

Sundhedskapital blandt danske sundhedsprofessionelle

En kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af kropsopfattelser og distinktion blandt forskere, klinikere og studerende i Danmark

Kristian Larsen, Anette Hindhede og Frederik Møller Henriksen

We examine bodily health investments among professionals and students from the Danish health sector using a mixed methods approach. By means of multiple correspondence analysis with 345 respondents and 30 interviews, the focal point of our analysis is the concept of embodied *health capital*, which we claim can explain how individuals perceive and invest in their bodies differently. We typify health capital with five distinctive modes of body investment: the surgical body, the chemical body, the nutritional body, the physical body, and the mental body. Health capital has potential as a new form of capital that compensates or subsidizes other capitals. It can be deployed in positions in different fields and in social space, including in Danish healthcare field. The physical and nutritional body are special objects of investment. Young and less educated groups apply an instrumental body perception whereas older and higher educated groups apply a naturalistic body view.

Keywords: Health capital; Bourdieu; health sociology; body investment; healthcare field; healthcare professions; body distinction

Acknowledgements: Tak til Mathias Holst Nicolaisen og Mikkel Haderup Larsen for deres hjælp med analysen af de kvantitative data.

Introduktion

Denne artikel er del af et større forskningsprojekt, der fokuserer på sundhed som en kapitalform, der kan anvendes og omsættes til fordele for individer og grupper i sociale kontekster. Det handler ikke om sundhed i biomedicinsk optik, dvs. om kroppens livskvalitet, livskvantitet eller om dens livsstil. Det angår snarere et spørgsmål om, hvorvidt særlige former for dyrkelse af egen-kroppen, under nogle bestemte betingelser, kan fungere som en særlig kapital ved positioner i det sociale rum eller sociale felter. Artiklen har en metodisk eksplorativ karakter, idet den også er en afprøvning af, hvordan man kan konstruere krop/sundhed som sociologisk objekt og undersøge hvad begrebet sundhedskapital kan som analyseværktøj. Vi vil gøre rede for konstruktionsarbejdet, der knyttede sig til arbejdet med sundhedskapital undersøgt blandt sundhedsprofessionelle i Danmark. Vi vil, under betegnelsen

investering i sundhedskroppen, undersøge, hvorvidt og på hvilken måde sundhedsprofessionelle håndterer deres egen krop. Det er inspireret af Bourdieus feltteori samt begrebet sundhedskapital (Jensen et al. 2007; Larsen 2009, 2010; Larsen, Cutchin & Harsløf 2013), siden undersøgt kvantitativt (Larsen et al. 2020). For at belyse de skiftende forbrugs- og livsstilendelserne inden for kost, medicin, motion, kirurgi og træningsformer benyttes Bourdieus klassemodel (Bourdieu 1984). Differentieringen mellem klassegrupperinger afhænger af a) kapitalvolumen, den totale besiddelse af kapital hos en given gruppering, og b) kapitalsammensætning, som er det specifikke sæt af kapitaltyper, en klasse besidder (Bourdieu 1984, 128-129). Med andre ord følger klassestrukturerne systematiske mønstre i livsstils- og forbrugsforskelle blandt grupperinger i samfundet. Men først vil vi gøre rede for nogle samfundsmæssige forhold, der har medvirket til at skabe en 'smag for sundhed' og dermed gjort sundhed til en form for kapital.

En smag for sundhed

Forskellige skønhedsideal og kropsformer er igennem tiden blevet dyrket på tværs af samfund og samfundsgrupper. Fysisk store og korpulente mandekroppe blev i 1950'erne af alle grupper i den vestlige verden opfattet gennem positive kategorier som fyldig, trivelig, livskraftig, magtfuld eller kraftfuld (Bourdieu 1984), mens den tilsvarende fysiologiske konstitution i dag bliver kategoriseret som fed, vampet, overvægtig, lad og doven. I overgangen til det 20. århundrede overgik den ideelle kvindekrop fra at have runde og fyldige former til at være skulle være slank og tynd (Swami 2015). Ifølge Fagerholt (2011) viser et globalt studie i ti forskellige lande, at overvægt og stigmatisering knyttes tæt sammen i dag, mens overvægt og fedme tidligere var forbundet med succes og velstand. Samtidig er afvigende kroppe, såsom de rygende, tykke og lade, lagt for had i større grad (Brewis et al. 2011). Dette er både en national og international tendens. Fx kunne nordmændene i en avis læse følgende om den kun lidt buttede krop, som tilhørte den kommende norske statsminister: ”Erna er så overvægtig, at mange ikke hører, hvad hun siger. Man tænker i stedet: Kan hun have kontrol over sig selv, når hun spiser sig så tyk” (<https://www.dagbladet.no/magasinet/mellom-linjene/65277157>). Der er også en kønnet dimension, hvilket kunne analyseres i forhold til den maskuline dominans (Bourdieu 1999).

Vi kan tillægge, at et øget fokus på kroppen sker samtidig med, at stadig flere dør af overvægt, mens en voksende gruppe (over)træner i jagten på den optimerede krop med risiko for at blive diagnosticeret som syge i deres bestræbelser. En anden side af det samme paradoks beskriver Andreasson & Johansson (2015) som det, at vi både har fedmeepidemier, mens en øget del af befolkningen risikerer at dø for tidligt på grund af fejlagtig kost og for lidt motion. Et andet paradoks er, at optimeringen af kroppen er blevet et ideal i takt med et øget fokus på afstresning, opnåelse af kvalitetstid og reduktion af tidsspild. I dansk sammenhæng har ikke mindst psykolog og professor Svend Brinkmann (2010, 2014) været central i at drøfte tidens udviklingsmantra, selvudviklingsindustrien, udviklingstvang mv. Når man ser det

fra en sociologisk vinkel, kan det virke mærkeligt, at så mange mennesker – hvis tid er en sparsom ressource – anvender mængder af tid, penge og energi på løbebånd, i yogapositioner, til meditation mv.

Alle disse praksisser fra den dovne til den aktive krop, udgør interessante kropslige praksisser som ikke udelukkende kan forklares ud fra det erfarede perspektiv. Løberen vil fx forklare sin løbepraktik med henvisning til psykologiske begreber om flowoplevelse, eller biomedicinske med henvisning til endorfiner, som giver et kick, og ikke nødvendigvis ud fra sociologiske perspektiver såsom åbning og lukning af karriereveje, adgang til bestyrelsesposter mv.

En velværeindustri og professionalisering

Mens de psykologiske og medicinske forklaringer har deres rigtighed, er det for en sociologisk tilgang relevant at bryde med den erfarede og hverdagslige konstruktion (Bourdieu et al. 1991). I et Bourdieusk perspektiv er det relevant at forstå de kropslige praksisser som svar eller respons på nogle dybere samfundsmæssige forandringer. Det kommer vi tilbage til. Men først introduktion af nogle analyser af samfundsforhold og forandringer knyttet til sundhed.

I 1980 udviklede Crawford (1980) begrebet *sundhedsisme* (healthism) til at beskrive sundhed som et fænomen, der gennemtrænger moralske, politiske og sociale livsforhold. Det brød med forståelsen af sundhed som udelukkende biomedicinsk. Vi kan tale om, at der er udviklet en velvære- og sundhedsindustri (Nettleton 2013; Kristensen et al. 2016). Industrien forløser et behov for velvære og kropstilfredshed hos forbrugeren, men skaber samtidig et konsumentmarked (forbrugere/forbrug). Desuden har både Shilling (2003) og Turner (2008), mere eller mindre inspireret af Bourdieu, beskrevet, hvordan kroppen er blevet et projekt, der skal trimmes, optimeres og monitoreres for optimal funktionalitet. Dette behov for at trimme kroppen understøttes også af både de professionelle inden for sundhedsområdet (læger, sygeplejersker mv.) og af psykologer, præster og filosoffer. Desuden er der vokset en lang række andre faggrupper frem på det marked, der tilbyder diverse produkter og ydelser, fx alternative behandlere og terapeuter. Hele produktionen af behovet for sundhed ledsages ikke mindst af teknologier, redskaber, monitoreringer og apps. Også influencers i form af bloggere, youtubere eller instagrammere, livsstileksperter og personlige coaches vil hjælpe os på vej gennem diverse medier og træningsformer.

Nikolas Rose (2009) har gennem mange år været optaget af lignende forhold omkring samfund, forskning, identitet og krop. Han har blandt andet gjort rede for, at forskningen på sundhedsområdet har stillet skarpt på stadig mindre dele af den menneskelige krop, dvs. på gen og genom niveau.

Lemke (2017) påpeger, hvordan ækvivalenten i den lægelige kliniske praksis forskydes i takt med, at opmærksomheden rettes fra eksogene faktorer hos patienten til endogene risikoforhold (molekylære mønstre). Det vil sige, at hvor tidligere lægepraksis var reaktiv i sin helbredelsespraksis, så må den i dag i højere grad være

forudseende (prædiktiv) i sin tænkemåde. Disse forandringer har også moralsk betydning på individniveau. De syge må på den måde spørge sig selv, hvorvidt de får spist den rette kost eller om de får trænet deres krop (Lemke 2017, 32). Man må spørge sig selv, hvorvidt man kan forebygge allerede nu og kroppene bliver i tiltagende grad både trimmet, men også testet, screenet og monitoreret både af individerne selv, men også gennem sundhedstjek hos egen læge mv. Det har sine fordele, men giver også anledning til øget sygeliggørelse (Brodersen et al. 2018). Ifølge Hofmann (2014) sker fx overtests og overdiagnosticering som et strukturelt sammenfald, der involverer interesser fra medier, professioner, lægemiddelindustri og jura. Sundhed som tema involverer det private liv og sundhedsrelaterede sælgere af ydelser og monitorering. Men det implicerer også alle andre livssfærer såsom arbejdslivet, hvor man taler om 'corporate wellness'. Virksomheder sætter sundhed på dagsordenen i bestræbelsen på at optimere produktivitet, samt med henblik på at rekruttere og fastholde attraktive ansatte. Man har sundhedsambassadører, gratis fitnessordninger, yoga og frugt (Baxter et al. 2014; O'Donnell 2002).

En implikation af disse forandringer i samfund, forskning, arbejdsliv og klinik, er, at kroppe udsættes for forskellige grader af overvågning. Strukturelt betyder det, at vi ikke længere helt kan sige, at vi er raske! Der kan ligge dispositioner til sygdom, som blot ikke er kommet til udfoldelse endnu (Larsen og Esmark 2010). Rose beskriver, at vi er blevet præ-patienter. Vi er potentielt syge (Rose 2009), og dette har implikationer for måden, vi opfører os på. Vi er, med et andet begreb inspireret af Rose, blevet vores egen sundhedsøkonom. Det dækker det fænomen, at vi vil optimere kroppen gennem løbende trimning og monitorering. Der skal holdes øje med kroppen. I Norge har begrebet 'helseminister' været anvendt i den politiske diskurs fx af sundhedsminister Dagfinn Høybråten (KrF), som sagde: 'Husk at du er din egen helseminister'.¹ Vi vil senere gøre rede for, hvordan forskellige sociale grupper håndterer disse forandringer. Vi er måske hver vores egen helseminister, men der er forskellige måder at administrere kroppen på.

De overordnede forandringer gør det også ret let at forstå, hvorfor mange bliver stadig mere bekymrede for deres kroppe og dens sundhed. Kan man forebygge noget allerede nu? Som brugere af sundhed og sundhedsvæsenet trimmes, testes, screenes og monitoreres kroppene som aldrig før. Det giver på den ene side oplæg til øget sygeliggørelse og skade (Brodersen et al. 2018), men på den anden side bestræber kroppen sig på, at den via undersøgelser og tests øger muligheden for at holde længe, godt og sundt. Vi skal sundhedstjekkes både via spejl og vægt, men også af sundhedsprofessionelle og de ressourcer, der står til rådighed. Desuden skal vi have en second opinion. Igen er pointen, at det varierer sociokulturelt, men historisk set trimmes, måles, vejes og diagnosticeres kroppe i tiltagende grad over de sidste 50 år (Larsen 2021).

Staten trækker sig

I *The Weight of the World* (Bourdieu et al. 1999) beskrives nye former for social lidelse i Frankrig. Staten trak sig tilbage på områder, hvor den før havde været aktiv

og støttende. Dermed kunne markedet dominere områder, som før havde været under en form for statslig beskyttelse. Neoliberale reformer med outsourcing af arbejde, import af billig arbejdskraft mv. har omdefineret relationer mellem grupper, værdier og velstand siden 1980'erne (Latimer & Munro 2015: 416). Forandringerne hen mod den neoliberale stat betegnes af Wacquant som et skifte fra 'retten til *welfare*' til 'pligten til *workfare*', fra rettigheder til pligter, og fra støtte til sanktioner og fra socialstat til straffestat (Wacquant 2009). Sundheds-, social- og uddannelsesområdet – statens venstre hånd – er blevet svækket i forhold til finansområdet – statens højre hånd (Bourdieu 2010; Wacquant 2009). Det er (national)økonomi og arbejdsmarked snarere end sundhed, det gælder. Denne dominans, der udøves af statens højre hånd, ses også i andre kulturelle felter, når videnskaberne eller uddannelserne udfordres og transformeres af begreber, klassifikationer og logikker fra den økonomiske verden. Dette er parallelt med, hvad Bambra (2019) finder omkring rehabilitering af handicappede/funktionshæmmede (disability) i England. Hun beskriver faser i, hvordan velfærden har været organiseret; fra passiv velfærd i 1970'erne, aktiv velfærd i 1990'erne, til senere faser karakteriseret af 'work-for-benefit' og slutteligt nøjsomhedens fase siden 2011 (Bambra 2019).

