til udsagn om store medicinindtag. Der er ingen tvivl om, at den ældres medicinforbrug skal iagttages som en trussel: *"Ofte er der ikke et samlet og opdateret overblik over hvilke typer medicin patienten tager, og informationer om patientens aktuelle medicinforbrug er ikke tilgængelig på tværs af sektorerne"* (Sundhedsstyrelsen, 2011c: 20). Ambitionen er at: *"Den rigtige patient får den rigtige medicin, i den rigtige dosis, via den rigtige administrationsvej, på det rigtige tidspunkt og med den rigtige information."* (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 47). Men der er problemer, som er skyld i den store opmærksomhed, ikke mindst effekten af polyfarmaci (anvendelsen af flere medikamenter samtidigt) (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 49). Derfor findes der også linjer af udsagn, som tegner ret konkrete anledninger til at være opmærksom på medicinforbruget, fx *"behandling med 6 lægemidler eller flere"* (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 11). I 2011 udtrykkes der glæde ved, at medicinforbruget



skal objektiviseres yderligere gennem det fælles medicinkort (FMK). *"FMK skal inden udgangen af 2011 tages i anvendelse af almen praksis, hvilket gør, at alle patienter fremover får et elektronisk medicinkort, der afspejler deres aktuelle medicinstatus"* (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 51). Nu skal den enkeltes medicinforbrug iagttages og kontrolleres systematisk via en offentlig database.



I de ældres medicinforbrug ses også grundlaget for en sikkerhedsskabende mekanisme. De ældre har ansvaret for, at de forskellige mediciner, tidspunkter, vejledninger mv. bliver overholdt, så de ikke får for lidt eller for meget medicin. Der er konstant risiko for, at ældrebefolkningen bliver fejlmedicineret, og der gives videnskabelige retningslinjer for at undgå dette. Den enkelte ældres krop skal så ofte som muligt kontrolleres med sundhedspersonalets ekspertviden om medicinering. I forhold til medicineringen kommer behovet for fortsat kontrol af de ældres adfærd endnu tydeligere til udtryk end i de foregående dimensioner. Med det nye medicinkort og databasesystem fremdyrkes en sikkerhedsskabende mekanisme, hvor den enkelte ældres medicinering konstant kan iagttages og optimeres af videnspersoner.

Den optimale ernæring

Medicin er ikke det eneste som ældrebefolkningen putter i munden, den ældres ernæring er også objekt for megen opmærksomhed. *"Mange plejkrævende ældre er småspisende og underernærede. Dette kan dog også gælde for ældre, der kan klare sig selv. Uanset om der er tale om*

den ene eller den anden gruppe er det et stort problem, både for det enkelte individ og samfundet” (Sundhedsstyrelsen, 2007: 27). For at sikre den ældre et godt helbred skal hun altså have en optimal ernæring; *”Forekomsten af dårlig ernæringstilstand blandt ældre er højest blandt de sårbare ældre medicinske patienter og mindst blandt de raske ældre”* (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 23). Ligesom med flere andre objekter kan man se et dialektisk forhold mellem ernæringstilstanden og den generelle funktionsevne. Hvis den ældre spiser uhensigtsmæssigt, så bliver hendes generelle tilstand dårligere. Men samtidigt kan dårlige kostvaner også iagttages som indikatorer for, at den ældre generelt er i dårlig forfatning. Derfor indkredses tydelige objektiveringer af den ældres ernæring: *”Ældre på plejecentre og i hjemmeplejen bør vejes regelmæssigt, fx en gang månedligt, så man kan gribe ind på et tidligt tidspunkt over for vægttab og underernæring. Ved aktuel sygdom bør de ældre medicinske patienter vejes hyppigere, for eksempel en gang ugentligt”* (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 24). Som det udsiges i empirien, er den optimale ernæring en konstant balancegang, da der er risiko for både over- og undervægt (Sundhedsstyrelsen, 2007: 26).

Sundhedsskadelige vaner som tobaksrygning og alkoholforbrug bliver ligeledes objektiveret som åbenlyse mål for intervention. Her kan der høstes store sundhedsgevinster til den ældre (Sundhedsstyrelsen, 2007: 17, 21).





Ligesom ved de andre objekter i dispositivet ser vi med kost og ernæring en taktik til at optimere ældrebefolkningen. Sundhedsstyrelsen ved, at et tydeligt vægttab hos den ældre er en indikation på øget risiko for, at den ældre afviger fra normen. Omvendt skal den ældre heller ikke veje for meget, da det også kan nedsætte deres funktionsniveau. Det er et tydeligt eksempel på balancering i forhold til en norm. Dispositivet møder ikke de ældre, som fx i det disciplinære dispositiv, med en forståelse for at et element, kan blive uddrevet en gang for alle (som fx kriminalitet, når du er i fængsel). Undervægt og overvægt er elementer, der fortsat og uendeligt skal balanceres i forhold til den optimale kost og normalvægten.

Her ses igen en accentuering af normen gennem tidsperspektivet: *før* er bedre end *senere*, og *ofte* er bedre end *sjældent*, når det kommer til kontrol af de ældre. Det giver størst mulig chance for at præge ældrebefolkningens handlinger så de bevæger sig i den "rigtige" retning.

Det endelige mål: uafhængig og velfungerende

Vi har nu set på de forskellige områder, hvorigennem ældrebefolkningen i 2006-2011 skal optimeres. Men hvad er så det optimale, som ældrebefolkningen konstant bliver afvejet imod? Linjerne af lys og udsagn peger i én retning: *"Et meget grundlæggende princip i den danske ældreomsorg er, at det skal tilstræbes, at den ældre bevarer sin autonomi og selvstændighed længst muligt"* (Sundhedsstyrelsen, 2011c: 5). Den ældre skal være uafhængig og velfungerende! Men objekterne skaber særlige præmisser for, hvordan det kan opnås. Som det begynder at være skitseret her i analysen, findes der en gensidig afhængighed mellem de objekter, som udsagnene interesserer sig for (se bl.a. Sundhedsstyrelsen, 2007: 45). Det understreges flere gange, at når et enkelt objekt: kost, medicin, motion mv. iagttages, skal man være opmærksom på samspillet med andre skadelige objekter i og omkring individet. *"Foruden en vurdering af den aktuelle sygdom/tilstand kræver det, at hele patientens situation (andre sygdomme samt hverdagsliv) inddrages"* (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 31).

Det er disse styringsobjekter, der lægger grundlaget for den ældres mere overordnede velfærd – de kan være årsag til, eller give indikation af, mere generelle helbredsproblemer.



Dispositivet kommer til syne med et overordnet ønske om konstant at kunne iagttage og påvirke, hvor godt eller dårligt de ældre fungerer og graden af selvstændighed. Målet er, at få de ældre til at være uafhængige og velfungerende gennem alle de ovenfor beskrevne normer om optimal aktivitet, mental sundhed, medicinering og ernæring.

Statistik over døde kroppe bliver til levende menneskers liv

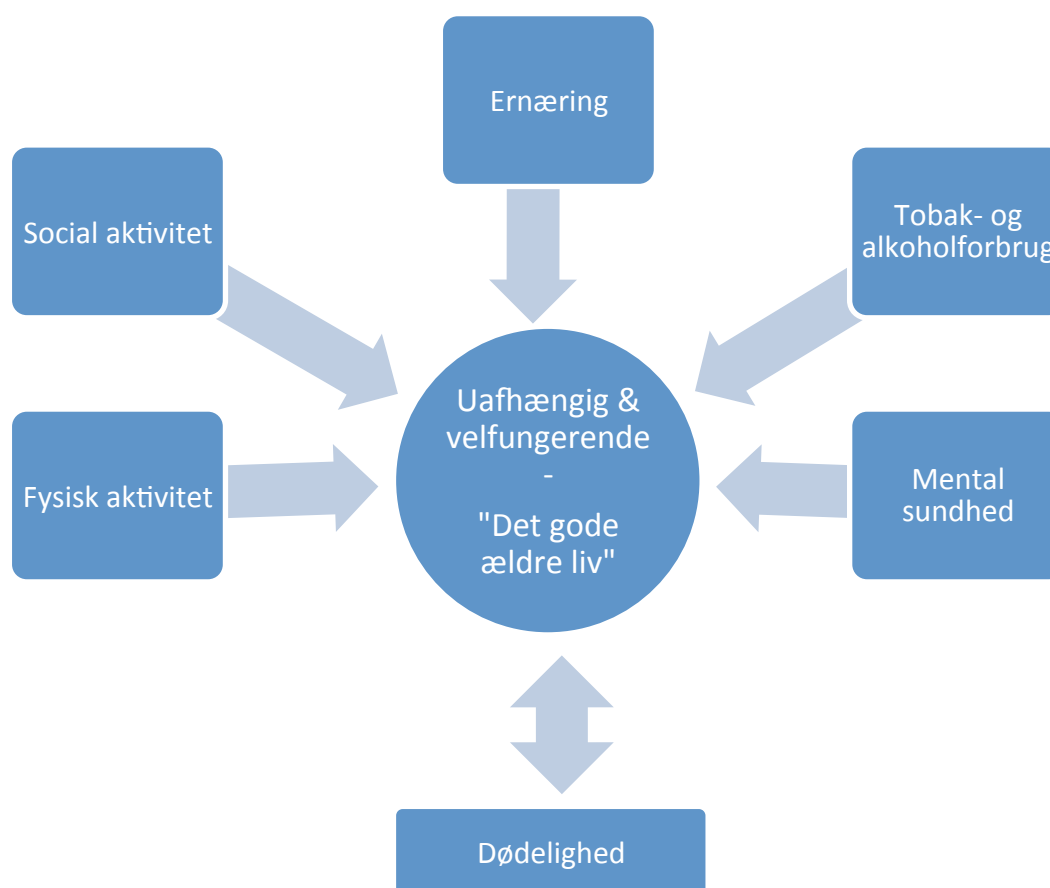
Men linjernes funktion stopper ikke ved det overordnede funktionsniveau. Dispositivets taktikker får en særlig pondus ved eksplicit at kæde udviklingen i den enkeltes funktionsnedsættelse sammen med det uundgåelige: det enkelte individs restlevetid – *"dødeligheden"* (Sundhedsstyrelsen, 2010a: 28). Dødeligheden er et det uundgåelige, som skal udskydes så længe som muligt. Det er en risiko, som den enkelte ældre skal forsøge at skyde fra sig ved aktivt at forholde sig til linjerne af lys. *"Der er fundet en konsistent evidens for effekten på dødelighed"*, udsiger man om et objekt, som skal hjælpe den ældre med ikke at dø (Sundhedsstyrelsen, 2011a: 108).

Døde kroppe bliver til levende menneskers dødelighed ved statistisk at opgøre, hvor mange der dør per 100.000 danskere differentieret i grupper fra alderen 65 og op. Så kan det eksempelvis noteres, at dødeligheden *"for alvor sætter ind blandt de 80-årige og derover"* (Sundhedsstyrelsen, 2010a: 22). Ældrebefolkningen lever altså med dette mærke, dødeligheden, som Sundhedsstyrelsen iagttager og fortæller om. Man fortæller, at gennem det 20. århundrede er ældredødeligheden faldet markant. Faldet kalder man *"multifaktorielt"*, det skyldes både *"kohorteffekter"* og *"periodeeffekter"*. Hvilket betyder, at de ældres dødelighed er et mangesidet produkt af deres generations livsførelse og det omskiftelige samfund, som de har levet i. Her aner man en direkte biopolitisk iagttagelse. Der er ikke tale om en dressering af de individuelle legemer, som ved disciplinen, men der er tale om en regulering af et fælles samfundslegeme – *"ældrebefolkningen"*.

Sundhedspolitikken skal afvende eller neutralisere de farer, der opstår som følge af en ældrebefolkningens samliv som biologisk helhed.



I følgende figur illustrerer vi, hvordan de elementer vi har observeret i linjerne af lys og udsagn kædes sammen med dispositivets overordnende mål: ældrebefolkningens autonomi og velfunktion. Figuren viser, hvordan ældrebefolkningen i 2006-2011 konstant skal balancere lysets objekter, hvis de skal leve 'det gode ældre liv'. Det kan iagttages, at ældrebefolkningen opstår som en teknologi til at opnå balance og ligevægt, og denne ældrebefolknings formåen vejes hele tiden op i mod deres dødelighed.



Figur 4: Objekternes forhold til ældrebefolkningens overordnede funktionsevne og dødelighed

Linjer af praksis

Efter ovenstående analyse af linjerne af lys og udsagn, som omgiver ældrebefolkningen i perioden 2006-2011, vil vi nu bevæge os over i en analyse af de linjer af praksis, der tegnes. Linjer af praksis er, som beskrevet tidligere, teknikker, der giver dispositivet sin virkning. Med andre ord handler det om, hvilke praksisser der regulerer ældrebefolkningens adfærd hen imod dispositivets overordnede mål.

Komplekse tider kræver komplekse handlinger

Det er ikke et nemt spørgsmål at besvare: hvordan forholder man sig strategisk til en myriade af flygtige objekter, som ikke kan behandles med en enkelt vaccine, bandage eller operation? Rapporterne fra perioden ønsker nye interventionstyper taget i brug:

"Der findes en række interventionsforsøg, der viser, at såkaldte komplekse eller multifaktorielle interventioner over for ældre voksne kan bidrage til at bevare deres funktionsniveau i længere tid, og dermed udsætte tab af funktionsevne, hospitalsindlæggelser, afhængighed af hjælp, anbringelse på plejehjem samt mindske risikoen for fald" (Sundhedsstyrelsen, 2011a: 110).

Her er der tale om en ny form for møde mellem sundhedspersonalet og den ældre, hvor man ikke iagttager sygdommen (i bestemt form), men hvor den ældres komplekse helhed af sygdomme, svagheder og livsbetingelser træder i fokus. *"Jo flere faktorer, der er i spil hos den enkelte patient og jo sværere den enkelte faktor er påvirket, jo større er sandsynligheden for, at der kræves en differentieret, tværfaglig, flerstrengt og sammenhængende indsats fra hele sundhedsvæsenet"* (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 18). Der er tale om interventioner som de forebyggende hjemmebesøg. Sådanne interventioner giver en privilegeret adgang til de objekter, som skal forskydes. *"De forebyggende hjemmebesøg kan bruges til at informere ældre borgere om sund levevis angående kost, fysisk aktivitet, alkohol, tobak og faldforebyggelse samt henvise til relevante sundhedstilbud"* (Sundhedsstyrelsen, 2007: 9).

Men interventionerne skal ikke blot række ind i den ældres hjem og liv, de skal være forskelligartede og hyppige, hvis man fx vil identificere potentielle ældre medicinske patienter. Den hyppigt tilbagevendende intervention er nødvendig for tidligst muligt at

identificere linjer af eksempelvis nedsat fysisk aktivitet, faldtendens, underernæring, ensomhed eller begyndende sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 20).

Iagttagelserne af ældrebefolkningen åbner op for forebyggende indsatser, som den mest effektive teknik til at påvirke linjerne af lys. *"Mennesker er ikke enten syge eller ikke syge. Risiko for sygdom er et kontinuum i det enkeltes menneskes liv, og uden den generelle besøgspraksis mister man muligheden for at identificere dem, hvor den forebyggende indsats kan nytte"* (Sundhedsstyrelsen 2006: 8). Formålet med hjemmebesøg fra fx praktiserende læger *"er ikke akut behandling, men at få foretaget en samlet vurdering af den ældres sundhedstilstand, herunder den ældres ressourcer, funktionsevne, helbred og mentale status med henblik på at forebygge og begrænse eventuelt begyndende sundhedsproblemer"* (Sundhedsstyrelsen, 2011c: 21).



De indledende linjer af praksis gør os opmærksom på at man i 2006-2011 ser forebyggende intervention, som den mest effektive teknik til at regulere ældrebefolkningen.

Interventionen er kortvarig, men hyppigt tilbagevendende

Den aldrende befolknings stigende sygelighed, medicinering, hospitalsforbrug og de voksende folkesygdomme bliver iagttaget som et stort forebyggelsespotential (Sundhedsstyrelsen, 2010a: 5). Som beskrevet ovenfor åbner linjerne af lys og udsagn for en forebyggende taktik, der er hyppigt tilbagevendende. Objekterne og deres funktioner kræver en praksis, som bevæger sig tæt ind i den ældres hverdag og hjem (Sundhedsstyrelsen, 2006: 6).

"Ved tidlig opsporing hos den ældre medicinske patient af en tilstand/sygdom handler det i høj grad om løbende observation af forandringer i den vanlige tilstand i hverdagen, og at der er behov for en høj grad af kvantitet, kontinuitet og systematik i hverdagsobservationerne" (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 26).

Praksissen bevæger sig ikke bare ud i de enkelte hjem, men også ud i samtlige kroppe ældrebefolkningen kan møde som repræsentanter for sundhedsvæsenet. *"Alle, der er i kontakt med ældre, bør vide hvad, der tilbydes og hvor"* (Sundhedsstyrelsen, 2007: 14).

Forebyggelsesindsatsen overfor ældrebefolkningen tager form som en intens og hyppig kontrollerende praksis. Der er altid grund til at iagttage den ældre, hvis ikke for at iagttage nuværende sygdomme, så skal sundhedspersonalet i hvert fald forsikres om, at intet skadeligt er under opsejling.



Af ovenstående fremgår det, hvordan dispositivets praksis omkring den ældre borger er optimal. De sikkerhedsskabende taktikker kræver en kortvarig, men tilbagevendende intervention. Ældrebefolkningen skal konstant mødes af forskellige mennesker og organisationer i sundhedsvæsenet; samtidigt skal de ældre kroppe konstant iagttages fra forskellige vinkler, da samtlige dimensioner er potentielle bomber under sundheden.

Kontrol med gode intentioner

Vores analyse af kontrollen kan måske virke en smule dramatisk, men linjerne som tegner kontrollens logik og anledning er meget tydelige i empirien. Faktisk så tydelige, at flere af rapporterne gør sig overvejelser om kontrollens konsekvenser, muligheder og begrænsninger. *"Det er ikke usædvanligt, at der er en modvilje mod det offentliges indblanding i den private sfære og i måske indgroede sundhedsvaner"*, som det bemærkes (Sundhedsstyrelsen, 2007: 56). Den enkeltes hjem og livsstil kan være et potentielt minefelt at betrede for den gode forebygger:

"Allerede i det øjeblik den professionelle forebygger træder ind i borgerens private hjem rejser der sig en række etiske overvejelser. Forebyggende hjemmebesøg er en indgriben i menneskers liv, som – hvis det udføres af motiverede og kompetente personale – kan udvikle sig til gavn for borgeren. Men besøgene kan også opfattes af borgeren som en overskridelse af integriteten og selvstændigheden" (Sundhedsstyrelsen, 2006: 20).

Det er nødvendigt med et klart element af frivillighed, førend interventionerne kan retfærdiggøres: *"Det afgørende er, at den sundhedsprofessionelle møder den ældres behov og ønsker og viser forståelse for, at vedkommende måske ikke kan eller vil ændre sin livsstil"* (Sundhedsstyrelsen, 2007: 56). Der observeres et paradoks i praksissen, siden det intervenserende sundhedspersonale jo har evidens for, hvad der er bedst for den enkeltes sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2006: 20). Men der er et tydeligt problem i det faktum, at forebyggelsesinterventionerne kan iagttages som kontrol:

"Det kan være indstillingen, at det bør være op til den enkeltes vurdering om noget er sundt eller ej. Vi vurderer, at problematikken vedrørende hvorvidt forebyggelse er et spørgsmål om kontrol af individet fra det offentliges side, kan være en barriere for anvendelsen af hjemmet som arena" (Sundhedsstyrelsen, 2006: 21).



Skal dispositivet have sin virkning, bør interventionen ikke kun foregå hyppigt og kortvarigt, den skal hvile på to elementer: 1) den evidensbaserede viden og 2) borgerens frivillighed. Den enkelte ældre kan ikke optimeres gennem forebyggelsestiltag, hvis ikke hun selv imødekommer interventionen. Ind i mellem virker det næsten paradoksalt, at de ældre ikke bare kan tvinges til optimal livsførelse – *er de gode intentioner nødvendige?*

Men måske er det her, at dispositivet viser sin sande styrke: den konstante normsætning for livsførelse er nøglen til dispositivets funktion. Med sine evidensbaserede normer for det gode liv, kan det næsten blive underordnet, at der er så markant et element af frivillighed i praksissen. For kan man undsige sig forebyggelsen uden, at det automatisk bliver et tilvalg af en krop i forfald og i sidste ende en tidlig død? Vi vil vende tilbage til dette spørgsmål i den opsamlende diskussion af analyserne.

