

# Rekonstruktion af sundhedskapital

Formelle og informelle kilder og veje i et  
konstruktionsarbejde over 15 år

*Kristian Larsen*

---

## **Abstract**

Re-construction of health capital. Formal and informal sources and paths in a construction work over 15 years. The construction of the object and the historical epistemology are important in the sociology of Bourdieu involving reflection on the research and all its dimensions and aspects as interrelated. Theory, concepts, review, research questions, hypothesis, methods, techniques need to be taken into consideration. In this paper the concept of health capital is examined as it has been transformed during 15 years in various research projects in a Danish and Norwegian context. My own and colleague's articles, conference papers, books, reports and educational materials involving the concept health capital have served as empirical data. 15 important and significant texts have been included. Informed by a pragmatic text analysis the concept as it relates to empirical data, research questions, methods etc. have been examined focusing on how and why the concept has been transformed over time. Summing up, the concept has changed during the 15 years. Empirical data material, research questions and methods have been important in this transformation. But also, more understated, indirect and subtle contributions from review processes, e.g. suggestions on literature, response from research colleagues, conferences and students have been important in the process. Furthermore, the concept has undergone changes due to more subtle processes of learning from TV or media on health, body, surgery, diets, diagnosing or heterodox positions like body positive activism. Inspired by reflexive sociology, this is a micro example of historical epistemology on a small empirical material (one concept) over a short period of time.

## **Keywords**

Bourdieu, historical epistemology, craft of sociology, health capital, constructing the object, methodology

---

Jeg har sammen med kolleger skrevet en række tekster og holdt foredrag og undervist om sundhedskapital. Sundhedskapital udgør en ressource, dvs. en kapital, i det sociale liv, på lignende måde som kulturel eller økonomisk kapital. Ejeren af sundhedskapital har nogle fordele ift. de som ikke har den ressource. Men når jeg har kigget tilbage i mine tekster, der involverer begrebet sundhedskapital, bliver det tydeligt, at de fænomener, som sundhedskapital beskriver, har ændret sig. Med andre ord: sundhedskapital har haft helt forskelligt fokus og betydning i de 15 år, hvor jeg har anvendt det.

Jeg undersøger i denne artikel, hvorfor der er sket store ændringer i begrebets betydninger. Det vil sige jeg går på opdagelse i mine egne tekster og prøver på at rekonstruere, hvorfor der skete skift i betydningerne og indholdet af sundhedskapital. Jeg finder, at både konkrete forhold som det empiriske område eller metodeforhold har givet anledning til ændringer. Desuden, og mere svært at rekonstruere, har begrebet også udviklet sig og ændret sig gennem mere subtile og indirekte veje såsom ideer fra studerende og kolleger, reviewprocesser og måske også via inspiration fra begreber, der cirkulerede ved finanskrisen! Uanset så vil jeg vise, at det at konstruere viden har mange kilder, hvor nogle er tydelige og eksplicite, men forskeren er også et subjekt, som indgår i praksisser, som bidrager til erkendelsesprocessen. Jeg vil også dermed vise, hvordan sociologi er et håndværk og hvordan teori, metode (herunder forskeren selv), operationalisering, teknik mv. er inter-relaterede.

Denne artikel handler således om det konkrete arbejde med at skabe viden. Den angår spørgsmål om, hvordan man som forsker arbejder sociologisk med forskning om det samfund, vi lever i. Den slags forskning har et tidsforløb, fx over et års tid, og den involverer mange elementer: teorier, begreber, metoder, teknikker og praktiske spørgsmål. Og forskningen angår også forskere, som selv er en del af det samfund, og måske også det fænomen, de studerer. Desuden, som i dette tilfælde, ændrer verden sig også over en vis tidsperiode. Artiklen handler ikke om at præsentere et forskningsresultat, en teori, en metode, en empiri, en analyse eller en teknik. Men om hvordan teori, metode, empiri, analyse osv. spiller sammen – og påvirker hinanden gensidigt. Der er ikke mindst fokus på, hvordan konkrete, men også subtile og indirekte forhold giver indspil og bidrager i konstruktionsprocessen. Det er, hvad jeg benævner, en konstruktionsproces hvor mange forhold interagerer med hinanden. I andre traditioner ville man kunne kalde artiklens tema for en metodologi diskussion, dvs. som angår metode i meget bred forstand. Ledetråden er mit eget og kollegers arbejde med det sociologiske begreb sundhedskapital inspireret af Bourdieus sociologi. Man kan sige, at artiklen udgør en mikro-historisk epistemologi (Broady 1990) over begrebet sundhedskapital, som jeg i samarbejde med kolleger har arbejdet med over en årrække.