Hvis vi ser nærmere på Bourdieus analyser, så påpeger han ud over kampen mod det neoliberale marked (Bourdieu 2001) og de strukturelle forandringer af staten (Bourdieu 1994, 2010, 2014; Arnholtz 2018) også, at der er pågået en transformation af det religiøse felt. Hvor dette felt traditionelt var tydeligt samlet omkring præster, teologer og religiøse prædikanter, så tenderer dets grænser i forhold til videnskab og sundhed i dag mod at blive stadig mere slørede (Bourdieu 1985). Esmark (2008) skriver ud fra denne inspiration, at det religiøse felt blandes op i et bredere felt for det, Bourdieu kalder "symbolsk manipulation" (Bourdieu 1985), og som indbefatter en bred vifte af psykologer, psykoanalytikere, læger, sexologer, life-coaches, kropsterapeuter, naturhelbredere, kampsportsinstruktører, socialarbejdere mv. Alle disse "nye gejstlige" (Bourdieu 1985), som Bourdieu rammende beskriver dem, tager del i kampen om at anvise "lægfolket", hvordan deres personlige liv skal føres og hvordan verden skal forstås. Alle byder de ind med konkurrerende definitioner på sundhed, helbredelse, samt sjælelig og kropslig omsorg.

Arbejdet med kroppen involverer både brug af kost- og motionsregimer, men også en særlig opmærksomhed mod kroppens indre liv i form af blodsukker, blodtryk, mental motivation mv. Vi har også forladt ideen om, at kroppen er gudsgivet eller skæbnebestemt. Kroppen opfattes i stigende grad som formbar ikke mindst af individet selv (Kvalvaag 2013) og samfundsmæssigt ser vi også en øget angst, der knytter sig til den aldrende krop (Slevin 2010).

En anden side af det samme er, at sundhed i dag ikke længere betragtes som en reel tilstand, men tenderer mod også at være en moralsk forpligtigelse. Som Lemke formulerer det: "De syge bliver implicit eller eksplicit stillet over for spørgsmålet om, hvorfor de er blevet syge: Indtager de den rigtige kost? Dyrker de sport? Får de foretaget regelmæssige helbredstjek? Drikker de alkohol? Ryger de?" (Lemke

2017, 32). Det moralske ansvar ligger også hos personer, som måske bærer genetiske risici. De må spørge sig selv, om de bør sætte børn i verden? Det er lignende præmisser Nikolas Rose (2009) er inde på i forhold til, hvordan lægen (og patienten) tænker, at der måske er noget galt med kroppen. Der ligger måske en disposition til sygdom gemt et sted i celler eller gener. Vi er – og opfører os – således som om vi måske er syge. Vi må passe godt på os selv og yde nye former for selvomsorg, herunder udsætte kroppen for løbetræning og diæter mv.

Undersøgelse af sundhedskapital: Forskningsdesign

Begrebet sundhedskapital har været udviklet med baggrund i refleksioner over forskellige empiriske fænomener fra ulighed i sundhed blandt unge (Jensen et al. 2007; Larsen & Morrow 2009) til generel ulighed i sundhed (Larsen et al. 2013; Larsen & Hansen 2013). Med det aktuelle forskningsprojekt var det sigtet at konstruere en undersøgelse, der mere direkte involverer sundhedskapital, herunder med empirisk specifikation af fem investeringsmåder ift. kroppen. En tilgang som skulle kunne afdække klasse-, køns- og aldersrelaterede forskelle, med fokus på ansatte i det danske sundhedsvæsen.

Formålet var at undersøge opfattelser af velvære, krop og sundhed på sundhedsområdet, herunder forskelle og ligheder i forhold til brugen af fysisk træning, diæter, plastikkirurgi, medicinering, informationssøgning. I introduktionen til spørgeskemaet blev det også beskrevet, at det var interessant at finde ud af, hvordan studerende, klinikere og undervisere oplevede velvære og sundhed og om der var aldersmæssige, kønsmæssige eller klassemæssige forskelle.

Den normative og anvendelsesorienterede interesse blev beskrevet på følgende måde i introduktionen til spørgeskemaet:

Den viden er væsentlig forskningsmæssigt, og den kan også anvendes uddannelses- og kompetencemæssigt til forståelse af, og undervisning i menneskers forskellige måder at opfatte sundhed, sygdom, træning, selvaktivitet og behandling på. Dette er ikke mindst vigtigt for studerende og ansatte i sundhedssektoren, der arbejder med forskelligartede klienter og patienter med uensartede, af og til modsatte opfattelser af velvære, krop og sundhed. Den indhentede viden kan således bidrage til at organisere uddannelse, undervisning og vejledning på sundhedsområdet.

I det følgende gøres først rede for de fem kropsinvesteringsstrategier, som begrebet sundhedskapital dækker over. Dernæst vil vi redegøre for korrespondanceanalyse som metodisk værktøj og endelig for dataindsamling i form af a) spørgeskema og b) interviews.

De fem kropsinvesteringsstrategier

For at udfolde begrebet om sundhedskapital, tager vi udgangspunkt i fem overordnede kropsinvesteringsstrategier. De er konstrueret på grundlag af mange års erfaring og forskning inden for sundhedsområdet med udgangspunkt i Bourdieus kapital- og feltforståelse (Bourdieu 1984). Formålet med strategierne er at indfange, nuancere og udfolde kroppens betydning for kapitalsammensætning og social differentiering.

Den kirurgiske krop (operation/piercing) er en investeringsstrategi baseret på kirurgi og laserbehandling rettet mod optimering af den fysiske krop og derved ikke blot korrektion af syge kropsdele. Det kan være re-design af kropsdele eller rynkebehandlinger, men også piercing i ører, næser, brystvorter. Det angår mest fysiske og kortvarige indgreb i og på den fysiske krop, med relativt varige implikationer, primært gennem at der skæres, opereres i kroppen.

Den kemiske krop (lægemidler/mikro-dosering) baseres på fx biokemi, kemi, lægemidler rettet mod den ydre og indre krop både gennem konventionelle og alternative former. Det kan være medikamenter, fx piller, til at stimulere humøret, mod depression eller smerter, men også (bio)kemiske stoffer, fx psykedeliske, til at fremme kreativitet. Det angår mest indtagelse i eller på kroppen af kemiske produkter som har relativt kortvarig virkning.

Investering i *ernæringskroppen* (diæter) sker gennem fødevarer, vitaminer eller mineraler og tilsætningsstoffer indtaget gennem munden og rettet mod den ydre og indre krop. Det kan være konventionelle mad- og drikkevarer, eller præferencer for detox, vegansk, anti age eller særlige kosttilskud, der indtages for kroppens velvære eller forebyggende ift. sygdom. Det angår mest daglig indtagelse i kroppen af ernærings-/kostmæssige produkter som har kort og længerevarende virkning.

Den fysiske krop (fysisk træning) består af investeringer rettet mod den ydre og indre krop i form af fysisk, kropslig og motionsmæssig aktivitet, hvor den ydre krop mobiliseres og gøres virksom. Der kan være tale om daglig eller ugentlig, høj- eller lavintensiv fysisk træning, fitness, bodybuilding, stavgang, men også bikinifitness. Denne strategi angår mest gentagen og regelmæssig fysisk aktivering af kroppen, som har kort eller længerevarende virkning.

Den femte og sidste kropsinvesteringsstrategi er *den mentale krop* (fx litteratur eller yoga), samlet om mental, åndelig eller intellektuel kropslig aktivitet, hvor den indre krop stimuleres gennem konsumtion af kulturprodukter såsom litteratur og kunst, men også aktivering af den indre og ydre krop via meditation, yoga, mindfulness og wellness. Denne strategi angår mest mentale aktiviteter, hvor kroppen over tid tilegner sig både flygtige og varige goder.

Korrespondanceanalyse

Hele designet var struktureret ud fra overvejelserne om, at forskellige grupper kunne tænkes at håndtere deres krop forskelligt. Det relationelle perspektiv er helt centralt og tanken om, at man 'er' ved at være til 'forskell' fra andre. For at vise, hvordan sociale grupper opretholder forskellige kropsidealer og -praksisser, har vi

valgt at gøre brug af multipel korrespondanceanalyse (Le Roux & Rouanet 2010) til behandling af de indhentede data fra hhv. spørgeskemaer og kvalitative interviews (Bourdieu 1984, 1999). *Multiple Correspondence Analysis* (MCA) er en statistisk metode baseret på geometriske antagelser, der er i stand til at opsummere og repræsentere store datasæt som skyer af punkter i et multidimensionelt socialt rum (Le Roux & Rouanet 2004). Det er en illustrativ og eksplorativ metode til at fremhæve mønstre på tværs af data, fx fra en spørgeskemaundersøgelse, med udgangspunkt i afstandsberegning mellem individer og variabel- eller svarkategorier (også kaldet modaliteter). Svarkategorier vil være længere fra hinanden jo større antallet af individer, hvis besvarelsesmønstre inkluderer en variabel, men ikke en anden. Afstanden mellem individer afhænger følgelig af antallet af divergerende svarkategorier. Den mest anerkendte måde at visualisere MCA på er ved korrespondancekort, hvor enten svarkategorierne repræsenteres ved gennemsnitsværdier eller individerne i form af skyer.

Med udgangspunkt i vores spørgeskemaundersøgelse om forskellige kropsforståelser, gør MCA det muligt at relatere præferencer og holdninger til kroppen med informationer om indkomstforhold, uddannelse, klassetilhørsforhold og geografisk placering. Det gøres ved at projicere datamønstre ud i et flerdimensionelt rum, hvorefter det er muligt at aflæse kapitalsammensætning, holdningsprofiler og forskelligheder i data. Hvis to individer for eksempel har samme svarprofiler, vil de befinde sig tæt på hinanden i rummene, der typisk fremstilles i et todimensionelt rum med to akser, som det kendes fra koordinatsystemet (Faber et al. 2012).

Forskningsdesignet er på den ene side deduktivt i kraft af inspirationen fra Bourdieus sociologi og antagelse om sundhed som en kapitalform, mens den er induktiv og eksplorativ i kraft af fraværet af eksplicite hypoteser om placeringen af forskellige socialgrupper. I både spørgeskema og interviews spurgte vi til de fem kropsinvesteringsmåder. I analysen af både interviews og spørgeskema gik vi induktivt og eksplorativt til værks, når vi søgte mønstre på data og ved meningskondensering.

Rekruttering og temaer

Deltagere blev rekrutteret successivt via netværk af kolleger og venner ansat i primær og sekundær sektor, offentlige og private institutioner, forskellige uddannelsesinstitutioner mv. Ofte sendtes, efter forudgående kommunikation om undersøgelsen, en mail med link til spørgeskemaet (Bilag 1) til kontaktpersoner, som dernæst sendte undersøgelsen videre i deres netværk. Skemaet blev udsendt i maj 2017 og var aktivt frem til juni 2018. Vi informerede om, at det varede 15-20 minutter at besvare skemaet. Vi bad om information om, hvem der fik tilsendt skemaet, så vi kunne holde nogenlunde styr på antal og sammensætning af respondenter. Vi endte med 605 påbegyndte besvarelser og 345 fuldførte besvarelser. Det er kun information fra de fuldførte skemaer, som er inddraget i undersøgelsen. Det er ikke i denne type studie relevant med direkte frafalds- eller responsrate, men det var vigtigt at få den ønskede heterogenitet fra sundhedsfeltet. Vi søgte derfor lø-

bende at sikre en nogenlunde repræsentation ud fra overvejelser om forskellige fagligheder, uddannelsesbaggrunde, aldersgrupper, geografi (postnumre) og køn. Spørgeskemaet involverede 12 temaer og varede reelt 25-30 minutter at udfylde. Det kan være årsagen til den høje frafaldsprocent.

Ud over 6 temaer med udgangspunkt i spørgsmål til de fem kropsinvesteringsformer, så indgik 6 andre temaer:

- sundhedstest og forsikring, fx om monitorering af kroppen, sundhedstjek og forsikringsforhold;
- forbrug, velvære og sundhed, fx om anvendelse af tid og penge på mental træning, fysisk træning mv., samt om økonomiske ressourcer, der anvendes på velvære og sundhed;
- viden om velvære og sundhed, fx om hvor viden opsøges i et spænd mellem lægelige og medicinske hjemmesider, videnskabelige tidsskrifter eller ved at spørge i omgangskredsen. Dette kunne benævnes en form for specifik kulturel kapital ift. velvære og sundhed;
- den gode kollega/studiekammerat, hvilket skulle indkredse et blik på, hvad informanten værdsatte ved andre, fx med fokus på vedkommendes faglige kvalifikationer, fysiske fremtræden, personlige kemi mellem dem mv.;
- sundhed på arbejdspladsen eller studiet, fx om glæde, stress eller frustration med udgangspunkt i arbejdspladsen eller studiet;
- baggrundsspørgsmål om familieforhold, indkomst og uddannelse. De sidste spørgsmål indgik for at få oversigt over relevante socioøkonomiske og uddannelsesmæssige forhold, herunder lidt om habituelle dispositioner i forhold til dyrkelse af kroppen (Bilag 1).