Linjer af subjektivering

Den iagttagede empiri giver os ikke mulighed for at identificere konkrete linjer, hvormed et individ forholder sig til sin egen subjektivering. Det er dog tydeligt, at linjerne af lys,

udsagn og praksis forholder sig til ældrebefolkningens subjektiveringslinjer. Det vil vi kort analysere i dette afsnit.

Sundhed og sygdom byder indenfor

Som analysen indtil nu har vist, har den enkelte livsførelse en særlig betydning for ældrebefolkningens samlede sundhed. *"Det specifikke formål med besøget hos den enkelte er ikke bestemt på forhånd, men fokus bestemmes af borgerens eller familiens behov"*

(Sundhedsstyrelsen 2006: 4). Sundhedspersonalet får adgang til objekterne ved at være i den ældres nærvær.

"Borgeren føler sig tryk ved én til én kontakt i vante omgivelser og skal ikke tænke på at arrangere transport. Ved at opleve borgeren i eget hjem, er det lettere for besøgeren at vurdere trivsel og den samlede funktionsevne og få inddraget praktiske problemer i hverdagen" (Sundhedsstyrelsen 2006: 7).

Den ældre skal selv være med til at identificere sundhedsudfordringerne, da hun har en privilegeret adgang til objekterne. *"En persons vurdering af eget helbred er en særdeles god prædiktiv faktor for dødelighed og sygelighed. Jo dårligere en person vurderer eget helbred, desto større er risikoen for død og for sygelighed i en given opfølgningsperiode"* (Sundhedsstyrelsen, 2010a: 25).

Det er i dette rum – den ældres hjem og nærhed – at sundhedspersonalet kan gøre en forskel. Det er her, de ældres subjektiveringslinjer kan påvirkes. Kært barn har mange navne, men linjerne betegnes ofte som *"sundhedsadfærd"* i vores empiri. *"Sundhedsadfærd omfatter de handlinger, mennesker udfører for sig selv eller andre og som på længere sigt fører til sundhed"* (Sundhedsstyrelsen, 2010a: 31). Ligesom mere klassisk sundhedsvidenskabelige objekter kvantificeres sundhedsvanerne; så det bliver pludseligt interessant, at 58 % mener, det er særdeles vigtigt at gøre noget for at bevare et godt helbred. Den enkeltes selvforhold kvantificeres og objektiveres, da det er her, slaget skal stå. Så objekterne kan iagttages af den ældre selv, for i fremtiden at blive bearbejdet. *"Gennem samtale bør den*

professionelle forsøge at øge eller "trigge" borgerens selv erkendelsesproces for derved at anerkende og diskutere selv-identificerede behov" (Sundhedsstyrelsen 2006: 10).

"Sundhedsadfærden eller sundhedsvanerne kan påvirke sundhedstilstanden både positivt og negativt. Er virkningen positiv, anvendes begreber som forebyggende og sundhedsfremmende faktorer. Er virkningen negativ, anvendes begrebet risikofaktor. Ofte anvendes samme indikator til at studere såvel de positive effekter som de negative. F.eks. er ikke-rygning en forebyggende eller sundhedsfremmende faktor, mens rygning er en risikofaktor" (Sundhedsstyrelsen, 2010a: 62)

Sundheden er et tveægget sværd, som kun den ældre selv kan mestre – med den rette sundhedsadfærd eller de rette subjektiveringslinjer.



Linjerne af lys, udsagn og praksis forholder sig aktivt til ældrebefolkningens subjektiveringslinjer. Den enkelte ældre skal være med til at identificere sundhedsudfordringerne. Hun har selv en privilegeret adgang til objekterne. Derfor bliver hendes selvforhold kvantificeret og objektiveret. De rigtige subjektiveringslinjer – her i empirien kaldet sundhedsadfærd – kan give ældrebefolkningen en større sundhed. Heri bliver det tydeligt, at dispositivets linjer skal helt tæt på den ældre for at få sin virkning.

Overordnet opsamling for 2006-2011

I 2006-2011 opstår ældrebefolkningen igennem empirien som en størrelse, der har et behov for at *"blive gjort noget ved"*. Gennem forskellige objekter – motion, kost, medicin mv. – skal ældrebefolkningen konstant balancere sin livsførelse. En livsførelse der konsekvent bliver holdt op i mod, hvor længe de endnu kan leve – dødeligheden. De skal fortsat neutralisere de farer, som befolkningskroppen står overfor. Dispositivets møde med ældrebefolkningen sker gennem hyppig – men frivillig – intervention i de ældre menneskers liv, så de kan motiveres til at ændre deres sundhedsadfærd.

Sundhedspolitikken og ældrebefolkningen 1965-1969

Vi vil nu begynde det empiriske kig tilbage i fortiden. For at skabe følelsen af, hvor mange forskellige ældre og opfattelser af ældre der har været i Danmark, vil vi kort starte med at skitsere ældrebefolkningens udvikling i tiden, som lå før vores empiri.

Der har altid været mennesker, der blev gamle. Før i tiden var der bare færre af dem. I Fattigplanen fra 1799 omtales ældre som en særlig gruppe, man er opmærksom på fra politisk side – måske for første gang i dansk kontekst. Hvis man havde penge nok dengang var det almindeligt, at de ældre blev boende hos en af børnenes familier, eller at en ugift datter tog sig af dem.

I 1840 var knap 7% af befolkningen over 60 år. Hvis man fik fattighjælp, så mistede man sine borgerrettigheder. Først i 1891 blev gamle mennesker værdigt trængende. Man kunne kun få alderdomsunderstøttelse, hvis man ikke havde modtaget fattighjælp de sidste 10 år. I starten af forrige århundrede begyndte man at bygge alderdomshjem over hele landet (Sund by-projektet, 1993: 3-5).

I vores fortsættelse af analysearbejdet vil vi ikke gå helt så langt tilbage i tiden. Vi vil stille skarpt på perioden 1965-1969 og se på, hvordan man interesserede sig for ældrebefolkningen i en sundhedspolitisk optik. Som udgangspunkt vil vi fremanalysere regulariteter i dispositivets linjer, men det overordnede formål med analysen er senere at kunne analysere brud og kontinuiteter i forhold til de to andre perioder – 2006-2011 og 1980-1982. Nu vil vi altså iagttage, hvordan den sundhedspolitiske interesse var for ældrebefolkningen i perioden fra 1965 til 1969. Perioden er som sagt udvalgt, fordi der foreligger et rigt tekstmateriale udsendt fra bl.a. Socialforskningsinstituttet, Finansministeriet og Komiteen for Sundhedsoplysning, der retter fokus på de ældres liv og sundhed.

Linjer af lys og udsagn

Ligesom i forrige delanalyse vil vi starte med at analysere linjerne af lys og udsagn samtidigt. Derefter vil vi også analysere linjerne af praksis og subjektivering.

Den voksende ældrebefolkning giver voksende problemer

Der er i perioden en særlig negativ stemning omkring ældrebefolkningen. Udsagnene giver mening igennem fortællinger om de ældre som en overordnet samfundsudfordring. Den voksende ældrebefolkning problematiseres som en gruppe af mennesker, hvis velvære og sundhed er et nyt og voksende problem for samfundet. Linjerne af lys tegner et billede af en befolkningsgruppe, som man ikke har nok viden om. Det tager ind i mellem form som deciderede nødråb:

"Antallet af ældre mennesker er i så stærk vækst, at en energisk indsats såvel lægelig behandlingsmæssig, som lægelig og social forebyggende, er absolut nødvendig, hvis behovet for alderdomsforsorg, plejehjemsanbringelse m.v. ikke skal vokse ud over alle rimelige grænser og medføre såvel en uhyggelig belastning af samfundets økonomi som en personlig ulykkelig tilværelse for mange ældre mennesker" (Ringkøbing Amts Røde Kors, 1966: 5).

Jo flere ældre kroppe, jo større vil presset blive på sundheds- og socialtjenesterne i landet. Men det er ikke det eneste problem, som presser det offentlige sundhedsvæsen. Det iagttages også, at befolkningsudviklingen, den lægevidenskabelige udvikling og velstandsstigningen vil medføre *"et fortsat pres fra befolkningens side for at forbedre sundheds- og social forsorgsfaciliteterne"* (Finansministeriet, 1969: 8). Ikke alene bliver der flere ældre; de ældre er også en del af den danske befolkning, der har stigende forventninger til velfærden.

Vi kan også iagttage, at ældrebefolkningen bliver forbundet med den generelle samfundsudvikling på en anden måde. Ældrebefolkningen er ikke det eneste, der transformeres. Lægevidenskabens udvikling bliver også iagttaget i empirien, og den forbindes direkte til den voksende ældrebefolkning:

"En tredje virkning er, at lægevidenskaben vil åbne mulighed for at behandle sygdomstilfælde som tidligere ansås for håbløse. Der kan være tale om blot at forlænge syge eller gamle menneskers liv for en relativt kort periode, men der kan også blive tale om varig helbredelse eller om stabilisering af en

kronisk sygdom på et niveau, der muliggør en fortsat tolerabel tilværelse" (Finansministeriet, 1969: 14).

De videnskabelige og teknologiske fremskridt medfører udviklinger og usikkerheder indenfor sundhed og omsorg. Hvem kan man behandle for hvad? Der bliver rodet op i grænserne for, hvilke grupper der blot skal plejes indtil de dør, og hvilke grupper der faktisk kan reddes et længere og sundere liv. Mellem linjerne noterer man sig næsten: det var billigere dengang folk døde, når de nåede en vis alder, og man forventer, at udviklingen *"vil medføre meget store udgifter"* (Finansministeriet, 1969: 14).



Vi kan iagttage de begyndende konturer af en biopolitisk "befolkning" – ældrebefolkningen – men de dispositive virkninger er slet ikke så tydeligt ensrettende som i perioden 2006-2011. Der er tre italesatte økonomiske og samfundsmæssige problematikker i forbindelse med den ændrede demografi: 1) Man mangler viden om behovene for den voksende ældrebefolkning, 2) Man ønsker at imødekomme den voksende gruppe ældres *ukendte* behov, men uden at statskassen bliver tømt i et velfærdsorgie og 3) Man bekymrer sig om de videnskabelige og teknologiske fremskridt, der vil komme med nye metoder til behandling og samtidig skabe behov for disse. De problematikker arbejder man med i vores empiri fra perioden, og vi vil nu se nærmere på, hvordan de forsøges besvaret.

Hvad gjorde alderdom ved et menneske i 1960'erne?

I forhold til stemningen i empirien fra 2006-2011 kan udsagnene i denne periode virke en smule opgivende: alderdommen kommer ubarmhjertigt, og det eneste, man kan gøre, er at knokle for de goder, som alderdommen trods alt tilbyder. Der er i perioden én regularitet, der står i klar kontrast til linjerne af lys og udsagn fra de senere perioder. Selvom de ældre kan hjælpes til en bedre alderdom, iagttager man i 1965-1969 en uundgåelig og markant aldring, som man ikke kan andet end at acceptere (Ringkøbing Amts Røde Kors, 1966: 7). Udover de reducerede fysiske kræfter må man forvente en række andre negative

udviklinger: "sygdomme der medfører lammelse" (Larsen & Smith, 1965: 1312), "Førligheden aftager" (Socialforskningsinstituttet, 1968: 41), og man vil opleve hyppig sengelægning pga. sygdomme (Socialforskningsinstituttet, 1968: 60).



Når man lige har iagttaget perioden 2006-2011, springer det i øjnene, i hvor høj grad alderdommens funktionsnedsættelse opfattes som permanent. Eksempelvis når man taler om, hvilken støtte den enkelte ældre behøver: *"Når der her tales om hjælp af mere permanent art, skyldes dette den antagelse, at de ældres nedsatte evne til at klæde sig på, vaske sig og at klare husligt arbejde, næppe er midlertidige vanskeligheder"* (Socialforskningsinstituttet, 1968: 95).

Funktionsnedsættelsernes fortsatte varighed begrænser selvfølgelig de sundhedspolitiske anledninger til at gribe ind i den ældres liv, men som vi vil komme ind på nu, er der trods alt god grund til at forholde sig til ældrebefolkningen – de ældre skal motiveres til et aktivt liv, og de skal placeres i en kontekst, som møder deres behov.

Kampen mod alderdommen

"Man kan kun prøve – som den grimme ælling i eventyret, at holde vandet åbent omkring sig, så det ikke fryser til" (Komiteen for Sundhedsoplysning, 1969: 36).



Sådan citeres en ældre herre, der skal fortælle om den gode alderdom. Udsagnet skitserer en logik, hvormed man i perioden forholder sig til ældrebefolkningen, deres sundhed og liv. Alderdommen kommer – ubønhørligt og ubehageligt som en sø, der langsomt fryser til – men hvis man holder sig aktiv forsinkes processen, og man får nye muligheder for livsførelse. Flere steder kan vi iagttage logikken, og ofte kommer

den til udtryk med en næsten overraskende kraft: *"Den menneskelige organisme er sådan indrettet, at de evner og kræfter, der ikke bliver brugt, forsvinder. Og det går forbausende hurtigt"* (Ringkøbing Amts Røde Kors, 1966: 3). Derfor bliver det vigtigt at modarbejde inaktiviteten hos den ældre – et tankesæt som lever videre i 2006-2011. Deres liv skal fyldes med indhold, som aktiverer. Håndværk, håndarbejde, kunsthåndværk og litteratur (Komiteen for Sundhedsoplysning, 1969: 9). Selvom lysets linjer af svækkelse er uundgåelige og permanente af natur, kan det betale sig at sørge for et mere aktivt liv for den enkelte. Selv når det eksempelvis gælder patienter ramt af blodpropper: *"De bliver isolerede. Man må meget gerne snakke med dem eller vise dem noget, som kan have interesse. De skal have lov at opleve verden omkring sig, selv om det måske ikke må være for meget ad gangen"* (Komiteen for Sundhedsoplysning, 1969: 14).



I Foucault-optik ligner det en governmental tilgang til den ældres liv. De ældre skal disciplineres til at modarbejde de negative aspekter af deres livsførelse – dovenskaben, passiviteten, mismodet – så de kan være aktive og positive. Enten er du passiv og fryser til, eller også er du aktiv og oplever en levende alderdom. En anden disposition, som leder tankerne hen på et disciplinært dispositiv, er den store interesse for at placere den enkelte ældres krop i den rigtige institution. Dette perspektiv vil vi se nærmere på i afsnittet om periodens linjer af praksis. Men først en kort iagttagelse omkring forebyggelse.

Kontinuitet - Et spirende fokus på det meningsfulde og aktive ældre liv

Det følgende afsnit vil ikke blive fremhævet for at vise en dominerende regularitet i perioden, men snarere for at vise en *arv*, som senere perioder bygger videre på. Der er nogle steder i empirien et begyndende opgør med den passive accept af alderdommens forfald, som måske tidligere har været dominerende. Linjerne forsøger at skabe en åbning af alderdommen som en potentielt positiv og produktiv del af menneskets liv. Selvfølgelig

vil den ældre krop forfalde, men man kan møde udviklingen med oprejst pande og derefter høste gevinsterne i form af større aktivitet og glæde.

"Når vi planlægger omsorg for ældre, er vi tilbøjelige til at tænke i pension, plejehjem, hjemmehjælp, folkepensionsboliger osv. Alle disse og flere ting er nødvendige for de syge og svage. Men vi må ikke glemme, at det måske kun er 10-20 % af de ældre aldersklasser. Hvad med alle de andre?" (Ringkøbing Amts Røde Kors, 1966: 3)

Ældrebefolkningen er mere og andet end syge og svage mennesker. Alderdommen medfører ikke nødvendigvis, at kroppen skal indlægges til konstant pleje og behandling i en offentlig institution.

En fremtid i forebyggelsens tegn?

Når man ser på tværs af perioderne, kan man faktisk se en overraskende sammenhæng i forebyggelsestankegangen. Selvom det i perioden 1965-1969 bedst kan karakteriseres som en spirende nytænkning, der kommer til udtryk i enkelte iagttagelser og udsigelser:

"Beskæftiger man sig med de ældres problemer, springer det snart én i øjnene, at vi beskæftiger os mere med pleje af de syge end med at forebygge sygdomme" (Ringkøbing Amts Røde Kors, 1966: 8). Man skuer ud i fremtiden og ser et potentiale i forebyggelsen:

"Netop for de ældre kan man tænke sig, at der er stigende behov for en sygdomsforebyggende lægekontakt, en rådgivnings- og kontrolfunktion, som er mindst lige så vigtig som lægekonsultationen i forbindelse med sygdom" (Socialforskningsinstituttet, 1968: 67).

Men der er slet ikke samme tro på, at dødeligheden kan forskydes med aktiv forebyggelse som i 2006-2011; *"Dødeligheden har kun udvist små variationer i de senere år, og forudsætningen om uændret dødelighed kan næppe anfægtes"* (Finansministeriet, 1969: 71). Som mange andre ting i denne periode, er det behæftet med en anseelig usikkerhed, *"vi véd ikke, hvad forøgede muligheder for behandling, vel især optræning, vil komme til at betyde med hensyn til genanbringelse i eget hjem eller almindeligt alderdomshjem"* (Larsen & Smith, 1965: 1309).

Linjer af praksis

Linjerne af lys og udsagn peger i denne periode i retning af en bestemt praksis, der er anderledes end i 2006-2011. Man fokuserer på institutioner og vil disciplinere de ældre. Hvor man i 2006-2011 ønsker at komme *helt* ind i nærheden af den ældre, forholder man sig anderledes "på afstand" af ældrebefolkningen i denne periode. Men fra denne afstand kan vi dog iagttage en foretrukket praksis i mødet med de ældre. Vi iagttager denne praksis som en "fordelingsnøgle" for de ældres kroppe – en praksis der besvarer spørgsmålet, hvor alle disse nye kroppe dog hører til?

Hvor hører du hjemme?

For at løse problemerne, som er forbundet med den voksende ældrebefolkning, er man i perioden meget optaget af, i hvilken institution den enkelte ældre hører til. Ud af teksterne kan vi skitsere en tydelig sammenhæng mellem den ældre krops forfatning og den rette kontekst at placere hende i. Overordnet bør de ældre kroppe opdeles efter følgende fordelingsnøgle:

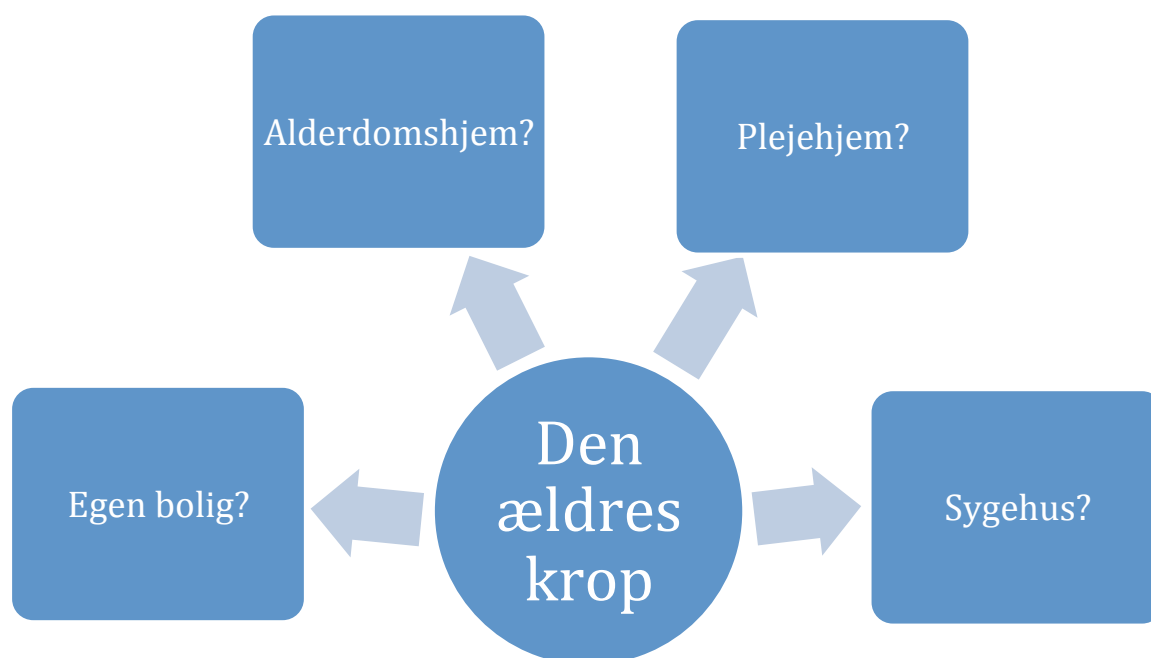
1. Aktive, sunde ældre skal så længe som muligt forblive **hjemmeboende**.
2. Ældre, som har det godt, men er ensomme eller svagelige skal på **alderdomshjem**.
3. Ældre, som har permanente plejebehov (ikke sygdomme) skal på **plejehjem**.
4. Syge ældre skal behandles på et **hospital** og derefter videre til en ny anbringelse/nyt hjem.