## **Sundhedskapital og historisk epistemologi**

Jeg har som sagt gennem 15 år arbejdet med et begreb, jeg har kaldt sundhedskapital. Sammen med andre begreber fra den Bourdieuske sociologi har sundhedskapital og sundhedskropskapital ofte også indgået i forhold til undersøgelse af forskellige empiriske fænomener.

De første overvejelser havde jeg nedfældet i noter i 2005. Det angik en kapital, som jeg efterfølgende kan kalde en velfærdsstatslig ressource, som stilles til rådighed for unge mennesker i Danmark, uanset at de og deres familie har forskellige socioøkonomiske forudsætninger, når sygdom melder sig. I en dansk kontekst har de alle sammen haft muligheder for statslige sundhedstiltag fra gratis tandlæge, lægehjælp til skolegang og diverse sociale og sundhedsydelse (Jensen et al. 2007).

Gennem de næste 15 år har jeg alene eller sammen med kolleger undersøgt en række andre empiriske fænomener og publiceret en del artikler, bogkapitler og rapporter mv., hvor begrebet sundhedskapital har indgået. I 2020 angår sundhedskapital noget ganske andet end et velfærdsstatsligt gode. Sundhedskapital udgør en kapital på lignende måde som økonomisk, kulturel og social kapital. Den beskriver et særligt investeringsarbejde i egenkroppen, som kræver tid, penge og kultur. Jeg har valgt at kalde det sundhedskapital, fordi det trækker på et samtidigt ideal om at man skal dyrke den sunde krop fx via fitness, yoga, diæter eller plastikkirurgi. Det angår således ikke sundhed i biomedicinsk mening, men den mulige sociale effekt af at fremtræde aktiv med at dyrke sin (sunde) krop. Det udgør en kapital, for så vidt der i samfundet er en reception og anerkendelse af dette investeringsarbejde. Det vil sige, at bestræbelserne på at holde kroppen sund kan udgøre en distinktiv fordel for ejeren af kroppen. Den type kropsliggjort sundhedskapital kan måske indgå ved siden af eller sammen med andre kapitalformer, når man undersøger social ulighed eller ulighed i sundhed i et socialt reproduktivt perspektiv. Med andre ord: velinvesteret sundhedskapital kan eventuelt konverteres til positioner i det sociale rum eller specifikke felter. Den som har investeret på den rette måde i kroppen, kan få fordele, når der uddeles gaver på ægteskabsmarkedet, boligmarkedet eller jobmarkedet. Jeg har ovenfor beskrevet ændringer i, hvad begrebet sundhedskapital har haft fokus på primært ud fra kvalitative studier. Sundhedskapital har, som den sidste udvikling af begrebet, været undersøgt i en kvalitativ og kvantitativ undersøgelse blandt ansatte i det danske sundhedsfelt.

Hvorfor er det nu interessant at beskrive forskelle i sundhedskapital og dets metamorfose over 15 år? Det kan måske bidrage til indsigt i det tema, som Bourdieu og hans kolleger blev kendte for, nemlig at være virksomme og bidragende til de antagelser, som går under betegnelsen den historiske epistemologi (Broady 1990, Larsen 2007). Det er en tradition, som snarere end at opbygge teori på det sociologiske område, er optaget af betingelser, grænser og muligheder for konstruktion af sociologisk viden (Broady 1996). Opmærksomhed er rettet mod overkommelsen af forhindringer for sociologisk viden (brud), konstruktion af sociologisk viden (konstruktion af objekt) og bekræftelse/afkræftelse af sociologisk viden (verifikation) (Bourdieu 1991). Som Bachelard siger, står videnskab totalt i modsætning til holdning (opinion) og man må starte med at ødelægge holdning som grundlag for forskning (Bachelard 2002, 25). Man må selv konstruere sit objekt i alle dele. Intet giver sig selv.