Hensigten var at få et robust empirisk grundlag for diskussion af, hvordan informanterne konkret gjorde med deres egen krop i forhold til antagelserne i de fem kropsinvesteringsformer. Spørgsmålene var således i høj grad struktureret ud fra forestillinger om, hvordan informanten hypotetisk kunne forventes at agere. Nogle spørgsmål var således graderet over *hyppighed*, fx 'jeg træner min krop fysisk gennem lettere træning/motion (fx vandreture, stavgang) 'hver dag', 'flere gang om ugen', 'en gang om ugen' '1-3 gange om måneden', 'sjældnere', 'aldrig' eller 'ved ikke'. Andre spørgsmål kunne besvares i *grader*, fx 'i høj grad', 'i nogen grad', 'i lav grad', 'slet ikke' eller 'ved ikke'. Endelig indgik også ja/nej/ved-ikke spørgsmål samt mere distinktive spørgsmål, fx 'jeg vil aldrig anvende alternative lægemidler', 'jeg vil aldrig træne i et fitnesscenter' eller 'jeg vil ikke vælge en overvægtig partner'. Der indgik til slut et spørgsmål om hvilken quiz om sundhed og velvære, informanten ville deltage i med de fem kroppe som muligheder.²

Skemaet var som nævnt inspireret af egne tidligere undersøgelser om ulighed, krop og sundhed. Det var således ikke muligt eller hensigten at trække på standardiserede eller validerede spørgeskemaer. Der skulle produceres nogle spørgsmål,

der kunne operationalisere sundhedskapital og på den måde tilvejebringe et tilstrækkelig nuanceret og grundigt empirisk grundlag for at be- eller afkræfte den teoretiske antagelse om, at forskellige grupper agerer forskelligt og ofte modsatrettet ift. deres egen krop og de værdier, de tillægger egne og andres kroppe. I teoretisk-empirisk forskning er det en uendelig proces med at tilnærme sig den studerede virkelighed, hvor de empiriske fænomener kan hævdes at være 'moving targets'. Blot siden 2005 og mere intensiveret de sidste 3-5 år, hvor sundhedskapital er blevet udviklet som begreb, er der næsten hver måned dukket nye informationer og nuanceringer om forskellige kropspraksisser og -teknikker op i medierne. Det har været svært at åbne en avis eller andre medier, uden at der har været information om eller oplevelser med dyrkelse af kroppen, plastikkirurgi, piercing, medicinering, apps mv. Desuden fylder sundhed og krop meget i forskningslitteraturen og ved sundhedssociologiske konferencer.

Interviewundersøgelse

Der indgik 30 semistrukturerede interviews med informanter, som blev samlet gennem spørgeskemaundersøgelsen. De deltagende valgte, hvor interviewet skulle foregå, og varigheden var oftest fra 30-40 og op til 90 minutter. Informanterne var samlet med udgangspunkt i at opnå en bred repræsentation i forhold til jobpositioner, alder, køn og geografisk placering. Der indgik således både information fra individer med høj, mellemlang og kort videregående uddannelse, samt informanter, der var ansat i forskning og udviklingsstillinger, undervisning, kliniske stillinger samt studerende. Interviews blev gennemført i efteråret 2017 og transskriberet samme år.

Interviewene var semi-strukturerede ud fra ideerne om krop, sundhed, velvære samt om uformelle kompetencer. Forud for interviewet fik den deltagende information om, at interviewet angik kropsidealer, kropslige fremtoninger og investeringer i sundhedskroppen. Interviewguiden var overordnet inddelt i fem overordnede temaer: 1) Baggrundsspørgsmål med fokus på uddannelse, bolig, alder og ansættelsesforhold; 2) Professionelle arbejdsopgaver, herunder behandlingsformer og patientkontakt; 3) Det faglige og sociale miljø på arbejdspladsen/studiet med fokus på kropslige fremtoninger og uformelle kompetencer; 4) Ansættelsesforhold og spørgsmål om, hvorvidt og hvornår informanten har været med til at vurdere ansøgere/aspiranter i forhold til uformelle kompetencer; 5) Egen sundhed og kropsinvesteringer.

Resultater af undersøgelsen

Det primære fund på tværs af både spørgeskema- og interviewundersøgelsen er, at der herskede forskellige kropsforståelser på det sundhedsfaglige område, hvoraf nogle var socialt acceptable, mens andre kroppe blev udskammet på tværs af de sundhedsfaglige grupperinger. Den primære skillelinje går mellem den naturlige og

uberørte krop over for den modificerede og permeable krop. Alt i alt blev de centrale antagelser i begrebet om sundhedskapital altså bekræftet. I det følgende vil vi gå i dybden med undersøgelsens resultater.

Kroppen i sundhedsfeltet

Hvilke fælles forståelser af kroppen, kan vi så spore blandt ansatte i det danske sundhedsvæsen? Der er først og fremmest stor opmærksomhed på den fysiske krop og ernæringskroppen. Det er kroppenes ydre, dvs. deres udseende, størrelse, fylde, volumen og form, der udgør vigtige bedømmekriterier i feltet, hvilket oftest relateres til, hvorvidt kroppene er træned, eller hvorvidt de indtager den rette mængde og kvalitet af næringsstoffer. De professionelle med ansættelseskompetencer i feltet beskriver, at ansøgere i stigende grad ”bruger meget tid i ansøgningerne på deres fritidsinteresser som er sport (...) så jeg kan se den sportstype i dag (...)” (Sygeplejeunderviser, 65 år). Dette formulerer sygeplejelæreren, der endvidere angiver, at hendes ældre kolleger stadig går op i kroppen, selvom tiden har sat sine spor: ”Mine kolleger er midaldrende; (de) er kroppe der er formet af liv og børnefødsler, men generelt er det nok meget sportsagtige kroppe”. Hun beskriver desuden, at de studerende af og til går så meget op i fitness, at de dårligt har tid til at ”læse lektier”.

Den fysiske krop giver også anledning til inklusion og eksklusion. En leder fortæller, at han altid spørger til nyansattes fritidsinteresser. Han siger, at det ikke er et krav til stillingen, at folk absolut står i et fitnesscenter og træner, men som han siger, ”du skal have en sund livsstil” (leder af klinik, 54 år). Og han siger om en tidligere ansat: ”Jeg måtte sige farvel til hende. Hun lovede at slanke sig og blive sund, og der tænkte jeg, okay, jeg er åben og giver hende en chance, men der måtte jeg stoppe samarbejdet og sige farvel, for det blev ikke bedre [...] det går ikke kropsligt”. Men der er fine grænser mellem kroppe, der er for store til at repræsentere fx det fysioterapeutiske arbejde og så beskrivelser, som også signalerer fordele ved store, stærke og evt. muskuløse kroppe i sundhedsarbejdet. En sosu-medhjælper fortæller, at hun godt ved, hvem hun skal ”hive fat i”, når hun skal have en stor ”borger ud af sengen” (Social- og sundhedsassistent, 23). Man skal kunne løfte og bære en del i det sundhedsprofessionelle arbejde.

Der er interessante mønstre i den faglige socialisering blandt informanterne i undersøgelsen. Som eksempel beskriver fysioterapeuterne ofte temaer om den fysiske krop, motion, fysiologi, musklerne eller at kroppene skal ”stå skarpe”. Sygeplejerskerne er snarere optaget af kost, det sociale, stress, potentielle livsstilssygdomme og temaer omkring sundt/usundt. Til gengæld er tandteknikeren socialiseret til en opmærksomhed mod tænderne, tandstatus. En repræsentant siger fx ”at man mister en tand hvert tiende år fordi man ryger” eller hun krediterer en kollega med, at ”hun er bare sådan en perfekt klinikassistent, havde et perlesmil, altså colgate-smil” (tandklinikassistent, 30). Der er imidlertid også stridigheder inden for de enkelte professioner. I fysioterapi udfordrer den unge, veltrænede terapeut, som fungerer som ’personlig coach’ den ældre, mindre træned krop, som snarere er optaget af klassiske fysioterapeutiske praksisformer.

Særligt de yngre er optaget af kroppen som mål i sig selv, med henblik på at optimere individets sociale væren (studiegrupper, praktikpladsmarked, kærestemarked, jobmarked), mens de ældre snarere er optaget af at trimme og vedligeholde kroppen, samt at reparere den, når sygdomme og udfordringer gør sig nærværende. I det sidste tilfælde kan kroppen ikke ignoreres, da individet har haft erfaringer med sygdom og lidelser, som gør det nødvendigt at have en særlig opmærksomhed mod kroppen og dens formåen i forhold til nedslidning, udtjenthed, sygdom, lidelser, smerter mv. I forhold til den fysiske krop og kroppens fremtræden beskriver informanterne også, at de arbejder tæt kropsligt med andre mennesker, hvor det er upassende, uetisk eller umoralsk at være usoigneret, at have sorte negle, at lugte af røg eller gammel sved, at bruge parfume, eller at gå i slasket og beskidt tøj.

Der er mange normer hos de sundhedsprofessionelle, hvoraf nogle er sammenfaldende med normer i klient- eller kunderelationer i det hele taget, mens andre er mere specifikke for sundhedsområdet, hvor fysisk kontakt og hygiejne er væsentlige forudsætninger for arbejdslivet. Der er også i materialet mange udsagn om tatoeringer, piercing, extensions, smykker og det at vise baller, eller være nedringet.

Doxaen: den fysisk-biomedicinske krop og ernæringskroppen

Sundhedsfeltet er domineret af en biomedicinsk logik, hvor den fysiske krop, anatomi og fysiologi står centralt og ikke mindst de relativt nye i feltet som studerende eller nyansatte er meget opmærksomme på, at her gælder særlige begreber, klassifikationer og logikker. Man er, som det siges af flere, meget 'kropsorienterede' eller 'kropsfikserede'. En tandklinikassistent fortæller, at det er helt almindeligt at tale om andres kropspraksisser, træning eller sundhedsvaner, og at det bliver 'prædikeret' i klinikken, at man skal være bevidst om sundhed. En ergoterapeut siger om hendes faglighed, at der "tales meget om kroppen og den fysiske krop skal være i god form [...] og det kan man se hos personalet, at det er dén fremherskende tanke" (ergoterapeut, 41). Der tales således om kroppens aktivitet og træning som sundt dvs. salutogenetisk (oprindelsen af det sunde), men måske i højere grad fra den patologiske side (oprindelsen af det usunde/syge) med følgende eksempel fra en social- og sundhedsassistent: "Når jeg oplever overvægtige kolleger. Det syntes jeg tit, man ser i mit fag, der bliver jeg lidt bekymret for dem, fordi jeg ved, hvad det gør ved kroppen. Man kan få hjerte-kar-sygdomme og sådan noget af at være overvægtig. Plus man ødelægger sine knæ og ryg. [...] når man er overvægtig, kan der komme en masse følgesygdomme af det. Og når man er undervægtig, kan man være rigtig træt og energiforladt" (social- og sundhedsassistent, 24). Informanterne fortæller om, at de ved rigtig meget om sundhed, at de er blevet meget bevidste om sundhed, eller at de ved "forbandet meget om sundhed på et teoretisk plan". Der sker således en socialisering, om end på lidt forskellige måder og med fokus på de respektive uddannelser og arbejdspladser, som fokuserer på sundhed og særligt den fysiske krop og dens fremtræden.

Men det er ikke kun den fysiske krop, som omtales af vores informanter. Ernæringskroppen er også væsentlig, og ernæring, kostvaner mv. fylder stadig mere i

sundhedsfeltet. Mange informanter taler om, at der er ændringer i, hvordan man spiser på arbejdspladsen og også hjemme. Inden for nogle år er der kommet et øget fokus på, at man i dag har ændret i kantinemaden, så der i dag er ”masser af salater hver dag og det værste og usunde er taget væk” (leder af klinik, 54 år). Det beskrives også, at den daglige frokost på arbejdspladsen er blevet mere sund. Det er, som en siger ”blevet mere velset, at man sidder [til frokosten] og spiser noget grønt” (ergoterapeut, 41). En sundhedscoach gør rede for, at man tidligere godt kunne spise ”nogle Karen Wolf” kager til møder, men det er ikke længere tilfældet. Tilsvarende fortæller en læge, hvordan kollegaernes kostvaner vurderes og påtales i forbindelse med frokostpausen: ”Jeg tror godt, der kan være sådan præstation forbundet med madpakken [...] vi har haft sådan nogle i afdelingen, som kreerede nogle meget flotte frokostanretninger, hvor det er sværere at leve op til” (læge, 39). Denne mandlige læge italesætter, hvordan kollegaerne måler hinanden på indholdet og ikke mindst æstetikken af madpakken. Madpakken er ikke blot en kilde til næring, men også blevet et omdrejningspunkt for konkurrence blandt kollegaer. Som en erfaren social- og sundhedsassistent fortæller, så dukker nye trends hele tiden op: ”Det er virkelig eksploderet de sidste 5 år med alt det grød. Alt muligt som folk har med til morgenmad. Jeg er også selv hoppet lidt på det. Jeg tager vitaminpiller og fiskeolie, ellers skal jeg ikke ud i noget [...] for 10 år siden snakkede man ikke så meget om det [...] mange følger decideret en eller anden kur. Det behøver ikke være fordi de skal tabe sig. Det er bare en livsstil de har” (social- og sundhedsassistent, 57).