Målet er, at man opnår et kendskab til de ældres behov og derefter får dem placeret i de rigtige institutioner. Det er eksempelvis et problem, at de ældre patienter ligger på hospitalerne, selvom de er færdigbehandlede, de skal videre til det rigtige hjem (Finansministeriet, 1969: 79). Hjemmenes karakter afspejler beboernes natur – og omvendt. *"Et plejehjem er et hjem beregnet på permanent anbringelse af personer, som af helbredsmæssige grunde er ude af stand til at klare sig selv uden konstant bistand (pleje). Beboerne på et alderdomshjem er derimod selvhjulpne eller behøver kun hjælp i mindre omfang"* (Finansministeriet, 1969: 44).

De forskellige institutioner har dog en intern rangering efter udgifterne til at holde dem kørende. Derfor er man interesseret i at holde de ældre i deres billige hjem, og hurtigst muligt få dem ud af de dyre hospitaler (Ringkøbing Amts Røde Kors, 1966: 9). En tendens der giver ekko langt ind i 2006-2011. Man er interesseret i, hvordan fx husstandssammensætningen kan kompensere for svagheder hos den enkelte (Socialforskningsinstituttet, 1968: 48). Hos bl.a. lægerne er der en interesse for at hjælpe de ældre med at blive i eget hjem:

"Det er ret fremtrædende, at kun de færreste af de patienter, der har ophold i eget hjem, har tilstrækkelig hjælp, selv om de har svære lidelser. Oversigten må tages som udtryk for, at der endnu er langt igen førend det offentliges støtteordninger i form af hjemmesygepleje, husmoderafløsning og hjemmehjælp har nået en sådan effektivitet, at alle plejepatienter, der ikke inden for deres familiekreds har den fornødne bistand, kan få den hjælp, som de har behov for" (Larsen & Smith, 1965: 1311).

I figuren nedenfor illustrerer vi den problematik, som ældrebefolkningens mange kroppe sætter i gang.



Figur 5: Den enkelte ældre skal placeres i den rette kontekst, så hendes behov bliver mødt

På grund af den voksende gruppe af ældre sker der et brud i opfattelsen af de ældre. Hvor man tidligere forholdt sig til omsorg og pleje, opstår muligheden for at forholde sig til de ældre ud fra en økonomisk rationalitet:

"I det store og hele er det vel en ny og for mange fremmed betragtning, at man skal anlægge økonomiske synspunkter på den indsats, der sker inden for sundheds- og omsorgsvæsenet. Når der imidlertid er tale om så store økonomiske ydelser, som det her drejer sig om, kan man vanskeligt komme uden om økonomiske vurderinger" (Finansministeriet, 1969: 15).

Når man praktisk forholder sig til den ældre borger, skal man, efter den beskrevne logik "længst mulig i eget hjem", medregne udgifterne, som er forbundet med at placere borgeren i den ene eller den anden institution³. En logik, der i denne periode har mere med institutioner end med de ældres behov at gøre, i modsætning til 2006-2011s fokus på den enkelte ældre:

"En del af de almindelige sygehuses senge optages af patienter, der har et behov for permanent pleje uden at have et egentligt behandlingsbehov, men de kan ikke udskrives, fordi der ikke er ledige plejehjemspladser" (Finansministeriet, 1969: 22).

Det vigtige er at få etableret de nødvendige institutionelle rammer, som svarer til ældrebefolkningens behov. For at disse bliver udnyttet optimalt, er der bl.a. behov for "en central visitationsordning", der kan sortere kroppene på hensigtsmæssig vis (Larsen & Smith, 1965: 1313). I den kontekst bliver den ældres hjem også mål for praksissen. Man gør opmærksom på en kommune, hvor man indførte hjemmehjælpsordningen tidligt:

"Før indførslen af hjemmehjælp var der planer om at bygge et nyt alderdomshjem med ca. 40 pladser. Dette er nu, takket være hjemmehjælpsordningen, helt opgivet, og kommunen har endog lejlighedsvis kunnet modtage pensionister fra andre kommuner på de bestående alderdomshjem" (Ringkøbing Amts Røde Kors, 1966: 12)

Hvis de ældre får den nødvendige støtte i deres eget hjem, kan de opholde sig der, og der kan spares penge på de dyrere institutioner.

³Dette er desuden en logik, der siden er skrevet meget mere om: "Længst mulig i egen krop" (Kirk, 1994), "Længst mulig i egen bil" (Vass, 2001) eller "Længst mulig i eget liv" (Bækmark, 2008).



Vi kan iagttage, hvordan der er en logisk fordeling af de ældre kroppe efter deres behov for støtte, pleje eller egentlig behandling. Det rigtige institutionelle miljø til den rigtige ældre. Et fokus som er meget anderledes fra de indsatser, som Sundhedsstyrelsen er fortalende for i rapporterne fra 2006-2011. Man kan ikke lade være med at perspektivere til 'det disciplinære samfunds' lukkede institutioner, som var svaret på uønskede problemer.

I forhold til 2006-2011 er der i denne periode et større fokus på bolig end fx fysisk aktivitet, når man taler om ældrebefolkningen. Man holder sig på afstand fra de ældre og vil ikke på samme måde helt ind i deres nærhed med normerende praksisser. Samtidig ses det i denne periode, at ældrebefolkningen tegnes med linjerne fra en økonomisk rationel logik.

Linjer af subjektivering.

Der er en vis disciplinær interesse for den ældres subjektiveringslinjer. Det står i modsætning til de subjektiveringslinjer, vi så i 2006-2011, hvor de ældre aldrig bliver færdige med at forholde sig til det rigtige liv. Som vi kom ind på i afsnittet om "det meningsfulde og aktive ældre liv", er der en begyndende forventning om, at de ældre i denne periode fokusere på at skabe det rigtige selvforhold. Det er ikke nok, at den ældre befinder sig i den rigtige institution, der skal en bestemt subjektivering til, som medfører en nødvendig aktivitet:

"Gamle mennesker kan også have stort udbytte af at omgås jævnaldrende. De kan mødes i klubber af forskellige slags og udveksle erfaringer og dyrke fælles interesser" (Komiteen for Sundhedsoplysning, 1969: 18). Helt konkrete subjektiveringslinjer anbefales også for de ældre, som pjasker for at holde liv i alderdommens frosne sø:

"Det anbefales derfor ældre mennesker, der har disposition til blodpropper, at gøre gymnastik i sengen, inden de står op om morgenen, for derigennem ligefrem at vække kredsløbet og indstille det på de større krav, der vil følge af den oprejste stilling. Et par minutters cykelbevægelser i liggende stilling kan i hvert fald ikke skade" (Komiteen for Sundhedsoplysning, 1969: 12).

Det skal dog ikke forveksles med det fokus på aktivitet, som vi analyserede i 2006-2011. Her i perioden er aktivitet godt, men alderdommen er uundgåelig (Komiteen for Sundhedsoplysning, 1969: 19). Den enkeltes privilegerede adgang til sin egen sundhed er slet ikke til stede på samme måde i denne periode. Som man tørt konstaterer i Socialforskningsinstituttets rapport om de ældres førlighed og mobilitet: *"Individets egen opfattelse af sin helbredssituation er næppe nogen god målestok for den faktiske tilstand"* (Socialforskningsinstituttet, 1968: 52).

Overordnet opsamling for 1965-1969

I denne periode opstår ældrebefolkningen igennem empirien som en størrelse, der giver samfundet problemer. Antallet af ældre vil stige, man har ikke nok viden om befolkningsgruppen, og befolkningen vil snart sætte krav til at møde de ældres behov. Ligeledes vil de videnskabelige og teknologiske fremskridt, der forlænger disse menneskers liv, i sig selv være dyre.

I denne periode holder man sig på længere afstand fra det levede ældreliv. Man begynder at opfordre til aktiviteter af forskellig art, men fokuserer hovedsageligt på at placere disse ældre kroppe på de rigtige – det vil sige billigste – institutioner.



Sundhedspolitikken og ældrebefolkningen 1980-1982

Vi vil nu foretage et empirisk spring i tid igen. Efter at have iagttaget en nylig periode og en ældre periode, som på mange måder stod i kontrast til hinanden, men samtidig også viste fælles forståelser, vil vi nu analysere tekstmateriale fra en periode, som repræsenterer et eller flere skift i den sundhedspolitiske interesse for ældrebefolkningen. I 1979 blev der på baggrund af en politisk debat om forholdene på plejehjemmene nedsat en ældrekommission, som fik til opgave at gennemgå rammerne for ældrebefolkningens tilværelse. Ældrekommissionen kom bagefter med anbefalinger til, hvordan man kunne forbedre de ældres velfærd (Ældrekommissionen, 1980: 8). På baggrund af ekspertinterviews og egen research, har vi valgt at tage et nærmere kig på de rapporter, som ældrekommissionen kom med i perioden fra 1980 til 1982.

Linjer af lys og udsagn

Når vi overordnet iagttager linjerne af lys og udsagn i ældrekommissionens rapporter, er det tydeligt, at man oplever et misforhold mellem det lys, som ældrebefolkningen kaster og den sundhedspolitik, som bliver ført. I samtlige analyserede perioder tales der om mangler i ældrepolitikken, men i denne del af empirien er stemningen nærmest *revolutionær*.

Ligesom i de andre perioder vi har iagttaget, udgør ældrebefolkningen også i starten af firserne en voksende udfordring for samfundet. *"Fra 1970 til 1980 er antallet af 60-70-årige vokset med 89.000 eller 12 pct. og antallet af 80-årige og derover med 43.000 eller 43 pct."* (Ældrekommissionen, 1981: 32). Men andre ting forandrer sig også. Holdningsmæssigt er der sket et skred. De ældre er blevet mere bevidste om deres rettigheder og har i mindre grad problemer med at modtage offentlige ydelser (Ældrekommissionen, 1981: 51). Men den overordnede samfundsudvikling medfører også, at *"de erhvervsaktive familier og især de yngre anvender mere og mere tid til arbejde, hvilket giver færre ressourcer, som kan omsættes i kontakt, samvær og bistand til bl.a. ældre"* (Ældrekommissionen, 1981: 55). Det er en relevant pointe at fremhæve, at familierne ikke længere har tid til at tage sig af sine egne ældre. Nu er det velfærdssamfundets opgave, på linje med børnehaver, skoler osv. Det giver den

travlt arbejdende borger fred og aflastning, så hun kan tjene til samfundet. Denne ændring i holdningen overfor ældrebefolkningen vil vi vende tilbage til i diskussionen.

Det fortsat stigende antal ældre og samfundsudviklingen forstærker udfordringerne i behandlingen af ældre, og situationen opfattes langt fra som positiv. *"Det ser tilsyneladende ud til, at der trods en betydelig forøgelse af den offentlige indsats – målt i penge – ikke er sket så afgørende forbedringer – måske snarere tværtimod"* (Ældrekommissionen, 1981: 50). Der er behov for en omsiggribende reform for at sikre de ældres vilkår og *"det overordnede mål: at der skal bygges på de ældres egne ressourcer og selvbestemmelse og sikres kontinuitet"* (Ældrekommissionen, 1982: 200). I denne periode vender man sig således bort fra tanken om, at vi blot skal finde den rigtige institution til vores ældre. Systemet skal reformeres og 'tættere på' den enkelte ældres liv.

Hvad skal sundhedspolitikken gøre for den ældre?

Det er bemærkelsesværdigt, at man i denne periode har fået styrket viden om aldringsprocessen og samtidigt fået en langt mere positiv og aktiv holdning til den sunde aldring, end vi identificerede i 1965-1969. På den ene side er aldringen og døden uundgåelig, men samtidigt er man heller ikke i tvivl om, at aktivitet gør en markant forskel for den enkelte krop:

"En række undersøgelser har vist, at legemlig udfoldelse både i forbindelse med daglige aktiviteter som f.eks. færden, rengøring, hobbies etc. og mere direkte som gymnastik og sport for ældre kan modvirke den aldersbetingede nedsættelse af funktionen i hjerte, blodkar, lunger og andre organsystemer" (Ældrekommissionen, 1980: 27).

Man gør opmærksom på, at sygeligheden er stigende med alderen, men det opfattes i højere grad som en positiv motiverende faktor end som den tilfrosne sø, vi iagttog i 1960'erne. For *"hvis man indtager en for opgivende holdning ved forringelse af ældres funktionsniveau kan det betyde, at motivationen for at vedligeholde et bedre funktionsniveau ikke er til stede, og aldersprocessen er derigennem unødvendigt blevet fremskyndet."* Det levede liv

bliver nu aktivt knyttet til aldringsprocessen (Ældrekommissionen, 1980: 40). I forlængelse heraf sker der et brud i opfattelsen af alderdommen, der pludselig iagttages positivt:

"Som en proces hvor livserfaringer er indvundet, men stadig kan øges, hvor der frigøres ressourcer, og hvor mange stadig har overskud til at møde nye udfordringer og muligheder, forudsat at de ældre ikke forhindres heri af for snævre rammer og udfoldelsesmuligheder" (Ældrekommissionen, 1980: 94).

Dermed bliver det politikerne og samfundets ansvar at skabe rammer, som ikke modarbejder de positive muligheder forbundet med alderdommen. Ellers kan konsekvenserne blive store for den ældre: *"Utilstrækkelig sammenhæng i vilkårene og den enkeltes oplevelse af dette, kan i høj grad virke personlighedsopløsende"* (Ældrekommissionen, 1982: 31).

Grundlaget for en spirende biopolitik?

At skabe de nødvendige rammer for ældrebefolkningen er ikke en let opgave. Selvom linjerne af lys og udsagn for det meste peger i samme retning, er man ikke helt sikker på, hvad den ældres krop indeholder og betyder. Eksempelvis bemærker man, at: *"Det er – især blandt de allerældste – vanskeligt at foretage en mere nøjagtig afgrænsning mellem en normal helbredstilstand, og en tilstand man vil betragte som sygelig. Knogleskørhed f.eks.: det er typisk for ældre, men er det normalt?"* (Ældrekommissionen, 1980: 18). Man stiller sig selv spørgsmålene: hvad oplever de ældre pga. samfundets indretning, og hvad oplever de pga. deres tiltagende alderdom?

På baggrund af disse refleksioner og frustrationer over ældrebefolkningens komplekse sammensætning, kan vi iagttage en interessant udvikling. Man savner en *endnu* større vidensproduktion. I forbindelse med den centrale planlægning af ældrepolitikken efterspørger kommissionen: *"at der udvikles en statistik produktion, der mere retter sig mod løbende belysninger af de ældres livsvilkår end mod udbuddet af offentlige foranstaltninger og de dertil knyttede omkostninger"* (Ældrekommissionen, 1982: 214). Den hidtidige vidensproduktion fra det politiske apparat har primært været fokuseret på økonomistyring og udvikling af organisationerne. Men det er ikke længere godt nok. Nu

skal ældrebefolkningens kroppe kvantificeres og analyseres, så ældrepolitikken – og styringen – kan tage højde for deres sande behov og levevilkår. Med dette er grundlaget for en spirende biopolitik lagt og måske også brugen af evidensbaseret viden, som vi så, var en virkningsfuld praksis i 2006-2011.

Det er langt fra den eneste tendens i linjerne af lys og udsagn, som peger i retning af en spirende biopolitisk holdning til ældrebefolkningen. Ældrekommissionen peger på, *"at foranstaltningstilbuddene sætter for sent ind"*, og at de nuværende tilbud *"kan være med til at befordre en yderligere afhængighed og udvikling af tunge og omsorgskrævende behov"*

(Ældrekommissionen, 1981: 309). De nuværende tilbud er ikke tidlige og hyppige nok, mens de endda direkte modarbejder ældres evner og lyst til at være uafhængige.

Derudover ræsonnerer man i stigende grad efter den biopolitiske logik om normens middelev:

"Især ved helbredsmæssigt motiverede ydelser kan det være vanskeligt at finde den rette balance. For små ydelser indebærer helbredsrisiko. For store ydelser kan virke passiverende og dermed skade helbredet på længere sigt" (Ældrekommissionen, 1981: 265).

På baggrund af disse overvejelser er man ikke i tvivl om, at der kan hentes en stor gevinst ved at identificere og fokusere på risikogrupper i ældrebefolkningen: *"der kan forventes relativt hurtige virkninger, inklusive besparelser, hvis der gennemføres en koordineret social- og sundhedsmæssig indsats over for særlige "risikogrupper", især enligt boende med helbredsproblemer"* (Ældrekommissionen, 1982: 38). Risikovurderinger og sikkerhedsskabende reaktioner er endnu et tydeligt biopolitisk træk. Denne opmærksomhed på risikogrupper, fx ensomme og udsatte ældre, er en forståelse, der giver genklang i 2006-2011. Blandt andet er temamøderne, som vi vil analysere i næste del af afhandlingen, et initiativ, der blev søsat for at hjælpe ensomme ældre. Logikken om indsatser overfor risikogrupper lever fortsat – endda i endnu højere grad – i 2006-2011.

Det skal dog understreges, at den biopolitiske logik i ældrekommissionens rapporter er langt mindre omsigsgribende og intens end i de analyserede rapporter fra 2006-2011.

Selvom man også anbefaler større opsøgende indsats (Ældrekommissionen, 1982: 169) og kostvejledning (Ældrekommissionen, 1982: 141), er det kun overfor *særligt* udsatte ældre.

Der er en tydelig gradsforskel fra den allestedsnærværende forebyggelse i det nye årtusinde.



Ældrekommissionens rapporter fra 1980-1982 har vi analyseret gennem linjerne af lys og udsagn, og der tegner sig et billede af en brydningstid. Der ses et spirende grundlag for en biopolitisk forståelse af ældrebefolkningen. Det er ikke længere nok at placere de ældre i den rette institution, fokus drejes mod de ældres egne ressourcer, og der efterspørges endnu mere viden om de ældre, så de kan kvantificeres og analyseres.

Linjer af praksis

Der sker også forandringer i linjerne af praksis. Som beskrevet ovenfor tegner linjerne af lys og udsagn en interesse for den ældres selvstændige funktion. Bistanden, som den ældre får, skal fx vurderes ud fra: *"hensynet til den ældres udnyttelse af egne ressourcer, selvbestemmelse og kontinuitet"* (Ældrekommissionen, 1981: 282). Ældrepolitikens praksis er i for høj grad *"koncentreret om de ældste aldersgrupper blandt de ældre"*, hvilket anses som problematisk. Ældrekommissionen skriver; *"Foranstaltningerne får dermed også i høj grad karakter af "lapperier" – kompensationer for skader, der allerede er sket"* (Ældrekommissionen, 1980: 93).

Der skal tegnes nye linjer af praksis, og de skal være mere fleksible og sensitive overfor befolkningens behov. *"Kommissionen fremhæver, at ældrepolitikken ikke kan lægges tilrette én gang for alle. Den må løbende justeres og tilpasses nye samfundsmæssige forandringer og udfordringer"* (Ældrekommissionen, 1982: 22). Man ser en fare for, at den fejlslagne ældrepolitik skader befolkningen og i sig selv skaber problemer, der fejlagtigt registreres af sundhedspersonalet som pleje- eller behandlingsbehov (Ældrekommissionen, 1981: 294). Det er i forlængelse heraf, at man anbefaler en styrket opsøgende indsats, som er sensitiv overfor den enkelte udsattes livssituation og behov (Ældrekommissionen, 1982: 19). Med denne problematisering af det tidligere plejearbejde, er behovet for forebyggelse og intervention kommet til verden.

Ældrekommissionen ligger op til en anderledes udformet praksis omkring de ældres sundhed. *"Kommissionen foreslår, [...] at der i ældrepolitikken sættes på blødere styringsinstrumenter – konsulentvirksomhed, vejledninger og redegørelser samt uddannelser, kurser og efteruddannelser"* (Ældrekommissionen, 1982: 22). Den ældre skal ikke længere visiteres videre til den institution, som kan dække hendes behov. Nu kræver det *"en beslutningsproces, der er tilrettelagt omkring den ældre, og hvor medarbejdere, der kender den ældre bedst, får indflydelse og tages med på råd"* (Ældrekommissionen, 1982: 182).



Det er bemærkelsesværdigt, at der i denne periode bliver anbefalet en række taktikker, som har tydelige biopolitiske kendetegn. Der skal styres med blødere metoder og med langt større sensitivitet overfor den enkelte ældres behov og livssituation. Samtidig gives der meget magt til "visitationen" over den ældre borger. I denne ændrede forståelse af plejearbejdet er behovet for intervention og forebyggelse født.