Bourdieu og for den sags skyld Foucault, Althusser og Passeron var alle elever af 'fæderne' Gaston Bachelard (2002, 1968) og ikke mindst George Canguilhem (1988, 1991) i den historiske epistemologi (Bourdieu 1998). Det er en pointe i den historiske epistemologi og den måde, som Bourdieu og hans kolleger har forarbejdet den på, at man som forsker må have en sociologisk refleksivitet (Bourdieu 1990; Bourdieu og Wacquant 1992) med

opmærksomhed på alle dimensioner og faser af et forskningsarbejde, når man vil konstruere objektiv sociologisk viden. Bourdieu og hans kolleger var ikke interesseret i epistemologi som et eget erkendelsesområde. Det var kun interessant, fordi det kunne bidrage til videnskabsteoretisk og videnskabshistorisk indsigt som støtte til at konstruere sand, objektiv sociologisk viden. Der var altså ikke tale om en slags fetichisme over den historiske epistemologi. Den skulle konverteres til håndværksmæssige hjælperedskaber i det sociologiske arbejde.

I mange beskrivelser af forskningshåndværket gøres der rede for sociologiske teorier og begreber, som kan være relevante i sundhedsforskningen (Andersen og Timm 2018). I andre sammenhænge beskrives analysestrategier (Järvinen og Mik-Meyer 2017) eller metoder (Brinkmann og Tanggaard 2010). I Bourdieus beskrivelse af det sociologiske håndværk (Bourdieu 1991) er ambitionen imidlertid, at konstruktionsarbejdet involverer refleksioner ikke blot over teori, metode og analyse hver især og en gang for alle. Refleksionerne må derimod fokusere på teori, metode og analyse interaktivt så at sige, og at denne refleksion sker løbende fra starten til slutningen af forskningen. Mere uddybet må forskeren for det første reflektere over meta-teori, teori, metode, design af guides/skemaer, valg af variable, kodning, teknikker, empirisk materiale – og hvordan de inter-relaterer sig. Det vil sige en kritisk undersøgelse af, hvordan teoretiske valg, metode og teknikker understøtter og forudsætter hinanden. For det andet udgør disse overvejelser ikke et trin i en proces. De er relevante både før, under og efter undersøgelsesarbejdet har stået på. Et tema Christian Hansen og jeg (Hansen og Larsen 2015), samt Ulf Brinkkjær og jeg (Larsen and Brinkkjær 2009) tidligere har beskæftiget os med, i forhold til sundhedsområdet og det pædagogiske og sociale område. Med andre ord: refleksionen over forskningens forskellige dele er uafsluttet og der er så at sige feedback fra de enkelte faktorer, modsat forskningsmanualer der signalerer forskning 'trin for trin', 'forskningsprocessen som lineær og fremadskridende,' eller som 'tragt'. Forhold omkring empirien, forsker og objektrelationen eller metodiske udfordringer kan give anledning til at gentænke teori eller begreb mv. Det er disse processer, der skal beskrives i det følgende.

## **Empirisk grundlag og analysemåder**

Det empiriske materiale for undersøgelsen udgøres af egne dokumenter over en periode på 15 år. Jeg har søgt på begrebet sundhedskapital og sundhedskropskapital blandt alle mine egne filer på min PC og fundet alle de dokumenter frem, hvor begreberne er indgået. Der er mange hundrede dokumenter fra ufærdige og færdige Word tekster, PowerPoint præsentationer som har været anvendt til konferencer og undervisning, samt PDF-filer af færdige videnskabelige artikler (Larsen, Cutchin, og Harsløf 2013; Larsen og Harsløf 2019; Larsen, Hindhede og Henriksen 2020; Larsen, Hindhede, Larsen, Nicolaisen og Henriksen 2020), kapitler i antologier (Larsen 2009b, 2010), bøger (Jensen et al. 2007; Harsløf, Poulsen og Larsen 2019; Larsen 2021), konference papers (Larsen et al. 2018), temanumre i tidsskrifter (Larsen og Esmark 2013), lærebogsmateriale (Andersen og Timm 2018; Larsen 2018), kronikker (Larsen 2009a), forskningsnoter (Larsen 2005), forskningsrådsansøgninger, tiltrædelsesforelæsning (Højskolen i Oslo 10.8.2009), spørgeskemaer og rapporter om ulighed i sundhed i Norge (Larsen og Hansen 2014), marginale i Danmark (Larsen og Bystrup 2013),

sundhedsvæsenet og uddannelser (Larsen et al. 2014). Ud fra kriterier om forskelligheder i definitioner af begrebet og empiriske områder har jeg printet de væsentligste 15 tekster ud, for at kunne rekonstruere ligheder og forskelle i måden sundhedskapital har været brugt på.