Trends inden for kost er ikke et nyt fænomen, men variationen og hastigheden hvormed nye trends erstattes af nyere trends sætter pres på nogle sundhedsprofessionelle. Der indtages mere grønt og varieret og mange tager diverse kosttilskud, vitaminer, er på diæter, spiser grød, grøntsager osv. Den nye fremvækst harmonerer med konceptualiseringen af sundhedskapital som en spaltning af kroppen i flere kropsforståelser, herunder distinktioner mellem indre og ydre, men også mellem ’naturlige’ og ’kunstige’ kroppe. Mange fortæller om vigtigheden for dem af at spise ”grøntsager, proteiner, kulhydrater, groft og økologisk – jeg vil ikke have de pesticider ind i min krop, det er måske lidt en tvangstanke” (studerende, 30). Andre beskriver, at de blot er optaget af varieret kost, og at de måske indtager vitaminer om vinteren. Graden af engagement og investering varierer altså på tværs af vores informanter, hvor det også er fint at småjoke med og stikke til kolleger, der ikke holder kadencen ift. at investere i ernæringskroppen. Flere fortæller, at man kan grine af en kollega, der blot spiser kødpålæg uden grønt tilbehør.

Den mentale krop kan af flere relateres til kulturelle aktiviteter fra teaterbesøg og deltagelse i korsang, til dyrkelse af meditation eller yoga. Flere nævner, at man må have ”hår på brystet” og ”kunne klare lidt af hvert” i sundhedsvæsenet. En over-sygeplejerske siger, at nyansatte skal ”tænde på” at være i akutte situationer, hvor det angår liv og død. Hun siger desuden, at man må være omstillingsparat, fleksibel og robust for at kunne trives på hendes område. Investering i den kirurgiske krop beskrives at have betydning ift. individets selvværd, og det er en kapitaldimension,

som snarere har omsætningsværdi på andre felter såsom et kærestemarked. Tilsvarende er investering i den medicinske krop rettet mod at individet kan opretholde sin arbejds- eller studieposition, dvs. når der indtages lægemidler ift. depression, smerter eller søvnbesvær.

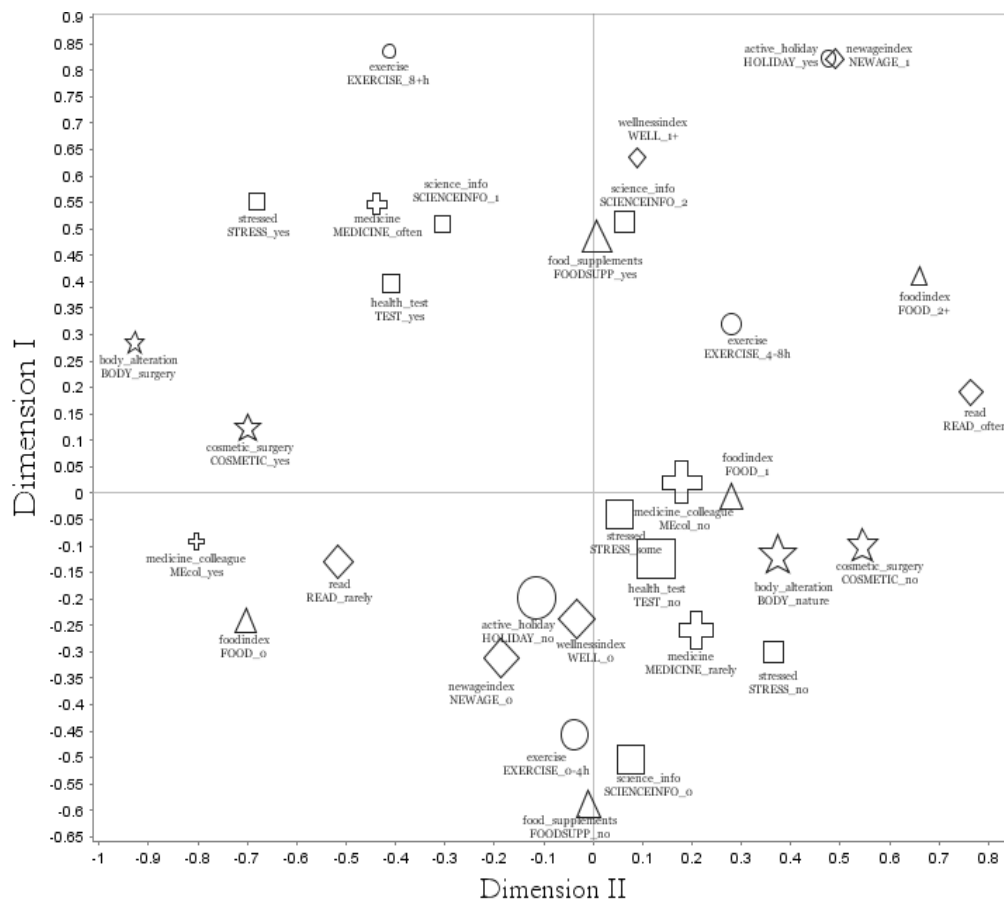
Distinktive kropsopfattelser i feltet

I det foregående har vi kvalificeret nogle af de normer og distinktioner, som kan kobles til de forskellige kropsinvesteringsstrategier. Vi har vist, at mange af normerne knytter sig til den fysiske krop og ernæringskroppen som omdrejningspunkt for skillelinjer, ophøjelse og fordømmelse blandt sundhedsprofessionelle, mens investeringer i den mentale, kirurgiske og medicinske krop som investeringsformer er mindre betydningsfulde på sundhedsfeltet. I korrespondanceanalysen er vi i stand til at sætte disse forskellige kropsinvesteringer i relation til hinanden og derved fremhæve store forskelle i, hvordan der arbejdes med og investeres i kroppe blandt individer i sundhedsfeltet. Den primære skillelinje (første dimension) går mellem en tilgang til kroppen som en permeabel og modificerbar størrelse, hvilket står over den naturligt fremkomne og urørlige krop. Den sekundære skillelinje (anden dimension) går mellem nogle informanter, som er meget investerende over for andre, som er mere afslappede i forhold til deres krop.

Kulturkrop vs. naturkrop

Når man ser på korrespondanceanalysens første og anden dimension (se figur 1) i et samlet kort, ser vi en opdeling i kapitalvolumen og to divergerende tilgange til kroppen. Vi har her beskrevet det som distinktionen mellem en *kultur-* og en *natur-*krop, som kan beskrives ved et instrumentalistisk og interventionalistisk kropssyn i modsætning til et syn, man kunne betegne som holistisk og naturalistisk. Denne polarisering havde størst betydning i feltet, og den korresponderede på et strukturelt niveau efter alder (unge og gamle), uddannelse (kort og lang uddannelse) og indkomst (lav og høj indkomst).

Figur I (overfor) viser hele det sociale rum uden nogen supplementære variable.³ Ved den første dimension (X-aksen fra venstre mod højre) ser vi ophobning eller en sky af individer med en kulturell eller instrumentel relation til deres krop i den venstre side. Det er en gruppe, der er forholdsvis åben over for plastikkirurgi og kropsændringer, ligesom de ofte tester sig selv og med lidt mindre tyngde, så er det også en gruppe, der sjældent læser litteratur om sundhed og krop. Ved denne pol er der kun lav grad af opmærksomhed rettet mod diætkroppen, mens den fysiske krop i høj grad er fokuseret, fx ved at individerne træner mere end otte timer om ugen. Det er interessant, at ved denne pol er der flere individer, som angiver at være stressede, har kraftig overvægt, som ikke spiser organiske madvarer eller grøntsager, men som tager medicin. Hvis man ser med biomedicinske briller, kan man sige, at denne gruppe udgør en risikogruppe som slås med kroppen, hvis udfordringer skal bekæmpes og også bliver bekæmpet med hårde, invasive, 'ikke-naturlige', hurtige og direkte investeringer med fysisk træning, kirurgi og medicin.



Figur 1: Det sociale rum af sundhedsprofessionelle

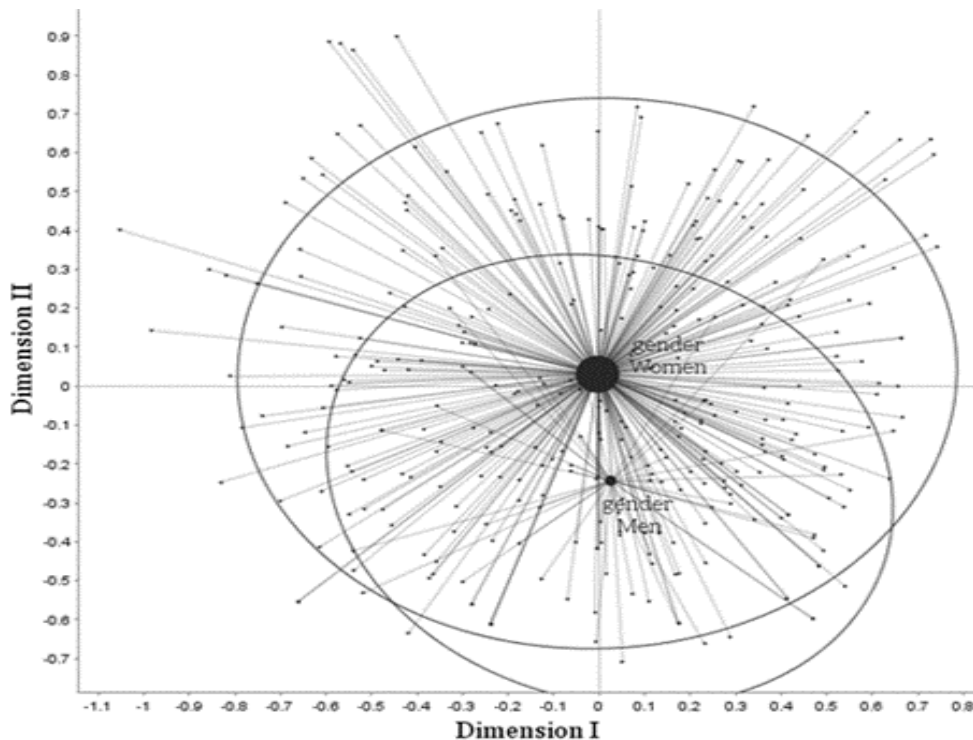
Ved den modsatte pol i højre side af det sociale rum ses individer, som kan karakteriseres som havende en naturlig, dvs. holistisk og naturalistisk relation til deres krop. Der er her tale om bløde, vegetative, 'naturlige', langsomme og indirekte investeringer primært gennem ernæringskroppen og den mentale krop. Her er individer, der i høj grad læser om velvære og sundhed, og hvor investering i diæt-kroppen står centralt fx gennem forbrug af grøntsager og organisk mad, mens den fysiske krop trænes i en middelgrad (4-8 timer om ugen). Her går individerne meget op i diæt-kroppen, og der er stor afstandtagen til plastikkirurgi og den type mere radikale kropsændringer. Kroppen er naturlig og kun få individer med disse praktikker og præferencer er stressede eller indtager regelmæssigt medicin. Denne gruppering er god til at investere i kroppen gennem 'bløde', 'langsigtede', 'langsomme' og 'indirekte' investeringsformer, hvor tålmodighed, disciplin, diæter, ernæring og kostindtag udgør de centrale opmærksomhedspunkter. Der er således en stor forskel og sikkert afstandtagen mellem denne gruppe, der spiser sig til sundhed og velvære, i modsætning til gruppen i den modsatte pol, som snarere lader sig operere eller medicinere til sundhed og velvære. Den ene kropsforståelse lægger op til en kultur-

krop, der løbende kan og skal korrigeres, ikke blot når noget går galt, fx ved sygdomme, ulykker eller skader, men også af æstetiske hensyn, hvor kroppen skal optimeres via kirurgi. Den anden kropsforståelse ser kroppen som noget naturligt, det vil sige noget, man er 'født med' eller har 'arvet' som genetisk design. Her kan og skal man stadig trimme og optimere kroppen, men slet ikke så radikalt som ved kulturkroppen. Når man tænker kroppen som en naturkrop, så er kroppens udseende, formåen og æstetik, som den nu er med de fordele og ulemper, som man nu engang er født med.