Institutionernes krise

Udviklingen i linjerne af praksis, som vi har identificeret ovenfor, medfører en ny rolle for institutionerne i politikken omkring de ældres sundhed. *"Hvis der indtræder behov for forøgelse af hjælpen til den ældre, kræver det ofte en flytning til en anden bolig."* Hvilket kan være problematisk for den enkelte, og derfor anbefaler kommissionen, *"at servicetilbuddene smidiggøres og løsriveres fra tilknytningen til en bestemt boligform"* (Ældrekommissionen, 1982: 175). Hvor linjerne fra 1965-1969 tegnede institutionerne, som lukkede rum med det rette miljø for bestemte grupper af ældre, mener man nu, at *"institutionsgrænserne kan blive mindre skarpe, og give mulighed for en fleksibel udnyttelse af de ressourcer, som findes i institutionerne"* (Ældrekommissionen, 1982: 16). Institutionerne skal åbnes på en helt ny vis for omverdenens ældre.

De tykke vægge, der er blevet bygget op omkring den enkelte institution, har økonomiske konsekvenser ifølge ældrekommissionen. Man bemærker, at sygehusophold er gratis for kommunen, og alternative sociale løsninger er gratis for amtskommunen. *"Der er således*

gennem forskellene i finansieringssystemerne indbygget interessemodsætninger, der kan vanskeliggøre den nødvendige samordning” (Ældrekommissionen, 1981: 290).

Det virker sandsynligt, at udviklingen med større skepsis overfor institutionelle løsninger kan have lagt grundlaget for den af-institutionaliserede forebyggelses indsats, som vi iagttag i teksterne fra 2006-2011.



Skiftet imod et mere biopolitisk fokus, som kendetegner ældrekommissionens rapporter, har konsekvenser for social- og sundhedsinstitutionernes rolle. De kan ikke på samme måde tilbyde en total-løsning, som de gjorde i vores empiri fra 1960'erne, derfor smidiggøres servicetilbuddene til de ældre nu. Man aner en bevægelse fra at have været på afstand af den ældre, til at man nu – gennem intervention og forebyggelse – vil helt ind og disponere den enkelte ældre.

Linjer af subjektivering

I ældrekommissionens rapporter har vi iagttaget en interesse for de ældres subjektiveringslinjer, som er baseret på linjer, vi kender fra begge de andre perioder. Man har en øget interesse for de ældres selvudfoldelse uafhængigt af institutionerne, men samtidigt er ældrebefolkningens subjektiveringslinjer ikke det uundværlige centrum for sundhedspolitikken, sådan som vi kunne iagttage det i 2006-2011.

Sagt på en anden måde har vi kun iagttaget subjektiveringslinjer, som overlapper mønstre fra resten af vores empiri. Med resten af analysen in mente giver det god mening, men det kan skyldes, at vi kun analyserer ældrekommissionens rapporter fra denne periode.

Overordnet opsamling for 1980-1982

Det, der kendetegner denne periode, er en stemning af revolution. Ældrepolitikken skal nytænkes og reformeres. Man ønsker endnu mere viden om de ældres levede liv, man vil tættere på dem som befolkningsgruppe, man vil "udbytte deres egne ressourcer" frem for blot at placere dem de rigtige steder i samfundet. Grundlaget for biopolitikken er lagt, og forebyggende intervention som praksis kommer til verden.

Delkonklusion for den historiske analyse

Vi vil nu afslutte den historiske analyse med en delkonklusion. Som lovet vil den fokusere på de brud og kontinuiteter, vi kan identificere på kryds af den historiske analyses opdelte perioder. Disse forskydninger vil vi skrive ind i magtøkonomiens kontekst – hvordan påvirker forandringerne magts virkning?

Overordnet mener vi at kunne iagttage en udvikling, der på sin vis ligner 'humaniseringen' af fængselsstraffene i Foucaults Overvågning og straf. Vi kan konkludere, at forebyggelsens meget menneskelige fremtoning – 'nu bliver folk raske, før de bliver syge' – har en dispositiv skyggeside, som ikke får stor opmærksomhed til dagligt. Den tiltagende tiltro til forebyggende teknikker medfører samtidigt en øget nærhed og intensitet i den enkelte ældres liv, som er mere og andet end en governmental pointe. I 2011 spiller normen for det gode liv (den gode "sundhedsadfærd") en meget markant rolle, hvor den spillede en meget mindre rolle i empirien fra 1960'erne. Tankegangen forskydes i 1980'erne med en medfølgende intensivering af sundhedens greb i ældrebefolkningen. Lægevidenskaben har taget udviklingen til efterretning og etableret et evidensbaseret vidensgrundlag for at regulere en aldrende krop på endnu flere parametre. Med den historiske analyse viser vi, at forebyggelsens rolle i ældrepolitikken ikke blot er en 'humanisering' af sundhedspolitikken, men også en afstivning og styrkelse af dispositivets magt. Vi er ikke i tvivl: Deleuzes kontrolsamfund er en realitet for det

menneske, som oplever alle de forebyggende tiltag, der anbefales i Sundhedsstyrelsens rapporter fra 2006-2011.

En anden af Deleuzes teorier bliver også genspejlet i vores historiske analyse. Vi kan iagttage institutionernes krise, som han og Foucault har beskrevet den. I tresserne var man primært interesseret i at placere borgeren i den rigtige institutionelle kontekst, imens man i det nye årtusind for alt i verden vil holde den enkelte aktiv, uafhængig og hjemmeboende. I den forbindelse var det meget interessant at iagttage ældrekommissionens rapporter fra 1980 til 1982. Her kan man tydeligt mærke 'institutionernes krise' tage til. De lukkede institutioner går fra at være total-løsninger til at skulle være delelementer i en sammenhængende indsats overfor den enkelte ældre, hvormed behovet for intervention og forebyggelse opstår.

Vi har set flere bemærkelsesværdige kontinuiteter i vores empiri. Fokus på aktivitet, uafhængighed, det fortsat stigende antal ældre, men den måske mest bemærkelsesværdige kontinuitet er muligvis, at ældrepolitikken – på kryds af tidsperioderne – altid har handlet om at spare penge. I samtlige perioder er der et bemærkelsesværdigt sammenfald i, hvad der er godt for ældrebefolkningen, og hvad der er godt for de offentlige pengepotter. Ændringen fra 1960'erne til 1980'erne er ikke et: 'Nej, nu skal vi ikke kun fokusere på at spare penge', det er nærmere et: 'Hvis vi virkelig vil spare penge på de ældre, så skal posen rystes og linjerne i social- og sundhedspolitikken tegnes på ny'. Og i 2006-2011 er der ingen tvivl om, at en velfungerende ældre er en billig ældre.

Delanalyse 2 – Den synkrone dispositivanalyse

I den kommende analyse vil vi iagttage det forebyggende temamøde som en case, der repræsenterer en nutidig tendens for, hvordan samfundet møder den ældre borger i Københavns kommune.

Vi vil gøre temamøderne i Købehavns kommune til iagttagelsespunktet for vores analyse. Det kræver afgrænsninger i både tid og rum. I en dispositivanalyse mener Deleuze, at man må skelne mellem: 1) hvordan dispositivets virkning *har* været – som vi har gjort i vores historiske delanalyse – og 2) hvilke vidensformer det *nu* trækker på. Der er altså et historisk element og et aktuelt, som vi nu vil koncentrere os om.

Det blev synligt i den historiske analyse af tidsperioden 2006-2011, at der i lyset af ældrepolitikken opstår en mulighed for forebyggelsesinitiativer tæt på den enkelte ældre. Nu vil vi analysere hvilke udsigelsesrum og positioner et sådant initiativ skaber – hvad indebærer det for borgeren at deltage ved et temamøde? Hvordan bliver de ældre borgere til igennem et temamøde? Hvilken viden kræver initiativet? Hvilke udsagn er mulige og fremstår selvfølgelige og naturlige ved temamødet? Hvilke praksisser og styringsmekanismer kan iagttages i de ældres nærvær? Hvordan muliggør temamødet en bestemt form for ældre?

En nutidig tendens

Vi vil nu gennemgå vores empiri fra temamødet og vores interviews med ni ældre københavnere for regulariteter i måden, hvorpå temamødet og de ældre kan se eller ses, udsiger eller udsiges, og hvordan praksisregimer og selvpraksis former dem eller formes af dem. Vi gør dette for afsluttende at kunne konkludere, om dispositivets logik virker i de ældres nærvær.

Linjer af lys

I dette afsnit vil vi se nærmere på, hvordan de ældre bliver til igennem temamødet. Vi vil analysere, hvordan linjerne af lys indrammer temamøderne i Københavns kommune.

Hvilke objekter træder frem i temamødets skær?

På den umiddelbare overflade kan vi iagttage kroppe – nogle yngre og nogle ældre. De yngre kroppe møder de ældre kroppe med inviterende gestikulationer, indbydende til dialog og med omsorgsfulde intentioner (Bilag 9). De yngre kroppe kan oftest iagttages som kvindekroppe, og som kroppe, der overfor de ældre illustrerer, hvordan man kan motionere eller dosere egen medicin, så den bliver nemmere for den ældre krop at huske (Bilag 4; Bilag 5). Fuldstændig som det er foreskrevet af Sundhedsstyrelsens rapporter. De ældre kroppe kan nogle gange iagttages som mindre rørilige, nogle med stok og i kørestol, nogle giver deres overtøj til yngre kroppe, andre holder ved en anden ældre krop.



Billede: Velkomst ved temamøde på Nørrebro

Ved temamødet kan vi iagttage to forskellige mulighedsrum – et som de yngre kroppe træder ind i som *værter*, og et som de ældre kroppe træder ind i som *gæster*. De rum er muliggjort på forhånd af udsendte invitationer (Bilag 4). De yngre kroppe er til stede ved

temamødet for at give (Bilag 4). De giver objekter som pjecer, øvelser, frugt og kaffe, der iagttages som væsentlige objekter på temamødet, da de former de yngre kroppe som givende værter. De ældre kroppe er derimod kommet for at modtage: viden, frokost, pjecer og nye oplevelser.

De yngre kroppe fremstår med autoritet ved mødet, det er dem, der er vejvisere og styrer dagsordenen. De yngre kroppe iagttages som populære personer, som de ældre kroppe er taknemmelig overfor, da de: *"ikke kommer med løftede pegefingre – vi kommer ikke og skal vurdere dem [...] Der er ingen, som bliver sure på os"* (Bilag 11).

Den 'frivillighed' som vi fremanalyserede som en nødvendighed for dispositivets virkning i 2006-2011 kan iagttages i, at de ældre er mødt op og påtager sig rollen som gæst.

Værtsrollen inviterer som oftest til respekt, venlighed og taknemmelighed. På temamøderne mødes værterne sjældent med kritiske udsagn. Gæsterne lytter og taler i de fleste tilfælde med om emnerne - nogle gange udenfor konteksten og i munden på hinanden.



Udover denne værtsrolle kan vi ved temamødet iagttage de yngre kroppe indtage en anden rolle. Med et ord fra temamødet på Østerbro, kommer de til syne som "ressourcetektiver" (Bilag 5), der har kompetencen til at løse gåden i den ældre krop og det ældre sind. Når den ældre krop og yngre krop er sammen, kan den yngre krop iagttages som en motivator, der

Billede: Bord med pjecer fra temamøde

fremelsker potentialer, der kan realiseres hos den ældre. I det lys tager ressourcer, løsninger og muligheder form – de sundhedsfremmende elementer – *”Det er det, vi kan, og det er det, vi skal”* (Bilag 11).

Men lyset kastes forskelligt under de forskellige temaer; kroppene tager forskellige former alt efter temaet. Med et tema om kost bliver den unge krop til som en fagperson, der kategoriserer de ældre som objekter, der f.eks. tenderer mod at være småspisende. Med et tema om motion bliver den unge krop til som fysioterapeut, der ser de ældre som objekter,

der kan miste muskelmasse og balance (Bilag 5;

Bilag 4). Både småspiseri og svindende

muskelmasse kan modarbejdes med den rigtige handlen, som fagpersonen kender vejen til.

Gennem de tematiske oplæg kan vi iagttage de yngre kroppe som videnspersoner. I skæret af videnskabelig evidens og oplægsholderens egen sundhedsfaglige baggrund kan vi iagttage en krop, som uddeler viden og instruerer de ældres handlen.

Vi kan altså iagttage temamødet muliggøre to roller for de yngre kroppe: vært og vidensperson.

Omvendt fremtræder de ældre kroppe i mere passive roller som: gæster og publikum.



Billede: Indbydelsen til temamødet



I lyset af ovenstående vil vi fremhæve de mulighedsrum, som dispositivet frembringer. Der er fire udsigelsesrum kroppene på temamødet kan træde ind i: 1) vært, 2) gæst, 3) vidensperson, og 4) publikum. Det er som oftest de ældre kroppe, der er gæster og

publikum og de yngre, der er vidensperson og vært. Disse mulighedsrum understøttes af objekter som frokost, pjecer, blomster, lys, stole, borde mv.

Udsagn om og af ældre

Nu vil vi bevæge os videre til at iagttage regulariteter i linjerne af udsagn af og om ældre i vores empiri. Vi vil beskæftige os med mulighederne for udsagn før og under temamødet og siden se på, hvad de ældre selv udsiger.

Du er...hvor du bor

Inden selve temamødet er der blevet lagt en ramme for, hvordan de ældre kan tilknytte sig temamødet med egne udsagn og iagttagelser. Invitationen til temamødet lægger op til inspiration på følgende områder: *"Hvad får du ud af at røre dig?", "Hvad er godt at spise og drikke?", "Hvilke muligheder har jeg i mit lokalområde?"* og *"Hvilken medicin er vigtig for mig?"* (Bilag 12). Det er udsagn som disse, der på forhånd forventes ved temamødet, og gennem disse udsagn bliver den deltagende ældre til som én, der skal hjælpes på vej.

I de yngres udtalelser ved temamødet træder de ældre frem som en heterogen gruppe, betinget af en række faktorer; på nogle temamøder var man overrasket over de ældres funktionsniveau, de var *meget svagere*, end man havde regnet med (Bilag 9; Bilag 11). *"Jeg regnede jo med, at det var mange af dem, der faktisk endnu ikke var så mærkede, som nogle af dem jo rent faktisk var. Jeg havde regnet med, at lidt flere var lidt mere friske og lidt færre var så syge, som de rent faktisk var."* (Bilag 9), udtaltes det efter et temamøde på Vesterbro. På Østerbro, blev de ældre karakteriseret således: *"De virkede engagerede og positive"* (Bilag 11).

På Østerbro og i Vanløse fokuserede man ikke på de ældres funktionsniveau, men på deres indstilling til og respons på temamødet. De ældre på ydre Østerbro er *"rimelig ressourcestærke"*, at de *"har flere muligheder"*, og at de *"stiller krav"* (Bilag 11). De ældre på ydre Østerbro tilbliver anderledes end de ældre på Vesterbro gennem udtalelser som denne:

"De vil gerne vide noget, og hvad har de af muligheder, og hvad har de ret til og sådan noget. Hvor de andre er mere ydmyge tit. Det er meget generaliserende, men der tegner sig et billede" (Bilag 11)

Og uddyber:

"Det er nemmere at formidle noget til dem med mange ressourcer – altså de gode ting, man gerne vil ud med om sundhed osv. For de er vant til at tage imod viden og handle på det. Hvor de andre, der skal man på en anden måde formidle det, eller også tager de det ikke til sig. De er ikke vant til at tage imod, eller også kan de ikke se meningen med det, hvor dem som har noget viden og noget bag sig, de kan måske godt se meningen i, at det kunne være smart at ændre noget eller gøre ting anderledes" (Bilag 11)

Der er stor forskel fra område til område – også internt på Østerbro. Vesterbro og Sydhavnen er et gammelt arbejderkvarter, hvor man har været vant til at klare sig selv (Bilag 9; Bilag 10). Særligt for bydelen nævnes også: *"mange af vores borgere i den aldersgruppe, der har mistet børn – det er op mod 25 til 30 procent [...] Det er meget i vores bydel her"* (Bilag 9). Og faktorer som funktionsnedsættelser, barrierer i bybilledet, utryghed – mange ældre der ikke tør gå ud efter mørkets frembrud og ældre, der aldrig går uden for døren uden en pårørende (Bilag 9). Det er ikke udtalt på andre temamøder end på Vesterbro, at tricktyve er et væsentligt problem, hvor de ældre får flere råd til, hvordan de kan forsøge at sikre sig mod disse (Bilag 4). *"I skal ikke være så venlige, I må gerne møde fremmede med en vis skepsis"* (Bilag 4).

Gennem disse udsagn kommer de ældre til syne forskelligt indenfor bydelene. På Østerbro og i Vanløse tilbliver de ældre med reference til viden og uddannelse, mens de ældre på Vesterbro og i Sydhavnen tilbliver ved faktorer som tab af nære relationer og utryghed i lokalområdet (Bilag 9-11).

Samme tendens gør sig gældende, når emnet rammer økonomi: Temamødet på Vesterbro lå udenfor mimrekort-tidsrummet⁴. Det var udtalt, at det havde været dyrt at deltage i temamødet (Bilag 7). Temamødet i Sydhavnen drejer sig ligeledes om, hvad man har rettighed til, og hvad der er ens pligt som ældre.

⁴Havde temamødet været placeret senere på dagen, ville det have været gratis for de ældre at køre med bussen.



Det bliver tydeligt, at de ældre ikke blot fremtræder som enkeltpersoner, men som ældre i samspil med en bydel. De roller, vi iagttager de ældre tage, er forskellige fra bydel til bydel. Således er den dialogsøgende gæst mere synlig på Østerbro, hvor den passive publikumsrolle er synligere på Vesterbro. Begge roller kan iagttages blandt de ældre alle steder i byen, men de kommer til udtryk i varierende grad.

Hvis vi husker tilbage på figur 4 på side 44, så hjælper linjerne tegnet af borgeren, bydelen og temamødet med en prioritering af, hvor det tematiske fokus skal ligge. Er det medicinering eller fysisk aktivitet, som er vigtigt at få i balance? Denne fleksibilitet er med til at understøtte dipositivets logik.

Eksperter på eget liv?

Vi vil nu skifte fokus til, hvordan oplæggene ved temamødet får den ældre til at tilblive på en bestemt måde. Ved temamøderne skaber oplæggene et mulighedsrum for dialog. Oplægsholderne fortæller om problemstillinger indenfor fire områder, eksempelvis fejlmedicinering og inaktivitet (Bilag 4), og de ældre inviteres til at bidrage med fortællinger fra deres eget liv.



En ældre kvinde indgår i dialogen og fortæller på et temamøde på Vesterbro, at hun føler sig tilpas og spiser sunde måltider bl.a. kendetegnet ved mange grøntsager. Derfor mener hun ikke, at hun har brug for kosttilskud. Hun udsiger viden om kost og ernæring. Men i oplæggets kontekst bliver det genstand for en optimering: Det

er rigtig fint, at hun spiser mange grøntsager, "men Sundhedsstyrelsen anbefaler" kosttilskud i form af d-vitamin og kalk (Bilag 3).

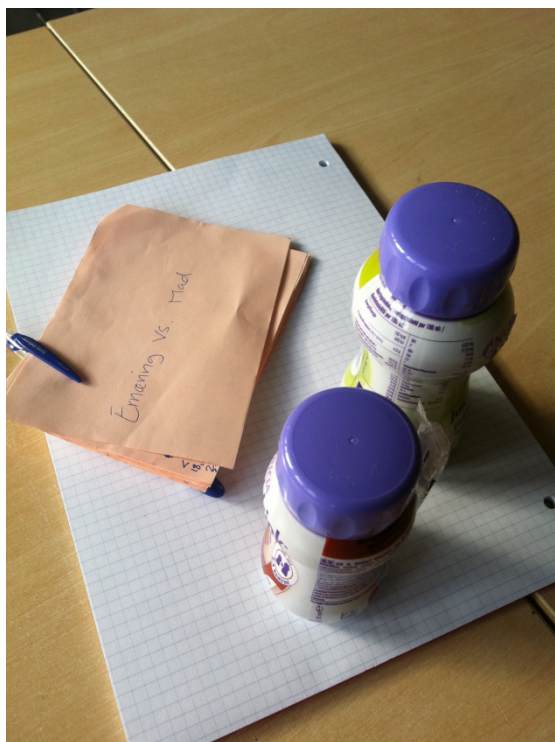
Selvom den ældre kvinde ikke føler et behov, men fremstår som en ældre, der mærker efter og lytter til sin krop, ser forebyggeren et udviklingspotentiale, da den sunde kost ikke længere er nok i kvindens alder – ikke fra et ernæringsfagligt synspunkt. Igennem disse udsagn opstår den ældre igen som en person, der skal hjælpes i den rigtige retning og ikke som en ældre, der er ekspert på sit eget liv.