Teksterne blev analyseret ved hjælp af en pragmatisk tekstanalyse med særligt fokus på definitioner af og redegørelser for begrebet sundhedskapital. Sådanne definitioner og redegørelser har ofte været beskrevet på fem til 10 linjer, som har indgået i et større tekstkorpus. Her måtte jeg rekonstruere den videnskabelige kontekst og fx undersøge, hvilke forskningsspørgsmål der blev stillet, hvilket empirisk materiale der var i fokus, hvilke metoder der blev anvendt, hvilke litteraturreferencer der indgik osv. Sociologisk forskning, og måske al forskning, har sine objektive og åbenbare sider, såsom dem der fremgår ovenfor. Men der er også mange blinde og implicite sider, som er vanskelige at rekonstruere. Her kan det være en fordel og ulempe, at jeg selv både er objekt og subjekt i denne undersøgelse. Med den hensigt at analysere 'blinde sider' har jeg ikke mindst søgt at gå på opdagelse i aktiviteter, tider og steder, der knyttede sig til de enkelte artikler mv. Jeg vil her nævne få eksempler på bidrag til konstruktionsprocessen, som ikke kan efterspores i en strikt tekstanalyse af dokumenterne. Respons på et foredrag for studerende ved Aalborg Universitet bidrog til, at jeg fik øget fokus på, hvordan Apps indgår i monitorering af kroppen, og en medicinsk sociologisk konference åbnede mine øjne for, hvordan sundhedskapital adskilte sig fra kulturel sundhedskapital (Shim 2010). Andre væsentlige inspirationskilder har været faglige indspil fra kolleger og reviewprocesser. I bogen sundhedskapital, der er udgivet på Samfundslitteratur (Larsen 2021c), ses opsamlingen eller resultatet af arbejdet med begrebet med afsnit om selvbiografi, stat, folkesundhed, sundhedsøkonomi, krop mv. I det følgende beskrives forandringerne af begrebet.

## **Sundhedskapital som et fælles velfærdsgode**

I en bog om unge, sundhed og ulighed (Jensen et al. 2007) var jeg hovedansvarlig for kapitlerne to, fire, fem og seks. Bogen havde fokus på social kapital, primært ud fra Bourdieu, men også med et blik på de meget anderledes begreber om social kapital hos R. Putnam og J. Coleman (Jensen et al. 2007; Larsen og Morrow 2009). Vi undersøgte, gennem kvalitative interviews og besøg på et par efterskoler, en gruppe på 16 unge, som var heterogent sammensat ud fra deres forældres sammensætning af økonomisk og kulturel kapital. Her kom sundhedskapital til at udfylde et hul, der hvor vi ikke kunne forklare og fortolke med de konventionelle kapitaler (økonomisk, kulturel og social). Der var store forskelle i, hvad de unge kunne trække på af økonomiske, kulturelle og sociale kapitaler via deres familier og netværk, men der var også noget som var fælles for dem. Det beskrives at

de unge [...] har opvækstbetingelser fra en dansk sammenhæng, som kan siges at have forsynet dem med nogle vigtige ressourcer. Der er tale om, at der i visse lande og regioner er akkumuleret en vis mængde og typer af kapital, som til en vis grad står til rådighed for alle. Man kan som beskrevet tale om, at disse ressourcer er oparbejdet via det, vi kalder staten, fx i *basale artefakter* (menneskefrembragte produkter) såsom vejnet, vandforsyning, kloakering og elforsyning, men også i *institutionaliserede ordninger*

som fx statslig finansiering eller støtte til fx sygdomsbehandling, forebyggelse og pleje. (Jensen et al. 2007, 120).

Disse overvejelser, som første skitse til sundhedskapital, var baseret på nogle forskningsnoter, jeg havde fra 2005. Begrebet havde nogle få ligheder med sundhedsressourcer og medicinhjælp, som står til rådighed for kommende generationer beskrevet af Becker (2007). Men det var først mange år senere, jeg læste om Beckers og andres begreber, der lignede sundhedskapital. Desuden var udgangspunktet for sundhedskapital langt bredere i forhold til de goder, som velfærdsstaten havde produceret på det sociale, det pædagogiske og det sundhedsmæssige område. Velfærdsstaten er således produceret over en lang historisk proces dvs. over hundrede år, hvor der i Danmark (Skydsgaard 2006; Bonderup 2006; Vallgård 2003; Vallgård og Krasnik 1999) og i andre lande ligeledes er udviklet typer af institutioner og professioner, som har skullet bidrage til reduktion af sygelighed og optimering af sundhed (Porter 2003).