Investering vs. non-investering

Ved den anden dimension (Y-aksen fra bund til top) ses øverst individer, der karakteriseres af deres generelle engagement og aktiviteter, mens den modsatte (nederste) pol snarere investerer gennem at være ikke-investerende, henholdende, moderate og afslappede ift. deres krop. Der er tale om en dimension baseret på kapitalvolumen. Ved den øverste pol er der høj grad af investering i den fysiske krop med mere end otte timer om ugen, og her ses også høje prioriteter af aktive ferier, new age, og opsøgning af viden om velvære og sundhed, mens individerne i den nederste del svarer nej til at supplere i forhold til madvarer, kun træner den fysiske krop i lav grad, sjældent indtager medicin, ikke tester kroppen, ikke er stressede, kun sjældent indtager medicin og ikke dyrker new age. Der er tale om polariseringer mellem en relativt aktiv og investerende orientering mod kroppen og en mere magelig, afslappet relation til kroppen. Over denne polarisering er særligt den fysiske krop virksom, dvs. hvor en indikator på engagement og aktivitet fx viser sig ved høj grad øverst og lav grad nederst.

Yderpunkterne i denne polarisering mellem aktiv og investerende versus en magelig, afslappet relation til kroppen har en vis klangbund i kønnede forskelle i vores materiale, som dog primært er repræsenteret af kvinder. Figur 2 (se overfor) viser kønsfordelingen med ellipser, der repræsenterer hhv. mænd, der befinder sig mod den nederst pol, og kvinder, der befinder sig i midten og med større rækkevidde mod den øverste pol med en større kapitalvolumen til følge. Kvinder er således mere investerende og aktive med kroppen end mænd.



Figur 2: Kønsfordeling

I det følgende opsummeres nogle kropsdistinktioner ud fra de fire kvadranter, som kan rekonstrueres i korrespondanceanalysen. Dette viser nogle polariseringer i omgangen med egen krop relateret til de fem kropsinvesteringsformer. Tabel 1 (næste side) viser et firfeltskema om krop og velvære.

Den monitorerede og hektiske krop

Den instrumentelle kvadrant (øverst-venstre). Hvis vi ser på de forskellige relationer til kroppen i de fire kvadranter, så er den øverste til venstre karakteriseret af individer med et kulturelt, dvs. instrumentelt syn på kroppen. Der er præferencer for kropsændringer gennem plastikkirurgi og medicin, men også gennem høj grad af træning af den fysiske krop. I denne kvadrant dyrkes den kirurgiske, den kemiske krop og den fysiske krop. Individerne indtager medicin ofte for at undgå eller forebygge sygdom, og de tester desuden ofte deres sundhedstilstand gennem diverse applikationer. De konsulterer desuden hjemmesider for at opsøge viden om sundhedsrelaterede forhold. Det er også i denne gruppe, at flest individer oplever sig stressede. Man kan sige, at i denne kvadrant kæmpes der med kroppen med ret håndfaste midler som kirurgi, medicin og træning. Særligt i denne kvadrant var der en liberal holdning til at optimere kroppen gennem kirurgiske indgreb, og der er kun ganske få overvejelser om de risici, som også løbes ved kirurgiske indgreb. En SOSU-assistent beskriver at: ”Det kunne jeg nok godt (kirurgisk indgreb), men på den anden side, så synes jeg også det er federe at arbejde for det selv, men jeg har overvejet og få suget fedt fra mine lår og så få ind i min numse. Sådan så min

numse... Ikke så min numse bliver større, men så den sådan bliver skubbet mere op [...] så jeg også taber mig på lårene.” (Social- og sundhedsassistent, 24).

<p>Den monitorerede og hektiske krop</p> <p>Kamp med kroppen, stress, risici Kropskirurgi, fysisk træning og ofte medicin, tester kroppen <i>”jeg har overvejet at få suget fedt fra mine låre og så få det ind i min numse – så den bliver skubbet lidt opad”</i></p>	<p>Den aktive og afbalancerede krop</p> <p>Naturlige krop der skal vedligeholdes Aktive ferier, new-age, wellness, litteratur, tester kroppen via videnskab Moderat træning og stor opmærksomhed på kost <i>”jeg elsker lange ture i naturen [...] det har sundhedsværdi for mig”</i></p>
<p>Den henholdende og afventende krop</p> <p>Kroppen udfordret Ikke optaget af ernæring, læser sjældent, ikke optaget af new age eller wellness, meget lidt fysisk træning <i>”jeg er lidt gummistøvleagtig”</i></p>	<p>Den rolige og balancerede krop</p> <p>Holistisk og naturligt forhold til kroppen, holder øje med kroppen Forebyggende, ingen eller lav stress, højeste afstandtagen til kropskirurgi, tester ikke kroppen <i>”vægten er sådan plus minus et kilo [...] jeg går ikke i fitnesscentre, min fordom er at her kommer man bare og laver sine øvelser og går”</i></p>

Tabel 1: de fire kropskvadranter

Det er også i denne kvadrant vi ser den største investering i den fysiske krop, med tilhørende brug af selvmonitorering via apps, målinger og tests. Individene investerer i deres kroppe, men samtidig formidles udsagn om, at deres kroppe ikke lever op til ejernes forventninger. Man kan antage, at de relativt unge kroppe skal optimeres, frem for vedligeholdes. Man har en krop, som endnu ikke, eller kun i mindre grad har givet anledning til sygdomme og lidelser.

Den henholdende og afventende krop

Den instrumentelle kvadrant (nederst-venstre). Her er individer, som har lav mængde af sundhedskapital målt på den mentale/kulturelle krop. De læser sjældent og deltager ikke i nogen form for new age eller wellness aktiviteter, hvilket ville

have karakteriseret investering i den mentale krop. Ved denne kvadrant svares oftest nej til indtag af organiske madvarer, grøntsager og nødder/bær, og gruppen indtager ikke kosttilskud. Det er også i denne gruppe, hvor der i lav grad investeres i fysisk træning eller aktive ferier. Det er også i denne kvadrant, hvor flest individer har BMI, der viser svær overvægt. I denne kvadrant, som del af den instrumentelle pol, er relationen til kroppen dog relativt passiv, henholdende og for nogen del non-investerende. Kroppen er måske udfordret, men det giver ikke anledning til de store kampe med eller for kroppen. I de to første kvadranter er kroppene lidt yngre (20-34 år), og der er relativt lav koncentration af sundhedskapital målt på den mentale/kulturelle krop med modifikationer af økonomisk kapital i forhold til højre side af det sociale rum.

Den aktive og afbalancerede krop

Den holistiske kvadrant (øverst-højre). I denne kvadrant er individerne optaget af den naturlige krop, som dog stadig skal holdes ved lige og investeres i. Her nydes aktive ferier, new age og wellness, og samtidig fokuseres ikke mindst på ernæringskroppen, herunder diverse kosttilskud og til dels den fysiske krop, som trænes i 4 til 8 timer om ugen. Investeringen i disse forhold er i høj grad ledsaget af, at individerne opsøger viden, herunder videnskabelig viden om kroppen, velvære og sundhed. Det er også i denne gruppe, der er flest, der investerer i den mentale krop – både gennem konsumtion af litteratur generelt og gennem viden om kroppen og sundhed. Individer her er således aktive med investeringer i kroppen, og her er særligt fokus på ernæringskroppen, den mentale krop og i nogen grad den fysiske krop. Kroppen her skal hele tiden være objekt for opmærksomhed, og individet er løbende opføgende på ny viden og indsigt i, hvordan kroppen kan være bedst mulig virksom. Derfor er kroppen her ikke nødvendigvis helt i balance, men den skal løbende afbalanceres, korrigeres, med lige dele ro, afslapning, motion og ernæringsmæssige investeringer.

Ved denne kvadrant ses overvejende ældre, men også yngre individer, fx en kvinde, der læser ved en sundhedsrelateret kandidatuddannelse. Hun dyrker motion en gang om ugen, går til spinning, cykler rundt i København og ”elsker lange ture i naturen”, ”at høre en god lydbog eller podcast”, ”bare gå at slappe af”, som hun oplever giver stor ”sundhedsværdi” for hende. Hun beskriver, at hun er ret afslappet og tænker meget på økologi og bæredygtighed. Hun kunne symptomatisk for denne holistiske pol ”ikke finde på at købe eller spise færdigretter, mest fordi det ikke er særligt lækkert” (studerende, 27). En andet eksempel, der repræsenterer kvadranten er en læge over 60 år. Hun ikke bare læser om sundhed og velvære. Hun har også egne erfaringer med en ældre krop, der af og til har været syg. En krop, der mest skal vedligeholdes via aktive ferier, wellness og meditation. Kroppen skal ifølge denne informant afbalanceres og løbende korrigeres, men via moderate indgreb i ernæringskroppen, den mentale krop og den fysiske krop. Symptomatisk for kvadranten og særligt lægegruppen er akkumulationen af relativt meget både økonomisk og kulturel kapital.

Den rolige og balancerede krop

Den holistiske kvadrant (nederst-højre). I denne kvadrant har individerne et holistisk og naturligt forhold til kroppen, men det er en tilgang, som snarere er karakteriseret ved at være påpasselig, overvågende og lidt forebyggende end ved at være meget aktiv med investeringer. Der holdes øje med kroppen, de har den laveste grad af stress, og de viser den højeste grad af afstandtagen til plastikkirurgi og kropskorrektioner i det hele taget. Individerne indtager meget sjældent medicin, og de er relativt opsøgende i forhold til viden på internettet. De tester heller ikke kroppen via forskellige applikationer. Individer i denne kvadrant kan virke, som om de er i en form for balance med deres krop. En krop, der heller ikke gør meget opmærksom på sig selv, fx gennem stress. Der er relativt stærk afstandtagen til kropsforståelser, som ledsages af stærke og kraftfulde investeringer såsom kirurgi, medicinering og fysisk træning. Kroppen her er nogenlunde i balance, og 'er' bare naturlig på alle måder, og den skal passes og plejes, men ikke via hektiske indgreb af nogen art. I givet fald er der en vis opmærksomhed rettet mod ernæringskroppen, dvs. indtag af fødevarer mv.

I de to sidste kvadranter er kroppene overvejende lidt ældre (35-49 og over 50 år), og der er relativt høj koncentration af særligt kulturel kapital, men også til dels af økonomisk kapital i forhold til venstre side af det sociale rum. I kvadranten er der også studerende og yngre informanter såsom den mandlige fysioterapeutstuderende. Han har et afslappet forhold til sin egen krop og er uforstående overfor, hvis en person anvender for meget tid på træning. Det er ikke sådan, at individerne ved dette kvadrant er 'ikke-investerende' eller ligegyldige over for deres egen eller andres kroppe. Men individerne her er karakteriserede af en følelse af ingen eller lav grad af stress i deres daglige liv, de indtager kun sjældent medicin og har et kritisk blik på radikale indgreb i kroppen, fx via kirurgi og kropsændringer. Overordnet set reagerer særligt de ældre individer i kvadranten, når kroppen giver lyd fra sig ved symptomer eller reaktioner, men investeringerne skal være naturlige og i videst muligt omfang balancerede af egen kraft. Man monitorer kroppen, men ikke gennem brug af apps eller spektakulære målinger, snarere gennem at mærke, se og føle sin egen krop.

Den statsautoriserede sundhedskrop og de sundhedsprofessionelles

Der er kamp mellem sociale grupper om at definere den rette krop og derved om at gøre deres kropsidealer til de dominante og værdsatte på markedet. Man kan skelne mellem en dominant og en domineret sundhedskapital (Larsen 2021). Den første udgør en statsautoriseret sundhedskapital, hvor investeringen i kapitalen har store ligheder med de kropsideer og værdier, som formidles af statens institutioner og professioner i forhold til indtag af kost og drikkevarer, brug af træning, indikatorer på måling af kroppens funktioner mv. Denne krop har statens støtte og backup. Den anden type sundhedskapital er domineret eller non-dominant. Det vil sige, at en 'vulgær' kropsinvestering (i alt for store muskler eller indsættelse af brysttransplanter) kan have en fin afsætningsværdi ved nogle positioner i det sociale rum eller i

visse sociale felter. Men den udgør ikke en kapital i en bredere sammenhæng. Til gengæld udfordrer kropsaktivister doxaen i det sociale rum og i sundhedsfeltet. Gennem heterodokse strategier beskriver de enten, at der ikke er nogen krop, der er normal, eller at alle kroppe er smukke og værd at elske. Platforme for kropsaktivismen er sociale medier, bøger, video, dokumentarprogrammer, blogs mv. Kig fx på følgende hashtag(s) #plussize, #curvy, #bodypositivity, #skruop, #bodyacceptance, #bopo, #fedmefobi, #sårbarhed, #perfektuperfekt, #mentalsundhed. I sundhedsfeltet skal kroppen være eksplicit fysisk og ernæringsmæssigt fit, så den fremtræder flot, naturlig og sund udadtil. Den kropslige doxa i sundhedsfeltet er som den statsautoriserede og dominerende sundhedskapital (Larsen 2021). Arbejdet med kroppen må gerne understøttes af kirurgiske indgreb, lægemidler og være mentalt fit, men det udgør ikke selvstændige distinktive kapitaler, der eksplicit spilles ind i feltet fx gennem, at individer fortæller om deres brug af plastikkirurgi, indtag af lægemidler eller dyrkelse af yoga, meditation eller litterære værker. De sidste tre kropsinvesteringer kan være nødvendige for at opretholde et godt selvværd, en medicinsk balanceret krop og en mental stimulans. Men de lever bedst i det usagte og implicite som en formåen i forhold til at oppebære arbejdet i studiegruppen eller i jobfunktionen. Det er overvejende en biomedicinsk opfattelse af sundhed og velvære, som er dominerende i feltet, hvor kroppens fremtræden og den fysiologiske del vejer tungt. Man skal undgå sygdom, og idealerne ligger tæt på de forskrifter, som udstedes af statslige institutioner som Sundhedsstyrelsen. Generelt set beskriver informanterne, at sundhed fylder stadig mere i et tidsperspektiv i feltet, og også i deres egen socialisering via uddannelse og arbejde i feltet. Der er, inden for den statsautoriserede sundhedskapital, forskelle i, hvordan de respektive professioner opfatter sundhed og krop. Ud fra de respektive fagprofessionelle socialiseringsprocesser fokuserer fysioterapeuter og diætister på henholdsvis den fysiske krop og ernæringskroppen. Alle er imidlertid optaget af at mødet med patienten eller klienten involverer moralsk-etiske forhold, herunder spørgsmål om soignering, lugte mv.