Det udsiges ellers flere gange på temamødet: "de er eksperter på deres eget liv" (Bilag 1), men netop at lade de ældre komme med historier fra deres eget liv bliver i den grad også en mekanisme, der kan bruges til at cementere oplægsholderne som fagpersoner med relevant viden og myndighedernes anbefalinger bag sig. Vi kan altså iagttage et tydeligt defineret og afgrænset rum for udsigelse, som de ældre kan tilknytte sig. Tematikkerne kommer til at danne grundlag for, hvad der er et relevant udsagn fra den ældre.

Der opstår et paradoks ved, at de ældre inviteres til dialog om deres individuelle oplevelser og problemer, da de jo er eksperter på deres eget liv. For samtidigt kan de ældre aldrig blive *helt* eksperter på deres eget liv, de skal have mere viden og konstant

optimering.

En anden ting bliver synlig for os, og det er normen om, at *før* er bedre end *senere*. I den historiske analyse 2006-2011 fremgår det, at raske ældre ikke er den væsentligste gruppe, når det kommer til fejlnæring. Ikke desto mindre får kost og ernæring en plads på temamødet, fordi forskningen fortæller, at mad spiller en vigtig rolle, hvis den ældre skal komme på benene igen efter en operation eller sygdom. Man vil altså ikke tage chancen ved først at fortælle de ældre om det *senere*, når sygdommen har ramt.



Billede: To energidrikke, der blev fremvist under tema om mad. De indeholder et helt måltid og den helt rigtige mængde protein, kulhydrat, fedt og vitaminer.

Kan man få syndsforladelse for inaktivitet?

På temamøderne taler forebyggerne ud fra evidensbaseret viden om, hvor vigtigt det er at holde sig aktiv hele livet. At man ikke isolerer sig, da ensomhed er ligeså skadeligt som de værste sygdomme og kan forkorte det menneskelige liv med adskillige år. I vores interviews talte vi derfor med de ældre, om hvordan de lever deres sociale liv, og hvem de omgås.

Vi hørte om ældre, der går i aktivitetscenter, tager på tur med Røde Kors, går til blomsterbinding, er aktive bestyrelsesmedlemmer, besøger yngre og ældre familiemedlemmer, har campingvogn i Vallø, er tilskuer til børnebørnenes håndboldkampe og meget andet. Men de ældre udtaler også, at de til tider holder sig adskilt fra omverdenen af forskellige årsager. Det er udtalelser om, at det kan være svært at komme på gaden, hvis de har det psykisk eller fysisk skidt, eller hvis de er utrygge eller trætte.

De ældre fremstår som kroppe, der ved, at det er vigtigt at holde sig aktive og engagere sig socialt. Vi hører dem udtale ønsket om at være sociale, men at de samtidig møder begrænsninger.

På den ene side udtales et ønske om at være aktiv:

- *Jeg vil bare ikke sidde og falde sammen og blive trist og gammel, og sådan noget. Der er jo ikke noget at gøre ved alderen, men man kan jo gøre noget ved at man tager ud ik'?* (Bilag 18).
- *Jeg trænger til at komme sammen med andre mennesker. Jeg står altså op hver morgen kl. halv seks, og går i seng halv tolv, så der er altså nogle timer der skal slås ihjel* (Bilag 17).
- *Noget skal man have at stå op til* (Bilag 19).

På den anden side fortæller de ældre om deres begrænsninger:

- *Jeg sad altid på hospitalet de sidste år, så det var ligesom om, jeg havde brug for at slappe lidt af (Bilag 18).*
- *Der er mange ældre, der bliver overfaldet, så vi går ikke ud, man gider ikke, når man ikke er sikker (Bilag 21).*
- *Jeg har altid gerne ville have gæster, men jeg kan ikke rigtig mere. Jeg kan ikke klare det, slet ikke når vi er sådan en stor familie (Bilag 15).*

Gennem disse udsagn fremstår de ældre som mennesker, der engagerer sig socialt for at få indhold i livet. Hvis de ældre ikke aktiverer sig, udtales det skamfyldt og næsten som en synd, de ønsker syndsforladelse for.

- *Jeg aktiverer mig for lidt – det kan jeg lige så godt indrømme. Det er også derfor jeg søger inspiration nu (Bilag 17).*

Den sociale kontakt udtales som det, der giver de ældre mening i livet. Specielt omgås de ældre deres familier, da flere har mistet mange venner og deres ægtefælle. De ældre fremtræder – på nær et enkelt tilfælde – som om de er tæt knyttet til deres familie. De fortæller, at de sætter pris på at følge med i deres liv, og at det er det, der giver dem mening i livet.

- *Jeg sætter jo meget stor pris på min familie og dyrke min familie (Bilag 17).*
- *Min datter er meget sød overfor mig, hun hjælper mig (Bilag 18).*
- *Jeg ser min familie – i hvert fald til fødselsdag. Min søn kommer over en bajers tid eller to nogle gange om ugen (Bilag 15).*

I forlængelse heraf, fremtræder det som om, at de ældre ikke altid er aktive for egen vindings skyld, men fordi det kræves af dem fra anden side. Det er hørt flere gange på temamøder, hvis en ældre spørges af en anden ældre (Bilag 2-5):

- *"Hvorfor deltager du i det?"*
- *Det gør jeg fordi min søn siger jeg skal – haha.*

- *Ja, haha, det er ligesom mig, man gør det, fordi de andre siger man skal."*
- (Om afslutning af abonnement i fitnesscenter, og hvad datteren vil sige til det)
'MOR, det skulle du ikke have gjort!' Det ved jeg, hun vil sige. Hun synes, det er så dejligt, at jeg går til sådan noget (Bilag 18).

De ældre fremstår på den måde som personer, der sidder mellem to stole, når det kommer til det sociale. Det er både et udtalt ønske for dem at have en fyldt kalender, så man har indhold og mening i livet – det ønsker de for sig selv, det ønsker deres familie og forebyggerne for dem. Men de er samtidig forhindret i at deltage i det sociale på grund af andre elementer i deres liv. Det ses, når de ældre fortæller historier om livet med sorg, udmattelse og den isolation, der kan følge. Andre udtalelser om fysisk funktion sætter også begrænsninger for, hvor socialt aktiv den ældre kan og vil være.

- (Om hvordan han skal have pjecerne fra temamødet gennemgået af en forebygger)
Jeg føler mig ikke umiddelbart gået i stå, men jeg kan godt mærke, jeg er gået lidt ned af bakke – det er klart ikke, jeg lever jo i det, der hedder sorgens år (Bilag18).



Gennem de ovenstående udtalelser fremstår de ældre som mennesker, der prioriterer objektet, 'den sociale aktivitet', højt. De udtaler, at de finder meningen med livet i det sociale samvær med andre. Så når andet engang i mellem begrænser dem i deres autonomi og funktion, svinder deres lyst til livet. De føler skyld, hvis de i perioder ikke kan aktivere sig socialt i omverdenen omkring dem. I dispositiv analytisk optik viser de ældres fortællinger, at de er helt med på dispositivets rationalitet. De ved godt, at de skal holde sig aktive og ikke afvige fra normalen. De gør det ikke kun for sig selv, de gør det også, fordi deres nærmeste familie og samfundet kræver det af dem. Logikken efterlader et mulighedsrum for de ældre, hvor de enten er aktive (godt) eller passive (skidt). Det føles så skidt, at de mister livsglæde eller meningen med livet, hvis de er passive for længe. Uden social aktivitet får de ældre det til at lyde som om, at de lige så godt kunne stå med den ene fod i graven.

Sund og syg på samme tid

På temamøderne taler forebyggerne ud fra evidensbaseret viden om, hvor vigtigt det er at holde sig sund hele livet. De taler om den rigtige og forkerte kost for ældre og om væsentligheden af fysisk aktivitet. I vores interviews taler vi derfor med de ældre, om hvordan de lever med kost og motion i deres dagligdag.

Når de ældre fortæller om kost og motion, er det som udgangspunkt altid i relation til noget andet: *"Ja, jeg spiser sundt - grønt og varieret, for at holde mig frisk"* eller *"Jeg går til gymnastik, fordi det gør mig glad"* (Bilag 15). Sundheden for de ældre udtales ikke som målet, men som et middel til at kunne klare sig selv og leve et værdigt liv uden hjælp. En ældre fortæller, hvordan hun efter en operation ikke fortalte nogen i sit netværk omkring operationen, da hun ikke ville være til besvær (Bilag 19). Her fremtræder de ældre som mennesker, der gerne vil kunne klare sig hele livet – eller længst muligt, og middelet hertil er kost og fysisk aktivitet.

Flere ældre fortæller, hvordan de ikke rigtig tog noget nyt med sig fra temamødet, når det kom til kost-temaet: *"Jeg synes, jeg går meget op i kost, og jeg tror ikke, jeg skal lave noget om på det"* (Bilag 18). De ældre mener selv, at de ved hvad der er bedst for dem, også selvom det ikke stemmer overens med, hvad forebyggerne har fortalt: *"Jeg ved godt, hvad man skal have, og jeg tager bare en stor ske kokosmel – uhmmm, jeg elsker det"* (Bilag 16). De ældre fremstår som mennesker med hver deres rutiner, der passer for dem, og som de har det godt med, selvom de engang i mellem: *"springer et måltid over"*, *"synder"* eller *"spiser stegt flæsk"*, som er udtalelser om, hvad usundt de gør (Bilag 15; Bilag 17; Bilag 19).

Det samme bliver synligt i forhold til de ældres motion. De fleste ældre fortæller, hvordan de bevæger sig jævnligt og ofte, nogen laver gymnastik, andre gør hyppigt rent, cykler eller går tur. Ligesom med social aktivitet er der med fysisk aktivitet også nogle psykiske og fysiske begrænsninger, som gør, at man ikke altid kan holde sig fysisk i gang. En ældre fortæller nedslået, at han i øjeblikket ikke kan gøre sin morgengymnastik, fordi han faldt et par dage tidligere, og hans hjerte *"stoppede"* i nogle sekunder. Han har trykket nogle ribben og har en stor bule og blodansamling i panden og en hævet hånd (Bilag 22).

Næsten alle de ældre kan fortælle historier om operationer for det ene eller det andet; grå stær, hofte, knæ, stomi, og generelle dårligheder som rygerlunger og dårligt hjerte.

I disse udsagn fremstår de ældre som nogle, der er sunde og syge på samme tid. Det gøres muligt på grund af forskellig medicin, som der også er talt om på temamødet for at gøre de ældre opmærksomme på, hvor let man kan fejlmedicinere sig. Her udtales det fra flere sider, at det var brugbar information, da flere: *"tager den medicin lægerne har foreskrevet"* (Bilag 18). Nogle ytrer, at de efterfølgende har taget kontakt til deres læge for at bede om en gennemgang af deres medicin. Det er også hørt udtalt ved temamøder, at: *"man kan jo ikke vide alt, og engang imellem må man jo stole på, at lægerne ved hvad de gør"* (Bilag 18).

De uafhængige ældre fremtræder samtidig som afhængige, for uden læger kan de ikke styre deres medicin, som er afgørende for at de kan være sunde og syge på samme tid - men de kan *forsøge* at tage styring og ansvar med deres egen medicinering gennem kontrolbesøg.



Igennem sundheden: kost, motion og medicin, tilpasser de ældre sig dispositivets logik. De vil ikke være til besvær, de vil ikke være afhængige, de vil være velfungerende og kunne køre sig selv til kirkegården, når den dag kommer. Men omvendt indskrives de ældre sig - igennem kost, motion og medicin - i en logik, hvor de aldrig kan blive helt uafhængige, da de har behov for lægernes viden om medicinering og de yngre kropes styrke. De ældre rammes af dispositivets virkning, og det efterlader dem med en følelse af skuffelse, når de ikke kan selv. Et selvansvar som de fleste nærmest heroisk forsvarer. I sidste ende efterlader dispositivets logik de ældre med et individuelt ansvar, hvor de tvinges til at tænke på dem selv først: *"først mig selv, og så mig selv og så min næste, hvis det er til mit eget bedste"*.

To be or not to be - uafhængig

Ovenstående del af analysen får den ældre til at fremstå som både uafhængig og afhængig, dette skisma høres også udtalt i andre sammenhænge, som vi her vil gennemgå.

Når vi hører de ældre fortælle om deres hverdag, hører vi om forskellige udfordringer. En af de helt store udtalte frustrationer for de ældre, er teknologi eller "*det nymodens pjat*" (Bilag 18). Når de ældre taler om teknologi-frustrationen, fremlægges den som om, der i dag oftest bliver henvist til hjemmesider, sms-tjenester, dvd'er mv. Enkelte ældre mestrer computeren til "*netbank, borgerservice og mails*" (Bilag 18), men langt de fleste har ikke en computer, og selv hvis de har en, kan den kun bruges, når familien er i nærheden til at hjælpe. En ældre forklarer, hvordan hun er blevet henvist til en specialist, fordi hun har voldsomme smerter i sin ryg, hun skulle bare selv finde en specialist på internettet der havde tid, og hun havde ikke internet. Hendes søn, der bor i England, måtte hjælpe, og til sidst måtte hun vente i tre måneder.

Der opstår således nogle objekter i de ældres nærvær, som begrænser deres udtalte ønske om uafhængighed.

En ældre forklarer, at han har svært ved at bede om hjælp. Han synes, at han bliver mødt med hån, når han ikke kan klare sig selv. Flere ældre – både i interviews og på temamøder – fortæller, hvordan de mener, de bliver mødt i samfundet, "*vi er bare sådan nogen der er der*" (Bilag 22). De fortæller, at ingen ser deres ressourcer.

I forlængelse heraf taler flere ældre om, at det er let at føle sig som en belastning, når man er afhængig af andre. En ældre dame fortæller, at hun "*ikke [er] sur og besværlig, jeg har ikke noget at brokke mig over*" (Bilag 16), som den umiddelbare reaktion på, at der spørges til hendes holdning. En anden ældre udtaler i forbindelse med en klage over sin læge, "*så nu vil jeg være en gammel dame*" (Bilag 16) og gør 'gammel' og 'til besvær' til synonyme.

En sidste observation i forbindelse med afhængig/uafhængig skismaet er, at der udtales et ønske om en stærkere relation til kommunen, "*vi mangler altså noget information fra kommunen*", "*Inden min hustru døde, så havde vi jo flere der kom i hjemmet pga. hjælp, men for mit eget vedkommende efter hun var død, er det eneste jeg har hørt fra forebyggerne nu her*" (Bilag 18). Der udtales således et ønske om, at man gerne vil have inspiration – og hjælp hvis nødvendigt: "*jeg har faktisk nogle enorme problemer, det er et rent tilfælde, at jeg i dag har været i bad og støvsuget, fordi du kom, normalt ligner her en svinesti, for jeg orker det ikke*" (Bilag 16).

Der er grundlæggende tvivl om, hvad de har ret til: "*Jeg har aldrig kendt ældre mennesker, jeg*

ved ikke, hvad der er normalt for aflastningsmetoder” (Bilag 22), og en grundlæggende tvivl om hvad det vil sige at være gammel. For da de var børn, så var en gammel én på 50, ”For eksempel havde vi en nabo derhjemme, der var ældgammel (50 år), hun var rynket og det hele du ved. Selma Maria kaldte de hende, (...) hun havde sgu lus. Det var bare om at holde sig væk” (Bilag 22).



Opsummerende kan man sige, at samfundet kræver af de ældre, at de skal kunne indgå på samme vilkår som alle andre, det betyder bl.a. at de skal mestre teknologi, hvis ikke de kan det, så glider de udenfor det normale.

Når de ikke mestrer alt, hvad de yngre generationer kan, kan det opfattes som hån, de bliver mødt med. En hån der måske i sidste ende afspejler, hvor svært det er at bede om hjælp. Dispositivets logik fremhæver, at ung og teknologisk kompetent er bedre end gammel og udfordret på et teknologisk plan. De ældre fremstår igen som kroppe, der død og pine ikke vil være til belastning for hverken dem selv, deres familier eller samfundet. De ældre har nogle gange brug for hjælp, men den er svær at bede om – for så afviger man fra det overordnende ønske om autonomi. Omvendt kan man se, at dispositivet virker, fordi det inviterer til at hjælpe de ældre gennem temamødet, uden at de ældre selv skal bede om denne hjælp. På den måde iscenesætter dispositivet ”autonomibehovet” på en tankevækkende måde - man kan få hjælp med at opnå autonomi, uden samtidig at give afkald på sin autonomi.

Dispositivets norm om uafhængighed gør det svært at bede om hjælp, men hjælpen skal til for at optimere de ældre. I mødet mellem borger og temamøde muliggøres det i dispositivets ånd, som genindsætter logikken om uafhængighed og frivillighed i den valgfrie gæsterolle. ’Hjælp’ bliver en lettere pille at sluge, hvis du opfordres til at tage den.

Efter ovenstående gennemgang af regulariteter i udsagnene om og af ældre, vil vi nu se på, hvilke praksisvirkninger vi har iagttaget i vores empiri.

Praksisvirkning omkring den ældre

Før og under temamødet

Vi vil i dette afsnit iagttage praksisser, som har virkning i forbindelse med temamøderne. Først vil vi indlede med at iagttage, hvordan selve formen 'et temamøde' tilbyder kontingente praksisrammer. I temamødet ligger der en taktisk brug af forebyggere og oplæg samt mundtlig dialog, der sætter en bestemt ramme for deltagernes praksis. Derefter vil vi reflektere over, hvordan et sundhedsfagligt råd får sin virkning på et temamøde. Til sidst i dette afsnit vil vi fremhæve, hvad det er, de ældre har taget med sig fra temamødet.

Temamødet som praksis

Først selve temamødets linjer af praksis. Vi kan iagttage, at temamødets rammer tilbyder de ældre et helt nyt sted at blive til som ældre. Når de ældre tager imod invitationen til temamødet, indgår de i kontakt med sundheds- og ældrepolitikken og bliver personer, der udtrykker nysgerrighed overfor inspiration til deres hverdag indenfor de givne temaer.

Vi kan iagttage, at de tematiske rammer for temamødet giver visse retningslinjer, men der er samtidigt tale om et åbent og flytbart koncept, der tillader at udfylde hullerne og bøje retningslinjerne.

Det er således vores iagttagelse, at temamøde-formen fungerer i praksis, fordi den kan tolkes, bøjes og enkelte steder helt bryde med den foreskrevne struktur. Det ser vi fx ved et oplæg om medicin, der i praksis kan tage form med et overraskende stort fokus på sociale forhold, fordi den enkelte oplægsholder sætter sit personlige præg på mødet (Bilag 5). I praksis fungerer de overordnede rammer altså ved at blive bøjet og brudt efter den enkelte oplægsholders vurdering og med blik for de konkrete ældre ved temamødet. Det er således et nødvendigt kriterium for at opnå succes, at temamødet balancerer mellem at være indbydende og ikke-påtrængende samtidig med, at der bliver leveret hård videnskabelig viden. For at opnå dette gør temamødet brug af forebyggen.



Temamødet virker som en styrende praksis, idet den tiltrækker flere ældre end tidligere formået ved hjemmebesøgene. Samtidig virker temamødet, fordi dets rammer er fleksible. Taktikken er ikke en hårdt støbt praksis, men den kan tilpasse sig subtilt og flydende omslutte de ældre. Temamøderne er et tydeligt eksempel på en sikkerhedsskabende praksis, der prøver at forberede de ældre på de farer, der senere kan komme.

Forebyggeren som praksis og ældre som objekter for optimering

Vi vil nu kigge lidt nærmere på den praksisvirkning, som temamødet muliggør med 'forebygger', der kan møde den enkelte ældre og gennem løbende mundtlig dialog engagere de ældre i temamødet. De yngre kroppe, som vi har iagttaget på temamøderne, er det bærende momentum for, at temamødet fremstår med fleksible linjer af praksis.

Igennem den dialogiske form under oplæggene skaber forebyggerne et mulighedsrum for at indtage og indrette den store kompleksitet fra deltagergruppen. Forebyggeren, sammen med dialogformen, tilbyder en utrolig fleksibilitet for temamødet; der er ensrettende forskrifter for aktivitet *"30 minutter hver dag og to gange om ugen ved høj intensitet"*, som kan kombineres med en åbenhed overfor de tilstedeværendes behov gennem forebyggerens værtsrolle *"tag udgangspunkt i jeres egne behov"* (Bilag 5). Det generelle kan præsenteres, imens temamødet er meget sensitivt overfor det nære (Bilag 4), denne balance muliggøres gennem forebyggeren og dialogformen.