Det velfærdsstatslige blik var ikke rettet mod den kropslige del eller den kropslige investering relateret til sundhed og velvære, men mod de strukturelle forhold som muliggjorde optimering af sundhed, velvære, livskvalitet mv. Der lå et stort, og for mange et usynligt, investeringsarbejde til grund for love og bekendtgørelser inden for det sociale, pædagogiske og sundhedsmæssige område. Rettigheder, som kunne opleves som naturlige, var erobrede potentialer og produkter af kamp over tid mellem sociale grupper. Man kan tale om en naturalisering af det, der reelt er et kulturprodukt. Der er mange modifikationer (Sodemann 2019), men det vi kunne kalde den statslige sundhedskapital, står i princippet til rådighed for alle i det danske samfund. Den sundhedskapital favner ikke alle menneskelige smerter, uforløstheder eller syndromer. Men når eller hvis mennesker udfordres, har vi statslige institutioner og professioner, som kan bidrage til at optimere sundhed eller minimere sygdom fx gennem gratis læge, tandlæge eller sygeplejerskehjælp og skolegang. I dag ville jeg, med reference til Bourdieu og Wacquants analyse af staten (Bourdieu, Wacquant og Farage 1994; Bourdieu og Champagne 2014; Wacquant 2009, 2014) benævne den sundhedskapital som en ressource, der refererer til statens venstrehånd, de såkaldt udgiftskrævende ministerier, institutioner og professioner som knytter sig til det sociale, pædagogiske og sundhedsmæssige område.

## **Sundhedskapital i materialitet, institutioner og (sundhedsprofessionelle) kroppe**

Jeg har siden mit ph.d. arbejde (Larsen 2000) været optaget af materialitet, herunder hvad man kunne kalde hospitalsetnografi, hvor jeg har set på, hvordan ikke blot kroppe relaterede sig til hinanden, men hvordan de også relaterede sig til de byggede, fysiske omgivelser (Larsen 2005). Jeg blev opmærksom på sundhedskapitalens materielle side gennem et blik på, at sundhed også eksisterer tingsligt, som noget der begunstiger sundhed i fysisk form. I sundhedssociologien står det tydeligt og klart, hvordan kloakering og rent vand fik en meget stor betydning for folkesundheden (Skydsgaard 2015). Dette fik mig sikkert til at tænke på, at også sygehuse, penicillin, skalpeller og scannere mv. havde tingslig karakter og som sådan bidrog til at højne menneskers sundhed. Hospitalet udgjorde et eksempel

på et menneskeskabt og materielt produkt, som akkumulerede ressourcer dvs. en form for (sundheds) kapital. Det centrale er, at nu indbefattede sundhedskapital en materiel dimension. Det blev betonet, at hospitalet kunne ses som del af den fælles sundhedskapital (Larsen 2009b). Det vil sige, at sundhedskapital er virksom i en tinglig, man kan sige fysisk form. Her kan man ligeledes tænke på skoler, børnehaver, uddannelsesinstitutioner, handicapcentre, sociale institutioner samt mindre artefakter og sundhedsteknologier. Hospitalsbyggeri, fx Rigshospitalet i København eller Skejby sygehus ved Århus, var konkrete og materielle forekomster af mursten, beton og glas og ikke blot tanke eller sprogkonstruktioner. Bygningerne med indretning og design af medicinsk teknologi var en oparbejdet værdi til rådighed for alle. Der var investeret i og opbygget en viden og en 'know how' i de bygninger, fra små tekniske fremgangsmåder og rutiner, til arbejdsgange og opfindelser i forhold til sundhedsområdet bredt set, dvs. i forhold til sygdomsbehandling og pleje mv (Larsen 2009b).