Når den fysiske krop og ernæringskroppen udgør vigtige investeringsobjekter i feltet både for de professionelle og i deres syn på patienter og klienter, bliver det også tydeligt, at manglende eller fejlagtige investeringer på disse områder kan give anledning til udelukkelser, marginalisering, mobning eller brug af jokes og humor. Det beskrives, at potentielle ansatte kan udelukkes, men det gælder også aktuelt ansatte kolleger, der kan fyres, hvis de ikke lever op til doxaen i feltet. Det der kan opleves som uformelle kompetencer, såsom kroppens fremtræden, kan ofte trumfe specifikke faglige kvalifikationer. Man skal kunne 'passe ind', og her indgår også beskrivelser af behov for, at nye kolleger har både humor, omsorg og empati, men også at de skal give signal om at kunne klare stormvejr, være psykisk robuste og omstillingsparate.

De sundhedsprofessionelle praktiserer afvejninger og balancering i forhold til deres krop. På lignende måde som Nikolas Rose (2009) beskrev det, så må kroppene løbende afveje cost-benefit i forhold til kroppens velvære og sundheds-økonomi. Man vil leve længe, men også godt. Der skal afvejes mellem nydelse og afsavn,

mellem hedonisme og askese. Mange informanter beskriver, hvordan de, mere eller mindre bevidst og planmæssigt, afvejer slik mod grøntsager, weekend mod hverdage, ferier mod arbejdsliv, sommer mod vinter eller ung mod ældre. Der er således livsfaser, tider og steder for at nyde livet (måske tage på), fortære, konsumere og forbruge – og så også for tilbagebetaling (måske tabe sig), afsavn, askese, abstinens og afholdenhed. En sygeplejestuderende fortalte, hvordan hun og nogle medstuderende havde en aftale om balancen mellem ”nul-sukker” afvejet i forhold til ”sukker kun en gang om dagen” eller balancer mellem at spise grøntsager/varieret overfor at spise slik eller kager. En underviser på sygeplejerskeuddannelsen fortalte, hvordan hun og hendes mand nød vin og vinrejser, men det var vigtigt at dette balance-rede på ugebasis. Man drikker vin fredag og lørdag. Det går man så og ”glæder sig til i løbet af ugen”. Man justerer det og hun beskriver at man godt kan gå ”lidt efter KRAMS-rådene”, men samtidig skal man ”ikke gå glip af noget i livet” (social- og sundhedsassistent, 23). Man er sin egen sundhedsøkonom eller sundhedsminister. Det virker også sandt, at mange er blevet præ-patienter (Rose 2009), hvor vi ikke længere vil være passive tilskuere til skæbnens veje med os. Man vil holde djæveln på afstand, idet vi udøver nye former for selvomsorg ved at trimme kroppen. Så der er mange ligheder i sundhedsfeltet i opfattelser af kroppene. Men som sagt også store forskelle og modsætninger ikke mindst mellem kultur og naturkroppen.

Kritiske teori- og metodeovervejelser

Man kan overveje, hvorvidt det undersøgte område meningsfyldt kan betegnes som et felt i sig selv, herunder om dets autonomi (Broady 1998), eller om det burde konstrueres som et socialt rum (se diskussion heraf i: Wacquant & Akçaoğlu 2017). Wacquant der tidligere har beskrevet at felt, kapital og habitus er Bourdieuske nøglebegreber formidler her, at socialt rum er moderkategorien, det generiske begreb fra hvilket det specifikke begreb om felt logisk kan udledes (Wacquant & Akçaoğlu 2017, 12). Det beskrives, at felter er ”relativt sjældne historiske dyr”. Det virker imidlertid rimeligt at tænke et sundhedsfelt (Collyer 2017; Hindhede & Larsen 2019) eller medicinsk felt (Petersen 1998) som et handlings- og autoritetsdomæne som er blevet tilstrækkeligt demarkeret, autonomiseret og monopoliseret. For feltbegrebet taler, at aktørerne er mere eller mindre socialiseret gennem uddannelse og i erhvervet til visse måder at tænke og håndtere kroppe på. De har lært at kigge på sygdom, krop og patienter, herunder på dem selv og deres kolleger på bestemte biomedicinske måder. De er udsat for en lignende medicinsk orienteret strukturering af, hvordan kroppe er og skal være. Som en sygeplejestuderende sagde det meget rammende: ”Det bliver mere og mere tydeligt i løbet af studiet, at man får lidt mere hvid kittel på for hvert semester” (sygeplejestuderende, 27). De lærer sig den medicinske doxa. Til gengæld kan man ikke sige, at deres egne kroppe i sig selv er centrale i stridigheder i feltet, om end det er tydeligt i det kvalitative materiale, at alle er meget opmærksomme på hinandens fysiske kroppe, træningsaktiviteter, rygning mv. Vi kan sige at vores undersøgelsesobjekter er formet af den medicinske doxa om hvordan kroppe skal se ud og hvordan de fungerer biologisk,

anatomisk, fysiologisk mv., men som det beskrives af Wacquant og Akcaoglu (2017, 13) så praktiseres sociale handlinger for størstedelen i sociale rum, dvs. når lægen eller sygeplejersken agerer i venskabs- eller fritidsrelationer, dvs. udenfor sundhedsfeltet.

I forhold til sundhedskapital og de fem kroppe har korrespondanceanalysen og interviewundersøgelsen vist, at den mentale krop er en lidt tvivlsom og måske for flertydig kategori. Den dækker både over sundhedsrelateret kulturel kapital, fx en disposition til at opsøge viden på sundhedsområdet og over kulturel konsumtion såsom at gå teater. Men samtidig har den skullet operationalisere praksisformer som dyrkelse af meditation og yoga. Måske det vil være relevant at anvende både en mental krop (yoga, mindfulness) og en egentlig kulturel kapital.

De fem kroppe eller investeringsformer udgør begrebslige konstruktioner og som sådan sker investeringerne ikke 'en ad gangen'. De er vævet sammen og interagerer, hvor fx et kirurgisk indgreb, fysisk træning og indtagelse af lægemidler gør det muligt at kunne tilegne sig en kropslig ro og velvære, som igen muliggør varetagelse af et arbejde. Begreber om balance og afvejninger involverer også, at fx ernæringskroppen kan nyde vin, øl eller slik, men der skal ske tilbagebetaling gennem fysisk træning, løbeture og fitness. Man 'cykler på arbejde' eller 'tager trappen' som modvægt til en weekend eller vinterperiode, hvor kroppen har taget på i vægt. Praktikkerne, som vi her i abstrakt form kalder investeringsformer, gøres heller ikke nødvendigvis intentionelt og målrettet. Det kan godt være, at en ansøger til et job som fysioterapeut overvejer at få justeret sit kalorieindtag, eller at få trænet kroppen før jobsamtalen. Men mest af alt er kroppene i gang med at bevæge sig, at spise osv.

Rent metodisk kan sundhedskapital med fordel undersøges ved hjælp af en række metodiske fremgangsmåder fra brug af billeder, snaplogs, billedkort og dagbøger til biografiske interviews. Ikke mindst observationsstudier kan anbefales, når man vil forstå kropsarbejde på en dyb og anerkendende måde. Erfaringerne med denne undersøgelse har fx vist, hvor vigtig fysisk nærvær, tid, sted og respekt er, når man vil undersøge mere eller mindre tabuiserede praksisser med kroppen. I undersøgelsen her er medicinering og kirurgi af kroppen for nogle grupper svære at italesætte og erfaringen var, at den anonyme form som lå i spørgeskemaundersøgelsen kunne motivere til større åbenhed end et telefoninterview med en fremmed person. Det giver altså ikke altid sig selv at individuelle interviews frembringer mere fordybet indsigt end brug af for-strukturerede svarkategorier i et spørgeskema. Der er en vis frihed i anonymiteten.

Denne undersøgelse viser ikke 'den rygende pistol', der angiver, hvordan kroppe fx ekskluderes i sundhedsfeltet. Der er imidlertid ret åbenhjertige informationer om, at nogle er blevet fyret eller ikke ansat i jobpositioner, fordi de fx har for store kroppe. Der indgår også subjektive oplevelser af at blive mobbet, fordi man ikke passede ind i en gruppe, eller af at blive ekskluderet i forhold til jobmuligheder, studiegrupper mv. Det er imidlertid stadig uklart præcist, hvordan kroppe in- og ekskluderes 'objektivt' ved forskellige positioner i det sociale rum eller felter. Der

findes psykologiske eksperimenter som viser effekter, når billeder eller navne af ansøgere til jobpositioner manipuleres og gøres socialt attraktive, eller når deres vægt ændres (Agerström & Rooth 2011). Men det åbner for flere etiske udfordringer.

Der er imidlertid ikke tvivl om, at sundhedskapital som en in-formel kompetence kan være meget udslagsgivende, når nogle får gaverne i sundhedsfeltet, som fx adgang til studiegrupper, tilgang til praktikpladser eller jobmuligheder. Mens andre ikke tildeles disse goder.

Konklusion

Overordnet set bekræftede den empiriske undersøgelse, at det var meningsfyldt at konstruere de fem kategorier af sundhedskapital, og at der både var ligheder eller implicit konsensus (doxa), men også forskelle i opfattelser af kroppene i feltet. Det kan hænge sammen med den accelererede fremkomst af nye sundhedstrends, der i en stigende grad erstatter hedengangne praksisser, træningsmetoder, monitoreringsteknikker mv. Historisk set er der sket store forandringer ift. sundhed. De ældre i feltet fortæller om at ansøgere om jobs, i forhold til tidligere, bruger meget tid og plads på at fortælle om deres fritidsinteresser, fysisk træning, sunde vaner osv. Denne transformation resonerer med spaltningen af kroppen i flere, hvoraf vores undersøgelse tager udgangspunkt i de fem kroppe i feltet. Trends inden for fx kost er ikke et nyt fænomen, men variationen og hastigheden hvormed nye trends erstattes af nyere trends sætter pres på nogle sundhedsprofessionelle. Der indtages mere grønt og varieret, og mange tager diverse kosttilskud, vitaminer, er på diæter, spiser grød, grøntsager osv. Det er vigtigt, at man passer ind. Kroppens fysiske fremtræden, som bevis på investering i den fysiske krop giver signal om, at man kan klare stormvejr, være psykisk robust og omstillingsparat. Når den fysiske krop og ernæringskroppen udgør vigtige investeringsobjekter i feltet både for de professionelle og i deres syn på patienter og klienter, bliver det også tydeligt, at manglende eller fejlagtige investeringer på disse områder kan give anledning til udelukkelse, marginalisering, mobning eller brug af jokes og humor. På et individuelt niveau er investeringsarbejdet objekt for løbende afvejning, som indregner slik mod grøntsager, weekend mod hverdage, ferier mod arbejdsliv. Der er ligeledes livsfaser, tider og steder for at nyde livet (måske tage på), fortære, konsumere og forbruge – og for tilbagebetaling (måske tabe sig), afsavn, askese, abstinens og afholdenhed.