Hvis temamødet skal have succes med at dreje de ældres handlinger i en given retning, kræver det, at forebyggerne fungerer i rollen som den faglige vidensperson. De 'sundhedsfaglige råd' baseret på evidensbaseret viden får en virkning, som er mere og andet end bare udsagn og objekter. Hvis forebyggeren som oplægsholder kan hidkalde kendskab til *"den naturlige aldring"*, får hendes forskrifter for livsførelse en særlig status (Bilag 3). Hvis forebyggeren fortæller, at videnskaben har dokumenteret, at et stærkt

socialt netværk er lig lang levetid (Bilag 5), så får dette råd en særlig tyngde i forhold til den ældre. Som noget han enten lever op til eller ikke lever op til, eller som noget, der konstant kan forbedres. Det ender som en anvisning for al fremtidig aktivitet – 'er jeg nu i gang med at forbedre mig?'.

Det kommer til udtryk i oplæggene, som forebyggerne holder om de ældres kostvaner. Den enkelte ældres vægt er hele tiden i spil som overvægt eller undervægt. Dermed bliver diæten en fortsat proces, hvor de ældre fremover konstant skal forsøge at blive til som den normalvægtige ældre (Bilag 3, 5). Vi mener, at den særlige måde vidensperson-rollen virker ved temamødet (i kombination med værtsrollen m.fl.) får en afgørende betydning for de ældres tilblivelse. Den dialogiske praksis skal forskyde den ældres tilblivelse – sørge for, at han *"har fået en anden handlekompetence og en varig kompetenceændring"* (Bilag 9).

Når temamødet har succes, opstår muligheden for at præge de ældre med klare forskrifter for god livsførelse, men praktiseret i en hyggelig beliggenhed med værter og gæster – nærværende, empatiske forebyggere og nysgerrigt spørgende ældre.



Forebyggerne på temamødet tegner en praksis, der får dispositivets logik til at indfinde sig i de ældres nærvær. Dispositivets evidensbaserede forskrifter er ikke nødvendigvis i sig selv interessante eller i fokus for de ældre, men med forebyggernes råd og vejledning kan den komplekse ældre gøres til objekt for optimering.

De ældres udbytte

Efter denne gennemgang af temamødets linjer af praksis, med forebyggerne og dialog-formen som teknikker for at opnå succes, vil vi nu se på, hvad de ældres holdning til temamødet er. Vi vil se på, hvad deres motivation for at deltage var, for derefter at kunne sige noget om, hvordan temamødets linjer af praksis tiltrækker sig opmærksomhed og bliver til.

Derudover vil vi se på, hvordan de ældre oplevede forebyggerne og dialog-formen ved temamødet, og hvilke andre praksisser de ældre "tog til sig".

Motivation for at deltage

Uden de ældres deltagelse var der slet ingen temamøder. Derfor bliver det interessant, hvad det er, der motiverer de ældre til at bruge en halv dag i deres liv på at bevæge sig hen og høre om kost, motion, social aktivitet og medicin.

Vi kan iagttage, at de ældre oplever temamødet som mere end en mulighed for at få inspiration til deres dagligdag. De ældre fremhæver en vifte af årsager til at de fandt indbydelsen interessant, et par eksempler var 1) *at komme i kontakt med kommunen og få den hjælp jeg har behov for*, 2) *fordi jeg var nysgerrig på sundhedshuset, hvor temamødet blev afholdt*, 3) *fordi jeg ønskede inspiration til at lære at tale med min læge*, 4) *vi har et godt forhold til vores hjemmebesøg, så da hun inviterede, kom vi selvfølgelig* eller den måske oftest hørte 5) *jeg var nysgerrig på, hvad det var for noget* (Bilag 15-22). Det er således meget afhængigt af, hvem der læser invitationen, hvad motivationen for deltagelse er. De ældre fremtræder som en broget flok; mens nogle kommer for at være med på en lytter og få frokost, er der andre der kommer med deres helt egen agenda for temamødet. Denne "egen agenda" bliver specielt synlig i dialog-formen, hvor de ældre kommer på banen.

De ældres modtagelse af temamødet

Dialog-formen

Som beskrevet ovenfor, gør temamødet brug af forebyggerne og dialog for at få succes. Igennem disse to teknikker, kan der refereres til viden, der får status som 'sandhed'. Og vi kan iagttage, at denne viden med sin sandhedsværdi også danner linjer af praksis, som påvirker de ældres handlinger.

Forebyggerne bliver af alle de ældre italesat som *hyggelige, dygtige, gode, venlige, vidende* mennesker, som de ældre har tillid til og respekterer. Når forebyggerne inviterer til dialog, bliver det således modtaget positivt af de ældre. De ældre bruger dialogformen til at komme på banen med egne erfaringer – som forebyggerne lægger op til – men de ældres personlige agenda for at være til stede på mødet bliver også fremhævet. Det ses i forskellige situationer, at de ældre fuldstændig overtager dagsordenen med fortællinger om frustrationer eller glæder fra deres hverdag. Det kan både være historier, der har

nogen relevans for det overordnede tema, men kan ligeså vel være ting, der tilfældigvis skete i morges. På hvert enkelt temamøde iagttages der således en vekselvirkning mellem forebyggerne og de ældre. Hvem får lov til at sætte dagsordenen? Hvem styrer, hvad det egentlige udbytte er?

De ældres respekt for forebyggernes videnskabelige udsagn gør, at de ældre i de fleste tilfælde indordner sig temamødets rammer eller i hvert fald stilletiende accepterer, at de ikke har autoriteten til at sætte rammerne.



"Who ever sets the frame gets the game", men indenfor rammerne er der alligevel en "frihed". De ældre får svært ved at sætte dagsordenen på møderne, men de ældre kommer af høflighed, andre af nysgerrighed og andre igen, fordi de gerne vil have hjælp. Temamødet kan rumme det hele, selv når de ældre er udtalt kritiske, afvæbnes denne kritik i de fleksible rammer. Taktikken med forebyggerne bliver mødt med accept og som oftest respekt. De evidensbaserede råd blødgør kritik og modstand, rådene får sandhedsværdi, og på baggrund af disse formes praksis, der nu kan støtte op om målet: de ældres autonomi og sundhed. Sagt med andre ord, så får de evidensbaserede råd her styrken til at "ende" diskussionen. Derved tager temamødet og forebyggerne magten og sætter sandheden.

Hvad ser vi, at de ældre har taget til sig

I interviewene med de ældre ser og hører vi, at der er praksisser, der har taget indtog i deres liv. For hvert af de fire temaer ses der følgende praksisser, som de ældre nu vurderer deres liv op i mod.

Normalvægt

Under kosttemaet blev de ældre introduceret til "et korrekt BMI". På baggrund af forebyggernes præsentationer er BMI en forkortelse for "Body Mass Index" - eller på dansk kropsmasseindeks - og kan være en god indikator til at finde ud af, om man er overvægtig eller ej. BMI fortæller, hvorvidt forholdet mellem højde og vægt stemmer overens med, hvad der anbefales for mennesker på ens højde. Ved at udregne ens BMI tal

kan man finde ud af, om man ligger over eller under grænsen for normalvægt. Det er vigtigt for forebyggerne at pointere, at de ældre ikke længere skal have et BMI som ”almindelige voksne mennesker”, men de skal ligge ca. to point højere, så man har ”lidt at tage af”, hvis man bliver syg eller til at polstre én, hvis man falder (Bilag 3).

Flere ældre har (i nogle tilfælde skamfyldt) taget dette til sig. Ved et temamøde blev det også synligt, at man vejede de ældre med en vægt, der ikke kun fortalte, hvad du vejede, men om du havde den rigtige muskelmasse, hvad din biologiske alder er, hvilken slags fedt, din krop indeholder osv. En 89 årig fortæller: *”De spurgte, hvor høj jeg var, og hvor gammel jeg var, og det måtte jeg jo så fortælle. Og så fik jeg sådan en lang seddel. Det eneste der ikke var i orden, var mit BMI, det var på 22 (Interviewer: skulle det være lidt højere eller hvad?) Ja, det tror jeg nok (lille-pige-skyldig-ansigt), og så sagde hun altså, at jeg var til 74 år! (griner) Men det må være det indre i kroppen, for jeg er en gammel pige”* (Bilag 15).



BMI, fedtprocent mv. bliver sandhedsværdier, der former de ældres praksis. De ældre bliver nu et tal, der kan holdes op imod normalen og fortælle, hvor tæt de er på denne værdi.

Billede: Den fedtprocentmåler, som de ældre blev vejede på, og fik at vide om de lå indenfor eller udenfor normalen

Rejse-sætte-sig-test

Til temaet om fysisk aktivitet gør forebyggerne brug af ”rejse-sætte-sig-test”. Formålet med rejse-sætte-sig-test er at vurdere styrken i underkroppen. Testen udføres ved, at

testpersonen rejser og sætter sig fra en stol så mange gange som muligt på 30 sekunder. De



ældre instrueres i, at det er det højest mulige antal oprejsninger, der skal gennemføres. Det antal oprejsninger den ældre kan klare, kan man sammenligne med, hvad der er "det rigtige" for den ældres alder. Herudfra ved man om den ældre er i risiko for fald eller generelt mangler fysisk styrke i underkroppen.

En ældre fortæller: *"Til gymnastik kan jeg 16-17 gange, men til temamødet kunne jeg kun 12 gange, men med min alder skulle jeg have kunnet 13 gange [skuffelse i stemmen, men smiler og griner lidt], så det var en lille postgang for sent"* (Bilag 15).

Billede: Plakat fra temamøde i Vanløse om hvordan man styrker sin muskelmasse

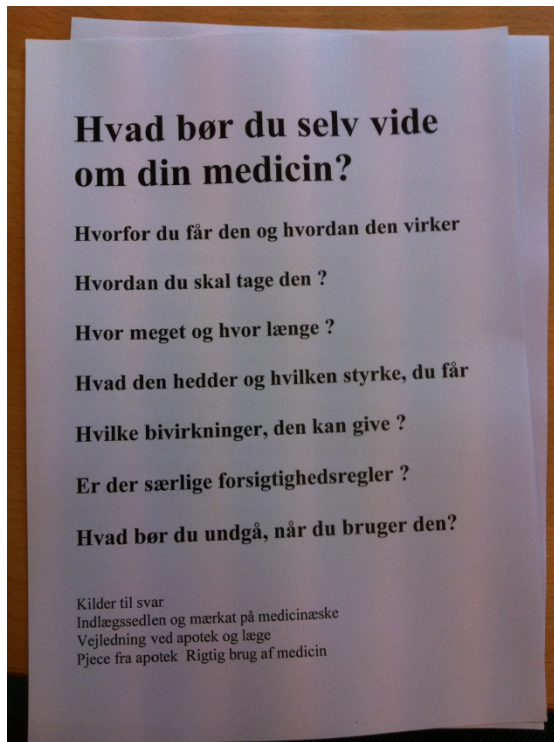


Ligesom med BMI, får rejse-sætte-sig-testen en sandhedsværdi. Hvis du er x-antal år, skal du x-antal gange kunne rejse dig, hvis ikke du kan det, er der fare på færde. Der er her endnu et tydeligt tegn på, at de ældre i dispositivet holdes op i mod en normal, og der er sandsynlighed for at afvige fra denne normal.

Medicin

Til temaet om rigtig brug af medicin er der mange praksisser, som de ældre allerede er bekendt med. Temamødets linjer af udsagn gør således brug af praksisser, der er rodfæstet i de ældres hverdag allerede. Lever man for eksempel med *forhøjet kolesteroltal, forhøjet blodtryk, gigt, sukkersyge* m.fl., er der rigtige og forkerte måder at leve sit liv på.

Temamødets budskab er, at man selv skal tage ansvar for, om man bruger den rigtige medicin på den rigtige måde. Og at de ældre meget gerne må gå til kontrolbesøg hos lægen, da fejlmedicinering meget ofte kan forringe de ældres liv eller være skyld i decideret forgiftning.



Flere ældre udtaler at de har haft nytte af denne information og har taget budskabet eller praksissen til sig. En ældre fortæller således om hendes brug af medicin: *"Engang i mellem tager jeg nogle panodiler, og så får man nogle gange nogle der hedder dit og nogen der hedder dat, og så gør de det samme, og så kan man få for meget. Og når man er sådan en gammel en som mig, så kan man godt huske forkert"* (Bilag 15).

Billede: "Huskeseddel" de ældre fik med hjem fra temamødet i fht. deres medicin

Sociale forhold

Når forebyggerne taler om sociale forhold, opstår der en bestemt måde at strukturere praksis gennem: *klubber og frivilligt arbejde*. Det er måder, hvorpå de ældre kan deltage aktivt i samfundet omkring dem. Nogle ældre lever allerede deres liv gennem disse praksisser, mens andre ældre udtrykker, at det ikke er for dem. Ikke desto mindre fortæller forebyggerne, at ens levealder kan forkortes syv år, hvis man er ensom og isoleret, og at klubber og frivilligt arbejde er måder, hvorpå man kan slippe for ensomhed, depression og sygdom.



De samme sandhedsværdier, der former de ældres praksis, bliver synlige med medicin og sociale forhold. De ældre er blevet opmærksomme på de faldgruber, der findes, når man tager medicin, og hvis man ikke er social aktiv. De udsiger endda, at de har fået meget ud af den nye viden om medicin. Der er igen tale om, at de ældre skal holde deres praksis op i mod en handlen, der er rigtig eller forkert.

Linjer af subjektiverings for den ældre

I foregående afsnit så vi, hvordan forskellige linjer af praksis var til stede ved temamødet, og hvordan nogle af disse er blevet overført til de ældres forståelse af deres levede liv. I følgende afsnit vil vi igen tage udgangspunkt i temamødet og interviewene for at iagttage, hvordan de ældre forholder sig til sundhed i deres eget liv, og hvordan de ældre strukturerer deres praksis for at leve et sundt liv.

Den ældres selvforhold

Alle de ældre kan fortælle om, hvordan de lever et sundt liv. Det er ikke kun på baggrund af temamødet, for sundhed – ifølge de ældre: *motion, grøntsager, aktivitet, ikke for meget alkohol* – er ting, de har levet med i mange år (Bilag 15-22).

Flere ældre fortæller, hvordan de i mange år har haft rutiner med morgengymnastik, pilates eller andre motionsformer, og de føler sig styrket og støttet i troen på, at det er sundt og godt efter temamødet: *"Den bedste tid, det var her, da jeg blev visiteret til at komme ned på Elizabeth til fitness, det har jeg haft meget glæde af. Det var maskiner og cykler og leg indimellem, det var meget spændende. Jeg gør, hvad jeg kan!"* (Bilag 19). Nogle ældre har decideret taget rejse-sætte-testen til sig: *"Jeg laver den øvelse der på stolen nu. Den er nem, det er det første, jeg gør om morgenen"* (Bilag 17).

Når det kommer til det sociale, er der også flere ældre, der har modtaget budskabet om at holde sig socialt aktiv. *"Jeg vil lave et dagsprogram. Altså finde ud af, 'hvad vil du gøre den dag', og har du ikke lyst til det den dag, så kan du gøre det næste dag og så omvendt, ik?"* (Bilag 18).

Flere ældre fortæller, hvordan de hver uge laver store portioner mad til dem selv, så kan de fryse resten, og så ved de, at de får varm mad hver dag. Nogle af dem bekymrer det, at det ikke altid bliver så varieret. Andre vil gerne til at spise mere økologisk og grønt.

Der er også ældre, der ikke mener, at de tog noget med sig fra temamødet.



Der er flere eksempler på hvordan subjektiveringslinjer fremtræder i dispositivet, herover er fremhævet subjektiveringslinjer, der omhandler social aktivitet, mad og motion.

Delkonklusion

I ovenstående analyse har vi set, hvordan temamødet påvirker de ældres liv. Vi har set på, hvordan temamødet helt konkret viser sig som yngre og ældre kroppe, der påtager sig forskellige roller, indgår i dialog, udveksling af "gaver" som frugt, kaffe og pjecer. I temamødets lys fremstår de ældre som nogle, der skal hjælpes på vej.

De udsagn, der er omkring temamødet, får ligeledes de ældre til at fremstå som mennesker, der skal hjælpes. Desuden fremstår de ældre tæt forbundet med deres bydel. De ældre, der kommer fra mere socialt udsatte dele af København, bliver oftere sat i rollen som passivt publikum, mens ressourcestærke ældre oftere bliver sat i rollen som den gode gæst. Dialogformen cementerer muligheden for at indgå i disse roller.

De ældre fortæller efter deltagelsen ved temamødet om deres oplevelser af det sociale, motion, kost og medicin. Her fremstår det vigtigste for de ældre, som de sociale relationer. Motion og kost er vigtige midler til at opnå målet om fysisk funktion. Den fysiske funktionalitet gør, at de ikke føler sig afhængige. De ældre fortæller også om relationer til samfundet, hvor de imod deres vilje er meget afhængige af andre fx i forhold til teknologi.

De linjer af praksis, der bliver synlige ved temamødet, virker gennem de roller, de yngre og ældre kroppe påtager sig. Temamødets overordnede taktik – brugen af forebyggere i mødet med borgerne – gør deres videnskabelige råd let spiselige, når de præsenteres af en venlig vært.

Det blev endvidere observeret, at de ældre efter temamødet i flere tilfælde siger, at de har ændret deres adfærd – dispositivets virkning påvirker altså de ældre. De taler med om BMI, motion, kontrolbesøg hos lægen og hvilke sociale aktiviteter, der foregår omkring dem.

Det samme ses i de ældres selvforhold. Her er nogle praksisser ikke kommet på baggrund af temamødet – de har været rodfæstet i de ældre længe, mens andre er kommet efter deltagelsen. Det drejer sig om subjektiveringer som morgengymnastik, andre motionsformer, dagsprogrammer til det sociale og madlavning.

Inden vi nu går til den overordnende konklusion af vores analyser, vil vi springe lidt i konteksten. Vi har i det kommende afsnit valgt at præsentere noget af den overflod af empiri, vi har haft, på en helt anden måde. For vi mener, at fortællingerne er et relevant bidrag til vores kandidatafhandling.

De infame menneskers liv

Der er to udgangspunkter for, at vi skriver om infame mennesker, og de to punkter er placeret i hver sit hjørne af vores arbejdsproces. Det ene udgangspunkt er langt oppe i Deleuzes filosofiske elfenbenstårn og det andet i de mange møder – ansigt til ansigt – med deltagerne fra temamøderne. Midt i vores arbejde mødtes de to oplevelser og gav anledning til dette afsnit.

I vores gennemlæsning af Foucaults og Deleuzes filosofi blev vi opmærksomme på, at Deleuze gentagende gange refererede til en – for os – ukendt Foucault tekst ved navn 'De infame menneskers liv' (fx Deleuze, 2006: 110). Her mener Deleuze, at Foucault indleder arbejdet med at give subjektiveringen plads i sin filosofi. Vi fandt frem til teksten i en dansk oversættelse (Brügger, 1995), men blev overraskede af den spøjse tekst, som hverken iagttog galskab, disciplin eller biopolitik. Mest af alt lignede det Foucaults forsvar af hans interesse for de sære skæbner, som befinder sig i udkanten af dispositivets lys. Spøjst, tænkte vi, og læste videre i Biopolitikkens fødsel (Foucault, 2009). Men teksten havde gjort indtryk og ventede bare på, at vi selv skulle møde infame mennesker.

I denne proces har vi mødt rigtig mange mennesker, fordi vi interesserede os for dispositive, forebyggende temamøder og de ældre selv, og de har alle sammen gjort indtryk. For når du er gæst ved et temamøde eller hjemme hos et andet menneske, som interesseret byder dig på kaffe og kage, møder du mennesker med humør, særheder, styrker, svagheder og personlighed. Du er måske selv mest interesseret i linjer af praksis

og subjektivering, når interviewet skal i gang, men du kan ikke undgå at få langt flere indtryk end som så. For øjnene af dig udspiller sig et helt liv eller en hel skæbne. Så selvmodsigende og komplekst, som kun et langt liv kan blive.

Som Foucault skriver, er der kun én grund til, at de infame mennesker får deres femten minutters berømmelse, både i hans tekst og i vores kandidatafhandling:

"Det, som trækker dem ud fra det mørke, hvor de kunne og måske for altid burde forblive, er mødet med magten. Uden dette sammenstød ville der uden tvivl ikke været ét ord til at minde om deres flygtige bane" (Brügger, 1995: 158).