Fremvæksten af orientering rettet mod sundhed harmonerer med konceptualisering af sundhedskapital som en spaltning af kroppen i flere kropsforståelser, herunder distinktioner mellem indre og ydre, men også mellem naturlige og 'kunstige' kroppe. Vi ser på det studerede område at særligt den fysiske krop og ernæringskroppen er centrale holdepunkter i feltet. Der er ligheder mellem den statsautoriserede og dominerende sundhedskapital og så den krop, der hyldes i sundhedsfeltet. Dog med nogle forskelle på, hvad der betones i de forskellige faggrupper. De største forskelle viser sig dog at angå distinktionen mellem det, vi har betegnet som kulturkroppen og naturkroppen. Ved den første har man et ret instrumentelt forhold til

kroppen, som udsættes for hård fysisk træning og måske medicinering og kirurgi. Ved den anden er man mere til at trimme kroppen gennem ernæring, yoga og meditation. Distinktionen mellem kultur- og naturkroppen matcher også relationer mellem kort og lang uddannelse, lav og høj løn, samt relativt ung og relativt gammel. Særligt de yngre er optaget af kroppen som mål i sig selv, med henblik på at optimere individets sociale væren (studiegrupper, praktikpladsmarked, kærestemarked, jobmarked), mens de ældre snarere er optaget af at trimme og vedligeholde kroppen, samt at reparere den, når sygdomme og udfordringer gør sig nærværende. Alle er imidlertid optaget af at mødet med patienten eller klienten involverer moralsk-etiske forhold, herunder om soignering, lugte mv. En anden distinktion går mellem individer, der er relativt aktive med at investere i kroppen i forhold til de som er forholdsvis non-investerende i den.

Kristian Larsen, Senior Researcher, Professor 2, Ph.D.; The University Hospitals Centre for Health Research (UCSF), University of Copenhagen & Professor 2 Oslo Metropolitan University.

Anette Lykke Hindhede, Ph.D., Associated Professor; Aalborg University, Department of Culture & Learning, A. C. Meyers Vænge 15, 2450 Copenhagen; Denmark. Email anlh@hum.aau.dk

Frederik Møller Henriksen, Sociologist, Research Assistant; Copenhagen University, iCourts, Faculty of Law, Karen Blixens Plads 16; 2300 Copenhagen S, Denmark Email fmh@jur.ku.dk

Noter

- ¹ <https://www.nrk.no/norge/store-tar-over-helsedepartementet-1.8331039>
- ² Tak til Margaretha Järvinen som fremsendte spørgeskema fra undersøgelsen omkring drikkevaner i en dansk virksomhed (Järvinen et al. 2014). Dette skema har været inspirerende for undersøgelsen om sundhedskapital.
- ³ Med 14 aktive variable forklarer første dimension 41 % af den totale inerti (varians) af skyerne (0.4102), og anden dimension forklarer 21,5 % af total inerti (0.2147). Tredje dimension er ikke inkluderet, da den kun forklarer under 3 % af den samlede inerti.

Referencer

- Agerström, J., & Rooth, D.-O. (2011). The role of automatic obesity stereotypes in real hiring discrimination. *Journal of Applied Psychology*, 96(4), 790–805. <https://doi.org/10.1037/a0021594>
- Andreasson, J. & Johansson, T. (2015) *Fitness Revolutionen. Kropp, Hälsa och gymkulturens globalisering*. Stockholm: Carssons.
- Arnholtz, J. (2018). Tensions, Actors, and Inventions: Bourdieu's Sociology of the State as an Unfinished but Promising Research Program. In Thomas Medvetz and Jeffrey J. Sallaz (red.), *The Oxford Handbook of Pierre Bourdieu* 10.1093/oxfordhb/9780199357192.013.27

- Bambra C. (2019). From Quotas to Sanctions: The Political Economy of Rehabilitation in the UK. In: Harsløf I., Poulsen I., Larsen K. (red.), *New Dynamics of Disability and Rehabilitation*. Palgrave Macmillan, Singapore.
- Baxter, S., Sanderson, K., Venn, A. J., Blizzard, C. L. and Palmer, A. J. (2014). The Relationship between Return on Investment and Quality of Study Methodology in Workplace Health Promotion Programs, *American Journal of Health Promotion*, 28(6), 347-363.
- Bourdieu, Pierre (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Bourdieu, Pierre (1985). Effet de champ et effet de corps. *Actes de la recherche en sciences sociales* 59. Oversat af Carsten Sestoft i *Praktiske Grunde. Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 2008, nr. 3-4.
- Bourdieu, Pierre (1999). *Den maskuline dominans*. Tiderne skifter.
- Bourdieu, P., A. Accardo, G. Balazs, et al. (1999). *The Weight of the World: Social Suffering in Contemporary Society*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. & Farage, S. (1994) Rethinking the State: Genesis and Structure of the Bureaucratic Field. *Sociological Theory*, 12, 1–18.
- Bourdieu, P. (2001). *Firing Back. Against the tyranny of the Market 2*. London: The New Press.
- Bourdieu, P. (2010). Statens venstre hånd og statens højre hånd. *Praktiske Grunde*, 1-2, 113-120.
- Bourdieu, P. (2014). *On the State: Lectures at the Collège de France 1989–1992*. Cambridge: Polity Press.
- Brewis, A. A., Wutich, A., Falletta-Cowden, A., & Rodriguez-Soto, I. (2011). Body norms and fat stigma in global perspective. *Current Anthropology*, 52(2), 269-276.
- Brinkmann, S. (2010). *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*. Klims forlag.
- Brinkmann, S. (2014). Diagnosekultur - et analytisk perspektiv på psykiatriske diagnoser i samtiden. *Tidsskrift for Norsk Psykolog Forening*, 51(9), 692-697.
- Broady, D: (1998) ”Inledning: en verktygslåda för studier av fält”. In *Kulturens fält* (red. D. Broady), Bokförlaget Daidalos, Göteborg, 11-26.
- Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C. (2018). Overdiagnosis: what it is and what it isn't. *BMJ Evidence-Based Medicine* 23, 1-3.
- Collyer, F. (2017) Envisaging the healthcare sector as a field: moving from Talcott Parsons to Pierre Bourdieu. *Social Theory & Health* 16, 111–126 (2018). <https://doi.org/10.1057/s41285-017-0046-1>
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services* 10(3), 365–388.
- O'Donnell, M. P. (2002) *Health promotion in the workplace*. 3rd ed. edn. Albany, N.Y: Delmar.
- Esmark, K. (2008). Pierre Bourdieu og det religiøse felt. *Gjallerhorn*, 6, 28-38.

- Faber, S. T., Prieur, A., Skjøtt-Larsen, J., & Rosenlund, L. (2012). *Det skjulte klasesamfund*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Fagerholt, R. A. (2011). *Kampen om helsen, en kvantitativ studie av koblinger mellom en offentlig ekspertdiskurs og ungdoms livsstilspraksiser*. Master's thesis, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosiologi og statsvitenskap).
- Hindhede, A. L., & Larsen, K. (2019). Prestige hierarchies of diseases and specialities in a field perspective. *Social Theory & Health*, 17(2), 213–230. [17/2]. <https://doi.org/10.1057/s41285-018-0074-5>
- Hofmann, B. (2014). Diagnosing overdiagnosis: conceptual challenges and suggested solutions. *European Journal of Epidemiology*, 29(9), 599-604.
- Jensen, B; Larsen, K; Koudahl, P; Andsager, G. (2007) *Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyset af social kapital*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- Järvinen, M, Houman Ellersgaard, C; Larsen, A. G. (2014). Drinking to the limit: Alcohol, social status and health governance. *Drugs: education, prevention and policy*, 21(4): 283–298.
- Kristensen, D. B., Lim, M., & Askegaard, S. (2016). Healthism in Denmark: State, market, and the search for a “Moral Compass”. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 20(5), 485-504.
- Kurunmaki, L. (1999). Professional vs. financial capital in the field of health care. *Accounting, Organizations and Society*, 24(2), 95–124.
- Kvalvaag, H. (2013). *Hvorfor er livsstilsendring vanskelig? Kropp, mat og livstilsom (ernærings-) vitenskap og praksis*. Doktoravhandling ved NTNU: 343.
- Larsen, Kristian. (2009). Kroppe, sundhed og social ulighed. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. Dansk sygeplejeråd Nyt nordisk forlag Arnold Busck, s. 188-218.
- Larsen, K. (2010). Det behandlende hus er blevet sygt: sociologiske og historiske perspektiver på patientforløb. i H Timm (red.). *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet*. Videnscenter for Sammenhængende Forløb - i social- og sundhedssektoren, Professionshøjskolen Metropol, København, s. 39-64.
- Larsen K. (2021) *Sundhedskapital: perspektiver på krop, sundhed og ulighed*. Kbh.: Samfundslitteratur (udkommer forår 2021).
<https://samfundslitteratur.dk/bog/sundhedskapital>
- Larsen K, Esmark K, 2010. Om studier af sundhed mellem Nikolas Rose og Pierre Bourdieu. In Larsen K, Esmark K, Høyen MES (red.), *Hvorfor Bourdieu?* Kbh.: Forlaget Hexis, 133-50.
<http://www.hexis.dk/forlag/hvorfor-bourdieu-esmark-hoeyen-larsen.pdf>.
- Larsen, K., Cutchin, M., & Harsløf, I. (2013). Health capital: New health risks and personal investments in the body in the context of changing Nordic welfare states. In Harsløf, & R. Ulmestig (red.), *Changing social risks and social policy responses in the Nordic welfare states*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 165–188.

- Larsen, K. & Hansen, G. (2013). *Social ulighed i sundhed -mere vilkår end valg. Indsigter og forklaring på norske forhold*. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. HIOA.
- Larsen, K., & Morrow, V. (2009). Social positions and young people's health: A Bourdieu'ian critique of dominant conceptualisations of social capital. *Praktiske Grunde*, 3, 7-30.
- Larsen K, Hindhede AL, Larsen MH, Nicolaisen MH, Henriksen (2020) FM. Bodies need yoga? No plastic surgery! Naturalistic versus instrumental bodies among professions in the Danish healthcare field. *Social Theory & Health* Nov 10. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00151-z>. Online First.
- Latimer, J. & Munro, R. (2015). Uprooting class? Culture, world-making and reform. *Sociological Review*, 63(2), 415-432.
- Le Roux, B., & Rouanet, H. (2004). *Geometric data analysis: from correspondence analysis to structured data analysis*. Springer Science & Business Media.
- Le Roux, B., & Rouanet, H. (2010). *Multiple correspondence analysis* (Vol. 163). Sage.
- Lemke, T. (2017). Sundhed og sygdom i den postgenomiske ære. In Mads Peter Karlsen og Kaspar Villadsen (red.), *Sundhed og magt*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nettleton, S. (2013). *The Sociology of Health and Illness*. Polity Press, Cambridge.
- Petersen, K.A. (1998). *Sygeplejevidenskab - myte eller virkelighed. Om genese og struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark*. Århus: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Århus Universitet
- Rose, N. (2009). *Livets politik. biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Shilling, C . (2003). *The body and social Theory*. London: Sage Publications.
- Slevin, K. (2010). If I had lots of money... I'd have a body makeover: Managing the Aging Body. *Social Forces*, 88(3), 1003–20.
- Swami, V. (2015). Cultural influences on body size ideals. *European Psychologist*.
- Turner, B. (2008). *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. 3. ed. London: SAGE
- Wacquant, L. (2009). *Punishing the Poor. The Neoliberal Government of Social Insecurity*. Duke University.
- Wacquant, L. & Akçaoğlu, A. (2017). Praksis og symbolsk magt hos Bourdieu: Set fra Berkeley. *Praktiske Grunde*, 3-4, 5-20.

BILAG 1.**Kropsinvesteringerne og operationalisering af undersøgelsesspørgsmål**

	Karakteristik af kropsinvestering	Operationalisering af spørgsmål
Kirurgiske krop	<p>Kirurgi, laserbehandling rettet mod optimering af fysiske krop og ikke blot korrektion eller fjernelse af syge/pathologiske kropsdele. Det drejer sig om re-design af krop og kropsdele fra forstørrelse og formindskelse af kropsdele herunder tilpasning af næser, pander, øjenomgivelser og maver til kønsorganer.</p> <p>Der kan være tale om mindre såkaldte rynkebehandlinger med indsprøjtninger af botox, restylane, fedtinjektion eller kemisk peeling. Desuden operationer kirurgisk eller med laser i forhold til hårfjernelse, karsprængninger på kroppen. Dernæst operationer rettet mod ansigtsløft, dobbelthage, næseoperation, læbeforstørrelse, øjenlågoperation, stritører og tindingeløft, samt større operationer som brystforstørrelser eller reduktioner samt fjernelse af slap hud på kroppen.</p> <p>Man kan også regne kropsudmykning som piercing i ører, næse, torso, brystvorter og kønsdele, samt tatovering som del af den kirurgiske krop.</p> <p>Visse indgreb er helt eller delvis statsligt finansieret mens andre kræver en del økonomisk kapital fra få hundrede kr. for piercing og kr. 2000-6000 for små indgreb til 'bodylift' for mindst kr. 113.000 kr.</p> <p>Her investeres mest blandt kvinder men også vækst blandt mænd.</p>	<p>I hvor høj eller lav grad syntes du, at det er fint og acceptabelt at:</p> <p>få lavet skønhedsoperationer (implantat i kæberne, brystforstørrelser med implantater, ansigtsløftning, botox i et område, fedtsugning)?</p> <p>få lavet operationer der korrigerer så kroppen (for)bliver ungdommelig (udglatte rynker, løfte tunge øjenlåg, strammet maven op)?</p> <p>Hvilke kropskorrektioner har du eller kunne du overveje at få lavet? En fedtsugning</p> <p>En operation der har korrigeret eller der korrigerer mit ansigt og ansigtsudtryk</p> <p>En operation der har korrigeret eller der korrigerer mine lår eller arme</p> <p>En operation der har korrigeret eller der korrigerer min mave</p> <p>Fjernelse af blodkarsprængninger i huden</p> <p>Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg syntes kroppen skal være naturlig som den nu engang er og jeg bryder mig ikke om operationer der ændrer på dette</p> <p>Jeg syntes der må være noget galt med mennesker der får foretaget operationer på hele kroppen</p> <p>Jeg mener grimme mennesker burde blive opereret når det nu er muligt</p> <p>Jeg syntes det er direkte grimt og skæmmende når ældre mennesker er opereret for se unge ud</p> <p>Jeg vil gerne opereres hvis mit udseende og fremtræden gør at jeg ikke længere kan beholde mit arbejde</p> <p>Jeg syntes det er en stor gevinst at man nu kan blive opereret så stadig flere kan opleve sig unge og friske</p>
Kemiske krop	<p>Biokemi, kemi og lægemidler rettet mod både den ydre og indre krop. Det kan dreje sig om brug af konventionelle og alternative lægemidler (homøopati, plantelægemidler) som medikamenter fx piller eller cremer til at optimere kroppen ift. at være frisk, rask eller undgå smerte, allergi, depression/mani, alkoholmisbrug og sygdom.</p> <p>Her indgår også mikrodosering hvor man anvender meget små doser af psykodelisk stof for at fremme kreativitet og problemløsning eller til at lindre angst eller depression. problemløsning</p> <p>Men også (bio)kemiske interventioner for at optimere friskhed, aktivitet, humør, jobpræstationer, muskelopbyg-</p>	<p>Indtager du regelmæssigt medicin eller lægemidler for: at opleve bedre velvære og sundhed?</p> <p>at forbedre din fremtræden over for andre i almindelighed?</p> <p>at undgå eller forebygge sygdom (influenza, smerte, allergi, søvnløshed, kvalme)?</p> <p>at undgå eller minimere angst, nervøsitet, depression, hyperaktivitet?</p> <p>at undgå overdrevet indtag af alkohol eller andre rus, eller nydelsesmidler?</p> <p>at øge din mandighed (eller) eller kvindelighed?</p> <p>at præstere det der forventes af dig i din jobsituation?</p> <p>at fremtræde bedre over for en kæreste/partner?</p> <p>Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn om din holdning til brug af medicin og lægemidler?</p>

72 Praktiske Grunde

	<p>ning, mandighed/kvindelighed, fedt-sukker-proteinforbrænding, udskillelse eller optagelse af diverse eller for minimere nervøsitet, søvnløshed, hårtab, ubehag, angst.</p> <p>Investeringen i den kemiske krop sker gennem kroppens huller og åbninger fra mund, næse, øjne, ører til skede og anus. Men også på den ydre krop (af-farvning eller fjernelse af hår, tatovering) eller ind i kroppen via indsprøjtninger eller indhældninger.</p>	<p>Jeg vil foretrække at en sidestillet kollega/studiekammerat anvender medicin eller lægemidler hvis det kan hjælpe ham/hende til at varetage sit job bedst muligt</p> <p>Jeg vil til enhver tid anvende alternative lægemidler, hvis jeg føler de kan hjælpe mig til velvære og sundhed</p> <p>Jeg vil til enhver tid anvende medicin og lægemidler hvis det kan hjælpe mig til at få et bedre job, bedre bolig eller en god partner</p> <p>Jeg vil anvende medicin og lægemidler hvis jeg bliver udfordret i mit job og risikerer at blive fyret</p> <p>Jeg vil anvende medicin eller lægemidler hvis det kan hjælpe mig til at varetage mit job bedst muligt</p> <p>Jeg vil aldrig anvende alternative lægemidler såsom plantelægemidler eller homøopatiske lægemidler</p> <p>Jeg vil aldrig anvende spirituel healing til behandling af ubehag eller sygdom</p> <p>Jeg vil aldrig anvende præstationsfremmende medicin eller lægemidler</p>
<p>Diæt krop</p>	<p>Diætkroppen involverer investeringer gennem indtagelse af ernæring, fødevarer og spisevaner. Der investeres gennem sofistikerede overvejelser om tidspunkter for indtagelse af madvarer, spisemåder, mængder og ikke mindst sammensætning af ernæring. Diætkroppen kan også ud over indtagelse af fødemidler involvere refleksioner om optagelse og udskillelse af disse herunder om hvordan fødevarer, vitaminer og mineraler interagerer med hinanden i forhold til mavetarmsystemet og kroppens generelle sundhed og velvære.</p> <p>Investeringen kræver afvejninger af små versus store måltider, vegansk, fleksitar, vegetabilsk, organisk, laktosefri, glutenfri, fedtfri, kødfri versus konventionelle madvarer. Investeringen nødvendiggør opmærksomhed på hvordan kroppen reagerer på indtag af fødemidler mv. Det kan være gennem observationer af afføring (tyk/tynd, farve, hyppighed), hud, mave og kroppens øvrige reaktioner. Det er nødvendigt at være opdateret om nyeste viden om molekyler, proteiner, enzymer, vitaminer og mineraler og om hvordan de skal kombineres og sammensat i måltider.</p>	<p>Hvor ofte plejer du at spise eller drikke følgende mad- og drikkevarer?</p> <p>Rå grøntsager? Frugt og grønt (fx som del af salat eller mellemmåltid)</p> <p>Bær og nødder (fx som mellemmåltid eller alene)</p> <p>Økologiske madvarer (fx mælk, komprodukter, grøntsager)</p> <p>Kødmadvarer (fx okse, svine, kalkun, lammekød, vildt kød)</p> <p>Fisk eller skaldyr (fx fladfisk, torsk, laks, herunder sushi, rejer)</p> <p>Kosttilskud (fx multivitamin/mineralpiller, øvrige kosttilskud)</p> <p>Koldpresset olie, økologisk jomfruolie, kokosolie eller fiskeolie (fx som del af den daglige kost, madlavning)</p> <p>Kogte grøntsager?</p> <p>Salat eller revne grøntsager/råkost?</p> <p>Drikke grøn the eller urtete</p> <p>Spørgsmål om anvendelse af mineraler mv. ift. få det bedre med mig selv</p> <p>få en vægtøgning</p> <p>få et vægttab</p> <p>øge træningspræstationer</p> <p>få mere energi og sundhed i hverdagen</p> <p>fremtræde bedre over for andre</p> <p>fastholde eller forbedre min jobposition</p> <p>forebygge sygdom</p> <p>Jeg vil aldrig spise detox-kost eller antiage-mad</p> <p>Jeg tager ofte proteinshakes</p> <p>Jeg spiser ofte stegt flæsk med persillesovs</p>

		<p>Jeg vælger altid afvekslende traditionel dansk mad frem for paleo/palæo kost (korn, kød, fisk, skaldyr og grønt/bær som fandtes i jægerstenalderen)</p> <p>Jeg vil aldrig gøre brug af personlig kostvejleder eller diætist</p> <p>Jeg vil aldrig spise mad fra en burgerbar</p>
Fysiske krop	<p>Den fysiske krop involverer investering gennem træning, bevægelse og motion af kroppen med fokus på den ydre krops fremtræden. Det kræver tid og energi rettet mod sportsaktiviteter, træning i fitnesscenter eller gåture, og foregår som formel klubdeltagelse eller informelle og private aktiviteter, udendørs og indendørs.</p> <p>Nogle investeringer er meget eksplicit rettet mod at optimere den ydre krops fremtræden som fx bodybuilding eller bikini-fitness, motiveret af formelle konkurrencer, mens andre investeringer pågår som helt uformelle og ikke-institutionaliserede aktiviteter hvor kroppen trænes via daglige aktiviteter (cykle, gå) eller som del af arbejde (fysisk krævende arbejde).</p> <p>Nogle investeringer kræver høj intensitet og energi, herunder måske forbundet med smerte, højt blodtryk og puls, samt sved og måske fare som kontaktsport (fx boksning), mens andre ikke er faresom træning, men blot pågår som del af daglige aktiviteter hvor den fysiske krop mobiliseres og anvendes.</p> <p>Investering i den fysiske krop nødvendiggør en særlig opmærksomhed rettet mod de kropslige effekter såsom størrelse, volumen, form og æstetik af krop eller kropsdele eller om balance og ligevægt mellem højre og venstre side eller mellem forside/bagside, overkrop/underkrop.</p> <p>Investeringsarbejdet understøttes af monitoreringer ved hjælp af alt fra spejl og vægt til medicinske målinger af Body Mass Index (BMI), iltoptag, serum kolesterol mv., til brug af Apps og software. Begrebet det kvantificerede selv (Lupton 2016) beskriver tendensen at individer søger at optimere særligt deres fysiske krop via brug af diverse teknologier som betegnes 'self-tracking'.</p>	<p>Jeg træner min krop fysisk gennem lettere træning/motion (fx vandreture, stavgang)</p> <p>Jeg træner min krop fysisk gennem hårdere træning (fx cirkeltræning, squash, fodbold, håndbold, løb, fitness, styrke, dans, fight)</p> <p>Jeg træner, motionerer eller udøver min idræt i offentlige/ fælles sammenhænge (fx i grupper/hold i foreninger, klubber, træningscentre)</p> <p>Jeg træner, motionerer eller udøver min idræt alene/individuel (fx gå, cykle eller løbe alene i naturen)</p> <p>Jeg træner, motionerer eller udøver min idræt med støtte fra en instruktør eller personlig træner</p> <p>Jeg syntes det er grimt og vulgært når nogle overtræner og får kæmpe muskler så de dårligt kan bevæge sig</p> <p>Jeg vil aldrig træne på en militær forhindringsbane</p> <p>Jeg oplever velvære ved at min krop er fysisk stærk</p> <p>Jeg vil aldrig træne i et fitnesscenter</p> <p>Jeg vælger udlandsrejser efter om jeg kan udøve min sport eller fysiske aktivitet dér</p> <p>Jeg går op i at have det rigtige udstyr, når jeg udøver min sport</p> <p>Jeg vil ikke vælge en overvægtig partner</p>
Mentale krop	<p>Den mentale krop involverer investering af tid og energi anvendt på at læse litteratur eller videnskab eller at gå til kunstudstillinger, teater eller musik koncerter, men også investering i mindfulness, yoga eller healing.</p> <p>Det gælder om at føle og sans kroppen via et indre arbejde med at bringe</p>	<p>Hvor ofte du foretager følgende aktiviteter for at opleve velvære eller mentalt overskud</p> <p>Meditation</p> <p>Yoga</p> <p>Mindfulness</p> <p>Tai Chi</p> <p>Læser skønlitterære bøger, digte eller poesi</p> <p>Været på SPA-wellness ophold i udlandet</p>

74 Praktiske Grunde

	<p>balance og ro i krop, sind og sjæl hvilket fx kan begrebsliggøres gennem bestræbelsen at støtte en holistisk eller antidualistiske tænkning, at være i nuet, at selvforglemme osv.</p> <p>Den mentale krop er rettet mod det mentale og kan som sådan mest erfares af den som investerer, men vejen til at styrke den mentale krop kan godt gå gennem fysisk hårde øvelser fx i typer af yoga (Bikram, hot yoga eller vinyasa).</p> <p>Effekterne af investeringsarbejdet er således mere oplevet og erfaret end synligt om end et højt niveau af investering i den mentale krop præsenterer sig som en afslappet, sensitiv, refleksiv, vidende – måske en aktiv, empowered og resilient - krop.</p>	<p>Været på kroophold eller vandrehjem i Danmark</p> <p>Været på all-inclusive ferieophold i udlandet (fx i Egypten, Thailand, Sydeuropa)</p> <p>Dyrket wellness via massage (fx ansigtsmassage, kropsmassage)</p> <p>Dyrket wellness via helse-gennem-vand (fx spa-bad, dampbad, sauna)</p> <p>Dyrket wellness via kropsindpakninger (fx rensende ler, alger, olier, chokolade, bodyscrub)</p> <p>Hvor enig eller uenig er du i disse udsagn: Jeg læser bøger for at holde mig opdateret så jeg kan tale med på jobbet/studiet</p> <p>Jeg får ro i kroppen og oplever stort velvære og sundhed ved at læse skønlitterære bøger</p> <p>Jeg vil aldrig dyrke dynamisk yoga (fx med relativt hård fysisk træning)</p> <p>Jeg vil aldrig dyrke blid-restorativ yoga (fx med meget afslappende øvelser)</p> <p>Jeg mener ikke at litteratur og kunst har noget med sundhed at gøre</p> <p>Jeg mener krop og sjæl hænger sammen og man må træne begge dele hvis man vil være et helt menneske</p> <p>Jeg er mere virksom og aktiv i mit arbejdsliv når der er balance mellem min fysiske og psykiske velvære og sundhed</p> <p>Jeg forstår ikke at folk bruger tid og energi på wellness, meditation, yoga, mindfulness eller Tai Chi.</p>
--	---	---