Ligesom Foucault fandt infame skæbner i sin omfattende afdækning af dispositiverne og diskurserne, har vi kun mødt disse mennesker, fordi temamødet interesserede sig for dem. Vi vil bruge dette afsnit til – kort – at præsentere skæbner fra vores interviews, deltagerobservationer og uvidenskabelige samtaler ved kaffebordet, som ikke i deres helhed er en del af hovedanalysen. Hvorfor? Vi mener, at vi giver plads til en restmængde fra vores empiri, som vi ikke vil udelade. Der er ingen systematik i observationerne, udover en interesse for den modstand mod eller forundren over temamødet, som de udtrykker. Med det konkrete eksempels tyngde ønsker vi at videregive den nysgerrighed, ensomhed, livsglæde, livslede, passion og afmagt, som vi fandt hos temamødets gæster.

Det hele menneske

Det er som oftest allerede på cykelturen derud, at man får en fornemmelse for, hvad der venter en. Når man kører rundt i Københavns kvarterer, så venter der sig noget andet bag døren i Vanløse end i Sydhavnen. Det kan man næsten sige sig selv. Det er som at være på skattejagt, og så finder man pludselig en lille skatkiste, hvori der sidder en perle. Så meget historie er der i de hjem, så meget indhold – og vi er blevet inviteret indenfor til det hele. Med hud og hår. Vi har kunnet tage det eller lad være, men ingen af de ældre lagde fingrene imellem.



Det er svært ikke at føle sig velkommen, når man træder ind over dørtærsklen hos hver enkelt af vores interviewpersoner. Hver eneste giver udtryk for, at det er hyggeligt, at man ville komme forbi. De ældre er i omgivelser, der ikke har andet til fælles end, at det er lejligheder med vægge, døre og vinduer. Ellers er deres omgivelser lige så forskellige som nat og dag. Nogle bor lyst, nogle

bor mørkt, nogle har væg-til-væg gulvtæppe, andre har porcelænsfigurer overalt, flere har tændte stearinlys, og alle – på nær et enkelt sted – har kaffe og småkager stående fremme.

Flere hjem har familiefotos hængende på væggene, som i visse tilfælde fortæller, at den ældre har, eller har haft, mere end 20 yngre familiemedlemmer.

Der er stille og fredeligt i lejlighederne, på nær nogle steder, hvor der er kukure eller tæt trafik i nærheden.

Allerede under det første besøg, inden for de første minutter, har den ældre kærlige kvinde på den anden side af sofabordet åbnet sit liv for os. Hun fortæller om sine 26 familiemedlemmer, hendes to afdøde mænd, den søn hun mistede til en forfærdelig kræftsygdom sidste år, og så fortæller hun os om, at her på de 53m² – som vi havde overblik over, inden vi trådte ind i entreen – har hun boet med sine tre sønner og sin første mand, og siden den anden. Der er ét soveværelse, én stue og en skotøjsæske af et køkken. Men det kunne lade sig gøre, og hun fortæller historier om, hvordan det var at have tre drenge i sit eget soveværelse i 18 år.

Næste gang vi er ude og interviewe, er vi et par dage forinden blev ringet op af en bekymret dame, der ikke mener, at hun har noget fornuftigt at sige alligevel. Hun siger, at det jo oftest er ens egen skyld, hvis man ikke passer ind i samfundet, og at hun føler sig mere alene i grupper end for sig selv. Vi taler lidt sammen, ikke som informant og studerende, men som mennesker der tilfældigt har krydset hinandens vej. Hun ombestemmer sig, og to dage senere har vi et alt for langt, men hyggeligt interview i Sydhavnen.

Kvinden er kunstner, hun har malet alle de billeder, der hænger på væggene, og skulpturerne omkring os er også hendes egne. Hun bor ikke som en "gammel". Vi spørger til, hvad hun lavede, inden hun blev pensioneret, og hun starter historien med, at hun blev sendt på pigeskole som seksårig. I løbet af de næste 45 minutter introduceres vi for en livshistorie fyldt med svigt, misbrug, skilsmisser, ensomhed og livslede. En kvinde der ser sig selv som en evig "smutter". Hun fortæller om alle de mennesker, der har svigtet hende, og spørger til, om vi vil fortælle hende, om hun er et frygteligt menneske. Hun viser sit atelier i sin vaskekælder, og indskyder – som det naturligste – at den brune urne derover, den har hun fundet på en endagstur til Hamburg. Hun vil ikke være til besvær, så den er klar til hende, når tiden er. Selvfølgelig kun hvis man finder hende i tide, som hun pointerer, for ellers er der ikke andet end mider og så skal gulvet rives op – det er "sådan noget djævelsk svineri".

To gange har vi været hos ældre, der stadig sørger over deres afdøde ægtefælle, og man undgår ikke at få spurgt om noget, der fremkalder en klump i halsen, og vi selv bliver påvirket af det stærke og rørende individ, der sidder foran en. Der stadig står ud af sengen om morgen, holder sig i gang og kan se værdi i tilværelsen – selvom de lige har mistet deres livskompagnon.

En eftermiddag på Nørrebro besøger vi et slovensk par. Her er omgivelserne helt anderledes, og vi skal ikke sidde i sofaen, vi sidder ved spisebordet. Her er der ingen kaffe "til at få talen på gлед", som det har heddet sig de andre steder. Det er som at komme til et fremmed land. Selv når vi prøver at kommunikere, sker det at ingen af os forstår, hvad modparten siger. Deres familie er i England, de har ingen andre. De er glade for Danmark, men de føler sig ikke hjemme, hverken i Danmark eller i Slovenien, og deres eneste barnebarn er i London. De kan knap nok kommunikere med samfundet omkring dem. Men de er venlige, og de ser besøget som en mulighed for at få oversat nogle af de ting, de ikke forstår i papirerne fra kommunen. Desværre kan vi ikke hjælpe dem med, hvordan insulin apparatet fungerer.

Til det sidste interview sidder vi overfor en mand, vi kan huske fra temamødet, er aktiv som bare fanden. Han kunne både det ene og det andet. Fire dage senere ringer vi på hans

dør, og så står der en noget slukøret version af den samme mand. Han er faldet, han har faktisk været død – hans hjerte stoppede – det er sket to gange før, men hver gang er der nogen til at banke ham i brystet.

Han er en stor mand. Vokset op på landet og hjalp sin far med at bære 100kg sække, fra han var 11 år. Da han skulle have arbejde, cyklede han fra Slagelse til København og gik fra dør til dør, indtil han fandt et sted de manglede arbejdskraft. Samme aften havde han fundet arbejde i Herlev, cyklede hjem til Slagelse og skulle begynde næste morgen.

Da han senere mange år efter blev pensioneret med en ødelagt ryg, knæ og afhængig af to krykkestokke, ville han have nyt køkken. Det klarede han selv, selvom han fik hjælp til at bære ned. Da han besluttede sig for at han ikke ville blive gammel med stokkene, brugte han hver dag hos en kiropraktor, der prøvede at få hans nerver filtret ud af hinanden og rygraden. I dag går han mere rank end en kostskolepige.

Dispositivet er, som beskrevet i det analysestrategiske afsnit, en tendens – ikke en lovmæssighed – og det betyder, at skæbnerne har en imponerende evne til at balancere på dispositivernes mange linjer. Vi har oplevet dispositivets regularitet ved temamødet, men som vist her, har vi også mødt en masse mennesker, der hver især forsøger at håndtere livets kompleksitet. Det er alle disse individer, som tegner dispositivets klare linjer, men som samtidigt sikrer, at transformationer altid er uundgåelige. Vi håber, at deres gengivelse har gjort indtryk på læseren.

Opsamlende diskussion: Det sundhedspolitiske dispositiv

Nu vil vi på baggrund af vores analyser opsamle de overordnende logikker og virkemidler, som vi ser det sundhedspolitiske dispositiv møde ældrebefolkningen med. Vi vil samtidigt diskutere, hvilke konsekvenser dispositivets virkning har for ældrebefolkningen og resten af samfundet.

Lægens sandhed

Den gode dispositivanalyse analyserer en historisk afgrænset sandhed, som har virkning i sin samtid. Dispositivet, som vi analyserede, giver forrang til 'lægevidenskabelig' viden, der i bytte etablerer dispositivets sandhed. Denne sandhed har sin dispositive virkning gennem normsætning. Lægevidenskabelige sandheder foreskriver normer for den rigtige måde at leve 'det gode liv' og fejrer sejren over døden. I vores empiri er det en rationalitet, der opfordrer til subjektiv handling – du kan gøre den afgørende forskel for din krops helbred.

Vi kan iagttage to overordnede typer af rationalitet, som kobles sammen med og styrker den lægevidenskabelige sandheds primat: en biologisk evidensbaseret og en samfundsøkonomisk. Dem vil vi nu se lidt nærmere på.

Evidensbaseret viden om ældre kroppe

Dispositivets sandhed får styrke ved at knytte sig til forskellige objekter i og omkring ældrebefolkningen. Her har vi kunnet iagttage en tydelig biopolitisk mekanisme, da det ofte sker på baggrund af *evidensbaseret viden* om menneskekroppen. Intervention i de ældres liv er central for dispositivets virkning, og denne intervention legitimeres – ja, den gøres nødvendig – på baggrund af evidensbaseret viden om ældres krop og sundhed. På temamøderne aktiverer forebyggerne den dispositive virkning ved hjælp af sundhedsfaglige råd, der er baseret på evidens. Når sundhedspersonalet skal lære at møde de komplekse borgere, skal de efteruddannes, og undervisningen skal være evidensbaseret. Det er ofte med videnskabelig evidens, at dispositivet taler sandhed til sin virkelighed; at linjerne af lys bliver tegnet.

Styrken ved denne strategi kan fx tydeligt iagttages i vores anden delanalyse. Her kan vi iagttage, at ældrebefolkningen er en utroligt mangfoldig gruppe, men samtidigt kan forebyggerne være fleksible overfor diversiteten. Det kan de, fordi den evidensbaserede viden om de ældre kroppe har så stort primat og er så bredspektret, at den ikke kan udfordres af de enkelte unikke kroppe.

Uden at bevæge os ud i en længere definition eller kritik af evidensbaseret viden, mener vi at kunne komme med et par iagttagelser. Evidensbaseret viden opnår man med metodisk analyse, hvorefter man finder en 'sand værdi', som kan generaliseres fra forskningen ud i en myriade af konkrete tilfælde. Dette generaliseringspotentialer giver det sundhedspolitiske dispositiv muligheden for at være nær de ældre, uanset hvem og hvor de er. Og logikken begrænser sig ikke længere til den afgrænsede institution, som dækker særlige behov – hospitalet, lægens praksis eller plejehjemmet – men vil nu konstant forholde sig til de enkelte kroppers levede liv.

Vi mener, at kraften i evidensbaseret viden om menneskekroppen er hovedårsagen til, at dispositivet virker på trods af den nødvendige grad af valgfrihed og autonomi hos de ældre. For hvordan modargumenterer man det evidensbaserede? Findes der et menneske i det danske samfund, der synes, at sygdom og død er bedre end overlevelse og sundhed?

I den forbindelse er et bemærkelsesværdigt objekt i analysen 'dødeligheden', hvormed man kalkulerer den statistiske sandsynlighed for, at du dør tidligere, hvis du ikke optimerer din sundhedsadfærd. Det er en kvantificering, som den enkelte krop konstant kan måles op imod, og det er endnu et andet tegn på, at den lægevidenskabelige logik har primat i dispositivet. Ældrebefolkningen bliver til som noget, der skal iagttages, opgøres statistisk og optimeres. En mangfoldighed af specifikke kroppe får tillægsordet 'dødelighed' vedhæftet deres liv – ældrebefolkningen lever et liv med døden som evigt tilstedeværende.

Er der en modmagt mod evidensbaseret viden? Måske det personlige argument – mit liv, min krop. De personlige præferencer kan afvæbne evidensbaserede retningslinjer for sundhedsadfærd. 'Mit liv er slet ikke det samme uden cigaretterne'. Men sådanne rationaler – tæt knyttet til det enkelte levede liv – har sværere ved at afmontere

dispositivets samfundsøkonomiske logik, der sætter fokus på befolkningens samlede bedste. Det er selvfølgelig op til dig selv, om du vil ryge, men er du klar over, hvad det koster at behandle lungekræft? Også min lungekræft, som jeg får, fordi du udsætter mig for passiv rygning!

Lev sundt for fællesskabets skyld

Det bringer os videre til en anden fremherskende rationalitet i dispositivet, den samfundsøkonomiske. Det grundlæggende argument lyder: du skal leve sundt – ikke kun for dig selv – men for fællesskabets skyld, for befolkningskroppens sundhed og velstand. Når helbredet fejler, så bliver det dyrere for os alle.

Det har i alle vores perioder været et overordnet mål med sundhedspolitik på ældreområdet at spare penge. Ifølge vores analyser har det været et af de primære mål med ældrepolitikken siden 1960'erne. Og i tiderne før vores empiri 'sparede man penge' ved slet ikke at tage sig af ældrebefolkningen i offentligt regi, eller ved at fratage dem andre rettigheder, når de modtog ydelser eller omsorg. Det kan godt være, at man i 2006-2011 møder de ældre med nærhed og forståelse for den enkelte, men lavere udgifter pr. krop er et fortsat uændret mål med politikken.

Nuanceforskellene i vores empiri ligger i, hvordan man vil spare pengene. I 1960'erne var plejebehov permanente og sygdomme var noget, man behandlede på et hospital, indtil patienten var rask. Man kunne spare penge ved at optimere visitationen til de rigtige institutionsmiljøer. Men som beskrevet i vores historiske analyse forekom institutionerne pludseligt mangelfulde, og så skulle besparelserne findes ved at nedbryde væggene og trække viden ud i samfundet. I 2006-2011 handler udgiftsberegningerne om sundhedsadfærd. Nu kan der altid spares flere penge ved at trække mere på de evidensbaserede retningslinjer. For hvem har en konstant optimal balance i fysisk aktivitet, mental sundhed, medicinering, kost og alkohol?

Den lægevidenskabelige viden, som er opstået omkring ældrebefolkningen, er central for den moderne sammenkobling af sundhed og økonomi i forebyggelsestankegangen. Nu ved vi eksempelvis, hvor dyr fysisk inaktivitet er i øget risiko for fald. 'Skal jeg ikke hjælpe dig med at blive mere aktiv?' Det spørgsmål ville være mere ærligt formuleret, hvis man

sagde: 'Vil du hjælpe mig med at hjælpe dig? Vi har altså ikke råd til at betale den dyre hofte operation'.

Det forgældede menneske

I det analyserede dispositiv er normen, at forebyggelse af sygdom er bedre end behandling– det er bedst at fange symptomerne (og uvanerne, som er skyld i dem), inden de udvikler sig til dårligt helbred. Det har nogle konsekvenser for dispositivets virkning i tid og rum. Det bliver naturligt, at *før* er bedre end *senere*. Normen har også konsekvenser for hyppigheden af kontrollens forekomst, ofte er bedre end sjældent. Det er bedst konstant at kontrollere og forholde sig til balancen omkring den fuldstændige sundhed; du er altid en smule forskudt fra det optimale. Det ligner umiskendeligt et af Foucaults sikkerhedsskabende dispositiver. Og det sikkerhedsskabende dispositiv har et biprodukt, som vi vil kalde '*det forgældede menneske*'. Ældrebefolkningen i vores analyse er konstant gældsat overfor sig selv, sine nærmeste og hele samfundet. Hvis du vil leve 'det gode liv' – et sundt, aktivt og uafhængigt liv – og være en 'god samfundsborger' – værdsætte samfundets begrænsede ressourcer – så står du i en bundløs gæld til dispositivets linjer. Der er altid lidt mere, der skal forebygges. Det er ikke længere loven, der skaber magtens mulighedsrum, her er det normen. Det bliver nemt at genkende Deleuzes kontrolsamfund i disponeringen af ældrebefolkningen.

Du kan jo gøre det for mig, ik'?

Normen får sin virkning, fordi dispositivet linjer opleves som sande – ikke kun af de ældre selv, også af plejepersonalet, lægerne og familierne. Det er stærke indikatorer, når både éns læge, hjemmepleje, fysioterapeut og ikke mindst nærmeste familiemedlemmer opfordrer én til at være aktiv og uafhængig. Det har fået os til at undre os over, hvilken rolle familiemedlemmer – og andre medborgere – i dag spiller i det sundhedspolitiske dispositiv.

Alle vores informanter fortalte, hvordan deres familie opfordrer de dem til at virke i dispositivet, altså leve 'det gode, aktive og uafhængige ældre liv'. Hvorfor gør de det? Hvorfor er det i deres interesse?

På baggrund af den historiske analyse, kan man se at familierne tidligere tog sig af sine egne ældre. Nu lever vi i en moderne velfærdsstat, som sørger for at passe vores ældre for os. Men betyder det at vi har fralagt os ansvaret for vores egne? Sådan ser det ikke entydigt ud.

Det sundhedspolitiske dispositiv får sin virkning gennem normen og den sandhed, vi alle ligger i de sundhedspolitiske råd. "Det er altid bedre at være aktiv end passiv". Det handler altså ikke kun om ældre mennesker, forebyggere og læger. Dispositivet får sin virkning, fordi vi alle tror på sundhedens logik – og det er vand på den dispositive mølle, når vi hver især opfordrer vores farmor til at gå til temamøde, spise mere eller mindre, tage flere vitaminer, engagerer sig i det lokale netværk mv.

Måske ligger svaret, på hvorfor vi overhovedet føler ansvar overfor de ældre, i den historiske udvikling. Måske er det, fordi vi alle – unge som gamle – kræver disse ting af os selv, og vores omgivelser kræver det af os? I vores empiri er det i hvert fald tydeligt, at de ældre også møder den dispositive virkning fra deres nærmeste familie og venner.

Måske var det nemmere at nyde en snaps i 1960'erne?

Taget til det ekstreme vil dispositivet fuldstændig forebygge konsekvenserne ved aldring. Mere diplomatisk kan man formulere, at nedslidningen skal udskydes længst muligt, så man kan leve et 'værdigt liv' og ikke mindst dø værdigt. Det paradoksale er, at selvom forskningen viser, det konstant kan betale sig at forebygge, så vil overlevelseshraten over en tilpas lang tidshorisont altid blive nul. Døden tager os alle, det er sikkert. Det er mere usikkert, hvordan vi vælger at leve.

Måske der skulle nye perspektiver ind i diskussionen af, hvad alderdommen skal indeholde?

Hvad er ældrebefolkningens *egentlige* interesser i dette spil?

Vi tror, at det er blevet mere behageligt at være gammel nu, end det var i 1960'erne. Men vores analyser sandsynliggør, at udviklingen ikke har været udelukkende positiv. For hvis du konstant skal forebygge de biologiske konsekvenser ved aldring, hvor meget plads er

der så tilbage at leve i? Til at installere sine egne infame subjektiveringslinjer, som slet ikke peger i samme retning som sundhedspolitikken. Der er intet lovstridigt i at tage en snaps eller to på en tirsdag, fordi det varmer og smiler. Men tillader normen det? – også selvom det bliver mere end 5 genstande ad gangen? Det var måske lidt nemmere at forholde sig til i 1960'erne, da aldringen og døden var helt uundgåelig, så kunne man lige så godt nyde den sidste tid.

Konklusion

Denne kandidatafhandling har haft til sigte at belyse, hvordan sundhedspolitikken på ældreområdet har udviklet sig, og hvordan biopolitiske forebyggelsesinitiativer sætter rammer for ældrebefolkningens liv og selvforhold.

Gennem vores empiri og analysestrategi, der var formuleret på baggrund af tanker fra hovedsageligt Foucault og Deleuze, gjorde vi sundhedspolitikken på ældreområdet til et observerbart socialt fænomen. De teoretiske tanker bag dispositivanalysen og biopolitik har sat rammerne for vores syn på det sociale. Det er på baggrund af vores iagttagelser af regularitet, kontinuitet og brud i linjerne af lys, udsagn, praksis og subjektiveringer, at vi nu vil konkludere.

Den første del af vores analyse belyste den historiske udvikling i sundhedspolitikken på ældreområdet. Vi viste, hvordan sundhedspolitikken igennem de sidste ca. 50 år, har udviklet sig fra et disciplinerende dispositiv, hvor ældre mennesker blev placeret de rigtige steder for at være 'gode borgere', og hen i mod et sikkerhedsskabende dispositiv, der konstant forholder sig til de ældres livsførelse, kræver en vedvarende forholden-sig-til forskellige sundhedsobjekter for, at de ældre kan tilblive som 'de gode borgere'.

Udviklingen – specielt med 1980'ernes ældrekommission – har forårsaget et mere positivt syn på alderdommen, men også ændret den sundhedsprofessionelle rolle. I dag skal man møde 'den hele ældre' i al sin kompleksitet som sundhedspersonale. Intervention og forebyggelse bliver italesat som de klart mest effektive metoder til at rumme denne kompleksitet. For at borgerne kan vedblive som gode – og billige – borgere kan de igennem mødet med forebyggelsen konstant blive optimeret.

I det konkrete forebyggende initiativ, temamøderne, som vi har analyseret, bliver det tydeligt, at de ældre i dagens Danmark bliver mødt med en venlig, motiverende og medfølelse stillingstagen til de ældres livsførelse. De ældre bliver italesat som eksperter på deres eget liv, men selvom de er tilfredse med deres liv, kan de altid forbedres lidt mere. Vi har i vores analyser vist både, hvordan Sundhedsstyrelsens rapporter fra 2006-2011 og de ældre selv taler om deres livsførelse. Vi har fremvist specifikke "sundhedsobjekter" med tilknyttede normer, der hele tiden skal balanceres for at være

uafhængighed og velfungerende. De ældre og deres liv med sundheden har vist os '*det forgældede menneske*'.

På baggrund af vores analyser vil vi med afhandlingen også konkludere, at det sundhedspolitiske dispositiv, med dets styrende praksisser, specielt får sin styrke på baggrund af lægevidenskabelig evidens og samfundsøkonomisk rationalitet.

Perspektivering og refleksion

I dette sidste afsnit vil vi perspektivere vores analyse til mere generelle udviklinger i samfundet, som vi finder relevante for vores kandidatafhandling. Vi gør det for at zoome væk fra vores konkrete empiri, for at kunne sætte perspektiv på de resultater, vi har fundet i vores analyser. Derefter vil vi slutte af med en refleksion over styrker og svagheder samt fremtidige forskningsmuligheder i feltet.

Slidte celler sladrer og bleer er dyre

Den 1. januar 2012 var der en artikel på forsiden af Politiken med overskriften "Slidte celler sladrer om dårlig livsstil". Artiklen fortæller, at man om få år kan få foretaget en celledlitagetest hos sin læge. *"Resultatet vil vise, om man har celler, der er i fin form. Eller om man i forhold til sin alder har slidt dem helt ned til sokkeholderne ved dårlige vaner som rygning, overspisning og alt for lidt motion"* (Politiken, 2012a). Testen beskrives som en øjenåbner for folk, der lever usundt og som derfor burde tænke forebyggelse ind i deres dagligdag. Inden man har brugt alle klippene på livets klippekort, som man illustrativt fortæller.

Eksemplet indikerer, at det ikke kun er ældrebefolkningen, der gribes af vores analyserede dispositiv. Sundhedsminister Astrid Krag støtter i artiklen op om celledlitagetesten, da den kan hjælpe til med at forebygge kroniske sygdomme og derved spare staten mange penge. Det virker sandsynligt, at sikkerhedsskabende mekanismer, som dem vi har analyseret, spiller en generel rolle i dansk sundhedspolitik. Der kommer hele tiden ny viden, der kan styre og regulere befolkningskroppen, gældsætte individerne og disponere dem på mere subtile måder end før set.

Ikke mange dage efter denne artikel kom der en kommentar fra en jordmorder i Politiken under overskriften: "De elitære socialister skal ikke definere 'det gode liv'". En kommentar der kritiserer, at: *"Det gode liv er formuleret af eliten, nemlig løbeture, masser af postevand og en kost blottet for fedt og sukker og så selvfølgelig et par rene lunger"* (Politiken, 2012b). Hun mener, at rygning på små værtshuse gavner de sociale relationer – specielt for de

socialklasser der færdes her, og at man derfor ikke skal indføre det kommende forbud mod rygning på små beværtninger. Hun leverer altså et modargument overfor det stigende antal forebyggende initiativer, men nogle af de kommentarer jordemoderen modtager lyder således: *"Sociale relationer på små værtshuse kan da sagtens ske, uden man skal ryge inden døre! Utroligt, at en jordemoder med en uddannelse indenfor sundhed ikke kan se det..."* og igen fra anden side: *"Jeg er grundlæggende uenig med dig. At forbyde rygning er at udstrække fællesskabet og hjælpe dem som ikke kan lade denne dødelige last være. Hvorfor skal disse socialklasser holdes nede med dårlig sundhedstilstand?"*.

Hvor succesfuld jordemoderens modstand var, kan vi ikke vurdere. Men det er i hvert fald tydeligt, at hendes indlæg mødtes af massive referencer til hendes egen sundhedsfaglige baggrund og til fællesskabets legitime krav, som bør komme før den enkeltes irrationelle behov.

Den samfundsøkonomiske logiks rolle i ældrepolitikken kan vi også iagttage i samfundet omkring os. Eksempelvis i artiklen 'Der er millioner at spare ved at få ældre ud af bleerne', som blev bragt i Politiken den 18. oktober (Politiken, 2011). Her konkluderer man, at *"Det koster det danske samfund to milliarder kroner om året alene i lønudgifter at holde ældre rene, når de ikke selv kan gå på toilettet. Dertil kommer 200 millioner kroner til kommunale indkøb af bleer til ældre på plejehjem og i hjemmeplejen."* Grunden til at man har foretaget det lidt surrealistiske regnestykke er et andet regnestykke, som hygiejnebranchen har baseret på en undersøgelse af fire plejehjem i København. Budskabet er enkelt og velkomment: bedre arbejdsrutiner og lægehjælp, som bekæmper inkontinens, kan spare 300 millioner kroner. Det lyder da fantastisk, lad os få de arbejdsrutiner! Men som en chefkonsulent fra Kommunernes Landsforening påpeger, er billedet måske ikke helt så simpelt: *"Jeg er enig i, at bleen ikke skal erstatte toilettet, men man skal huske, at det er svage ældre med mange funktionstab. Her er det vigtigt at sikre, at de ikke bliver våde, for det opleves som meget nedværdigende og ubehageligt"*. Mon regnestykket tog højde for om, de ældres liv kunne blive mere nedværdigende og ubehageligt? Anledningen til artiklen, og grunden til at læserne skulle interessere sig for ældrebefolkningen, var i hvert fald, at der kunne spares penge på færre bleer.

Fremtidens sundhedspolitik og ældrepolitik

Dette er korte og afgrænsede iagttagelser, men vi er ikke i tvivl om, at de tematikker som artiklerne – og vores kandidatafhandling – beskæftiger sig med vil præge sundhedspolitikken i fremtiden. Vi håber bare, at det vil ske med en sideløbende diskussion af mulighederne og konsekvenserne.

Det bliver spændende, om de kommende anbefalinger fra den seneste ældrekommission tager højde for, i hvor høj grad den overordnede sundhedspolitik lige nu kontrollerer og disponerer de individer, som udgør ældrebeholdningen. Ellers må dygtige unge forskere vel gribe blækhuset og gøre opmærksom på de dispositive udviklinger.

Endvidere håber vi, at både lægevidenskabelige og samfundsøkonomiske forskere i højere grad vil påtage sig det enorme ansvar, som vores speciale dokumenterer, at de har. De sandheder, som deres forskning frembringer, er med til at definere rammerne for mange menneskers liv, kroppe og selvforhold.

Refleksion over vores kandidatafhandling

I følgende afsnit vil vi reflektere over de styrker og svagheder, som vi ser i vores kandidatafhandling – bl.a. vores operationalisering af analysestrategien – og præsentere en refleksion over vores resultater.

Med valget af Foucault og Deleuze som teoretisk ballast i vores afhandling, havde vi fra begyndelsen til hensigt at lave en så vidt muligt neutral iagttagelse af et socialt fænomen. Vi har således langt ind i afhandlingen holdt os fra at gøre andet end at observere det felt, som vi begav os rundt i. En dispositivanalyse afkræver dette af forskerne. Når vores analyser har været gentagelser og 'blot' andre vinkler til at belyse de samme pointer – hvilket for læseren måske har virket tungt – er det netop i regulariteten, at dispositivet findes.

Når det er sagt, så vil vi ikke holde skjult, at vores intention har været andet og mere end at iagttage de regulariteter og selvfølgeligheder, der findes i forebyggelsestankegangen. Vi mener, at et kritisk blik på udviklingen i sundhedspolitikken er nødvendigt. Her er det vores opgave, som sociologer, at fremvise det ikke-naturgivne og særegne ved de mønstre, som vi lever efter i vores samfund.

Vi mener selv, at styrken i vores analyser er, at vi stringent holder os til en beskrivelse af vores empiris virkelighed. Det har givet empirien lov til at blomstre og fortælle os præcis, hvordan den emergerer som en mangfoldighed af linjer i vores samfund. Styrken ligger således i, at vi gennem vores analysestrategiske blik har etableret et fundament for at kunne sige noget relevant og meningsfyldt om ældrebefolkningen. Det var vores mål, og vi føler, at vi har krydset målstregen i fin stil.

Det sidste, vi vil fremhæve her, er, hvordan dispositivet vi har fremanalyseret ikke rummer 'den hele ældre'. I vores afsnit om de infame mennesker, har vi prøvet at vise, at de mennesker, vi har mødt, ikke alle tilpasser sig dispositivet.

Vi mener, at det er en analysestrategisk styrke, at disse mennesker alligevel kan få en plads i vores kandidatafhandling. Vi gør det tydeligt, at dispositivet fungerer, men viser også, at der er en yderside af dispositivet, hvor der konstant leves et anderledes liv, end

dispositivet foreskriver. Dispositivet evner ikke at indfange det *hele* menneskes liv – der findes mange andre mangfoldigheder i og omkring ældrebefolkningens enkelte kroppe.

Svagheder i afhandlingen

Når dette er sagt, vil vi gerne fremhæve de udfordringer, som vi løbende har haft på baggrund af vores analysestrategi. Foucault og Deleuze er ikke de mest læsevenlige herrer, deres begreber er eksempelvis sjældent afgrænsede til blot at betyde én ting. De er kendt for deres lyriske sprog, der er fascinerende, men efterlader læseren uden andet end sin egen læsning af teorierne. Dette har vi også stået overfor. Men vores læsning af Foucault og Deleuze har givet os nogle teoretiske rammer, hvormed vi kunne ordne vores empiri, se paradokser, normer og ordninger. Ambitionen var at problematisere og holde et spejl op, så udviklingen på sundhedsområdet kunne reflekteres i samfundet. Men vi kan ikke komme med konkrete løsninger på baggrund af konklusionerne. Det kan vi med vores sunde fornuft og på baggrund af vores analyser, men ikke med udgangspunkt i vores analysestrategi.

Fortsat forskning

Efter en afhandling som vores, sidder man tilbage med en lang liste af 'hvad-nu-hvis'er. Vi kunne have gjort mange ting anderledes, hvilket ville have givet os mange andre analyser – og nogle ting kunne vi slet ikke gøre anderledes, fordi vi ikke havde rammerne til det. Sølle 120 sider og et halvt års tid.

Vi mener, at det ville være interessant – og yderst relevant – at undersøge forebyggelseslogikken nærmere. Det står klart for os, at logikken præger dansk sundhedspolitik, men der bliver også forebygget masser af andre uønskede tendenser i samfundet. Kriminalitet, arbejdsløshed, stress, uvidenhed, krig, terror, lavkonjunktur og listen bliver ved. Hvad betyder det for vores liv?

Befinder vi os i kontrolsamfundet? Måske det mere eksakte spørgsmål er: i hvor høj grad og i hvilke dele af vores liv disponeres vi af kontrollen?

Vi mener, at en analysestrategi som vores har meget at bidrage med i besvarelsen af disse spørgsmål.

Efterskrift

Vi er nu ved vejs ende, men vi ved at der endnu ligger spørgsmål som vi bør forholde os til. Det er ikke spørgsmål vi har stillet her i afhandlingen, men spørgsmål som vi meget snart vil blive stillet fra vores omverden. Hvad er vores personlige holdning til temamøderne? Hvad vil vi tilføre debatten om sundhedspolitikken?

Lad det være sagt med det samme – vores svar er ikke 100 % entydigt. Vi tror som sagt, at ældrelivet i dag er mere behageligt end i 60'erne, og også at livet generelt er mere behageligt end under suverænitets strafferamme...men...Måske er det passende at modarbejde den massive normsætning på sundhedsområdet?

Kan man ændre temamøderne, så de har knap så mange sundhedsintentioner? Vi kommer selvfølgelig ikke udenom, at der ved "ikke-intentionelle temamøder" også vil foregå en magtning, men måske skaber det rum for mere "liv"? Eller måske skaber det bare mere magt over det levede liv?

Hvis man gør plads til at sige "men", plads til de individuelle præferencer, til dem der siger "nej" - selvom de siger nej, plads til samvær og plads til aftabuisering af ensomhed, alenehed, sygdom, sorg og seksualitet, så tror vi på, at det kan være et nyt og frisk pust til ældrelivet.

Bilagsliste

- 1) Dokument fra planlægningsmøde i Vanløse
- 2) Observation Amager,
- 3) Observation Vesterbro, 1
- 4) Observation Vesterbro, 2
- 5) Observation Østerbro,
- 6) Rammerne for temamødet
- 7) Observation evaluering, Vesterbro
- 8) Observation evaluering, Østerbro
- 9) Interview, forebygger 1
- 10) Interview, forebygger 2
- 11) Interview, forebygger 3
- 12) Invitation
- 13) Ekspertinterview HK
- 14) Ekspertinterview MV & CH
- 15) Interview I1
- 16) Interview I2
- 17) Interview B1
- 18) Interview B2
- 19) Interview K1
- 20) Interview T1
- 21) Interview V1 (to personer)
- 22) Interview E1

Litteraturliste

Bjerg O. & Villadsen K. (2006). *Sociologiske metoder – fra teori til analyse i kvantitative og kvalitative studier*. Frederiksberg. Forlaget Samfundslitteratur

Brügger, Niels (1995) *Foucaults masker*. Århus: Modtryk

Bryman & Bell, 2007

Bækmark, Helene (2008) *Længst muligt i eget liv*. Præsentation i Fredericia Kommune.

Dahlager, L. (2001). *I forebyggelsens magt*. Distinktion. 3: 91-102.

Dahlager, L. (2005). *I samtalens rum: En magtanalyse med afsæt i den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab.

Dapp, Ulrike et al. (2005). *Active health promotion in old age: methodology of a preventive intervention programme provided by an interdisciplinary health advisory team for independent older people* i: Public Health, Springer Verlag.

Dean, M. (2006). *Governmentality: Magt og styring i det moderne samfund*. Frederiksberg. Forlaget Sociologi.

Deleuze, Gilles. What is a dispositif? i: Armstrong, T. J. (red.) (1992) *Michel Foucault Philosopher*. London: Harvester Wheatsheaf.

Deleuze, Gilles & Guattari, Félix (2004) *A Thousand Plateaus*. New York: Continuum

Deleuze, Gilles (2006a) *Foucault*. Frederiksberg: Det lille Forlag

Deleuze, Gilles (2006b) *Forhandlinger*. Frederiksberg: Det lille forlag

Esmark, Anders et al. (2005) *Poststrukturalistiske analysestrategier*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Finansministeriet (1969) *Hovedtendenser i Sundheds- og forsorgsinstitutionernes udvikling frem til 1985*. København: J. H. Schultz Forlag

Foucault, Michel. Diskurs og diskontinuitet i: Madsen, Peter (1971) *Strukturalisme*.
København: Rhodos.

Foucault, Michel (1994) *Viljen til viden – Seksualitetens historie 1*. Frederiksberg: Det lille Forlag

Foucault, Michel (2002) *Overvågning og straf, Fængslets fødsel*. Frederiksberg: Det lille Forlag

Foucault, Michel (2008) *Sikkerhed, territorium befolkning. Forelæsninger ved Collège de France 1977-1978*. København: Hans Reitzels Forlag.

Foucault, Michel (2009) *Biopolitikens fødsel. Forelæsninger ved Collège de France 1978-1979*.
København: Hans Reitzels Forlag.

Karlsen, M. & Villadsen K. (2007). *Hvor skal talen komme fra? Dialogen som omsiggribende ledelsesteknologi*. Dansk Sociologi 2(18): 7:29.

Kirk, Henning (1994). *Længst muligt i egen krop - om at leve længe med et godt helbred*. Fremad.

Komiteen for Sundhedsoplysning (1969) *Omsorgsborgen – Vejledning i ældre-omsorg*.
København: Frederiksen & Hagemann

Laclau, Ernesto & Mouffe, Chantal (1997) *Demokrati & hegemoni*. København: Akademisk Forlag.

Larsen, Ernst & Preben Smith (1965) *En undersøgelse af behovet for hjem for ældre plejepatienter i Mariibo Amt i: Ugeskrift for Læger, 127. årgang, 2. bog*. København: N. Olaf Møllers Bogtrykkeri

Lemke, Thomas (2011) *Biopolitics – An Advanced Introduction*. New York: New York University Press

Mik-Meyer, Nanna. & Villadsen Kaspar. (2007) *Magtens former – sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. København. Hans Reitzels Forlag.

Raffnsøe, Sverre et al. (2008) *Foucault*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Ringkøbing amts Røde Kors afdelingers vedr. sundhed (1966) Vi og vore gamle.

Ringkøbing: Ringkøbing amts Røde Kors

Socialforskningsinstituttet (1965) *De ældres levevilkår, Bind I Indkomsterne*. København:

Teknisk Forlag

Socialforskningsinstituttet (1966) *De ældres levevilkår, Bind II Arbejde og tilbagetrækning*.

København: Teknisk Forlag

Socialforskningsinstituttet (1967a) *De ældres levevilkår, Bind III Forbrug, formue- og opsparingsforhold*. København: Teknisk Forlag

Socialforskningsinstituttet (1967b) *De ældres levevilkår, Bind IV Husstand og bolig*.

København: Teknisk Forlag

Socialforskningsinstituttet (1968) *De ældres levevilkår, Bind V Mobilitet og førlighed*.

København: Teknisk Forlag

Sund By-projektet (1993) *Ældre i København*. København: Arden Bogtryk

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (2007), *Ældrepolitik – Københavns som forgangsby – et godt, sundt og langt ældreliv*.

Sundhedsstyrelsen (2006) *Hjemmet som arena for forebyggelse – med*

sundhedsplejerskeordningen og forebyggende hjemmebesøg til ældre som eksempler. København:

Viden- og dokumentationsenheden

Sundhedsstyrelsen (2007) *Ældres sundhed – forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne*.

København: Scanprint A/S

Sundhedsstyrelsen (2009) *Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008 – Nye tal fra*

Sundhedsstyrelsen. København: Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen (2010a) *Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark- analyser baseret på*

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. København:

Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen (2010b) *Betydning af fysisk aktivitet for mental sundhed blandt ældre - dansk kommenteret version af evidensbaserede anbefalinger fra NICE*. København: Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen (2011a) *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen (2011b) *Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan*. København: Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen (2011c) *Idé- og inspirationsoplæg for samarbejdet mellem plejecentre og almen praksis*. København: Sundhedsstyrelsen

Vass, Mikkel (2001) *Længst mulig i egen bil*. Ugeskrift for læger 163(39):5331

Villadsen, Kaspar (2004) *Det sociale arbejdes genealogi: kampen om at gøre fattige og udstødte til frie mennesker*. København. Hans Reitzels Forlag.

Villadsen, Kaspar (2008) Doing without the State and Civil Society as Universals: 'Dispositifs' of care across the sector divide i: *Journal of Civil Society*, no. 4, vol. 3

Žižek, Slavoj (2010) *Ideologiens sublime objekt*. København: Hans Reitzels Forlag

Ældrekommissionen (1980) *Aldersforandringer – ældrepolitikens forudsætninger, Ældrekommissionens 1. delrapport*. København: Stougaard Jensen

Ældrekommissionen (1981) *De ældres vilkår, Ældrekommissionens 2. delrapport*. København: Stougaard Jensen

Ældrekommissionen (1982) *Sammenhæng i ældrepolitikken, Ældrekommissionens 3. og afsluttende delrapport*. København: Stougaard Jensen

Andersen, Niels Å- (1999) *Diskursive analysestrategier*. Frederiksberg: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Andersen, Niels Å- (2004). *Ledelse af personlighed: Om medarbejderens pædagogisering*, i D. Pedersen (red.) *Offentlig Ledelse i Managementstaten*. Frederiksberg: Samfundslitteratur, p. 241-267.

Andersen, Niels Å- (2005). *Kærlighed ledelse*, i Nordiske Organisasjonsstudier 7 (3-4)..

Links:

Loven for forebyggende hjemmebesøg - <https://www.borger.dk/Emner/aeldre/aeldre-og-hjaelp/hjemmehjaelp-og-aeldrepleje/Sider/forebyggende-hjemmebesoeg.aspx>

Politiken 2011 - <http://politiken.dk/indland/ECE1424565/der-er-millioner-at-spare-ved-at-faa-aeldre-ud-af-bleerne/>

Politiken 2012a - <http://politiken.dk/videnskab/article1494800.ece>

Politiken 2012b - <http://politiken.dk/debat/ECE1496602/de-elitaere-socialister-skal-ikke-definere-det-gode-liv/>