Men den materielle version af sundhedskapital kan ikke stå alene. I bakspejlet var det helt sikkert med inspiration fra Bourdieus begreb om kulturel kapital, at jeg kunne udlede andre træk ved sundhedskapitalen. Med inspiration fra Bourdieus sociologi (Bourdieu 1986; Bourdieu og Wacquant 1996) og den kulturelle kapital, kunne man sige, at sundhedskapitalen var indbygget i materialitet (i selve bygningen, i stoffer/materialer som penicillin og vitaminer, i teknologier som måleredskaber, scannere og computere), institutionelt som tekster og teorier (videnskab/viden om kroppens anatomi, fysiologi, lærebøger) samt desuden kropsligt (i den viden som er oparbejdet i de sundhedsprofessionelles kroppe i form af viden om hygiejne og sygdom eller om brug af computere).

I denne senere og ændrede version var materialiteten central samt den kropsliggjorte del dvs. sundhedskapital som virksom i de sundhedsprofessionelles kroppe. Men da analysen primært var rettet mod hospitalet som del af et velfærdsgode, udgjorde den kropslige del kun den viden som var inkorporeret (kropsliggjort) hos de sundhedsprofessionelle.

Jeg kan opsummere, at i undersøgelsen af de unge og social ulighed (Larsen 2005, Jensen et al. 2007) angik sundhedskapital en fælles ressource som en velfærdsstatlig ordening, der kan hjælpe til at optimere sundhed og minimere sygdom. I den næste version (Larsen 2009b, 2010) blev begrebet udvidet til også at indebære hospitaler, vitaminer, sundhedsteknologier, teorier om sundhed og sygdom, samt viden i sundhedsprofessionernes kroppe.

## **Patienten skal have sundhedskropskapital**

I de næste analyser blev kapitalen nærmere relateret til patienten, brugeren eller klienterne som anvendte, eller potentielt ville anvende, sundhedsvæsenet. Det skete samtidig med, at sociologisk sundhedsforskning i tiltagende grad fokuserede på brugeren og klienten samt ulighed i sundhed. Jeg var desuden i den forbindelse optaget af ulighedstematikken generelt (Larsen 2008; Larsen 2009c) og med empirisk fokus på Norge (Larsen og Hansen 2014). Fokus på brugeren og ulighed havde også stor betydning i analyser af fremtidens sundhedsvæsen (Larsen et al. 2014). Disse forhold udgjorde sikkert, mere eller mindre, direkte baggrunde for, at jeg fik øget opmærksomhed på patienten som aktiv spiller i feltet. Patienter

var for det første en dårlig kategori, fordi den dækker alt og dermed intet. Desuden er patienter, sociologisk set, en meget heterogen gruppe, hvor nogle er meget vidende, spørgende og aktive (stort volumen af ikke mindst kulturel kapital), mens andre har ganske få kapitaler at trække på.

I en undersøgelse af hvordan det behandlende hus (sygehuset) var blevet sygt (Larsen 2009b; 2010) beskrives det, at patienter var objektgjorte via de sundhedsprofessionelles brug af standarder og manualer. Samtidig var patienterne også i stigende grad blevet subjekter, dvs. individer der, godt nok med meget store og vigtige forskelle, var videnssøgende. De optrådte af og til som ekspertpatienter, der indgik i dialog med og udfordrede de sundhedsprofessionelle og deres viden og vidensmonopol. Patienten kunne defineres i positioner mellem at være objekter og subjekter, men dog objektgjort i de institutionelle felter (Larsen 2010).

Nu kom patienten ind i tilknytning til begrebet sundhedskapital. Viden og dominansrelationer var således igen oppebåret i materialitet og institutioner, men også i kroppe, både på de sundhedsprofessionelle, men også hos patienterne.

## **Omvejen eller støtten af sundhedskropskapital**

I den forbindelse beskrev jeg, at der blev stillet stadig flere krav ved sygdom, indlæggelsesforløb og overgange mellem sektorer, til patienterne og at de strukturelle forandringer i feltet nødvendiggjorde, at patienterne skulle kunne aktivere en 'sundhedskropskapital' for at optimere deres egen proces med at blive raske. Det begreb blev sikkert beskrevet med fokus på krop, fordi jeg ville rette opmærksomheden mod det forhold, at det var knyttet til den individuelle krop og denne krops habituelle dispositioner for at bemestre sygdom, lidelse, smerte, indlæggelse og rehabilitering. Men omvejen sundhedskropskapital, som på en måde var en slinger på vejen, blev en katalysator for at få øje på patientens egen kropslige formåen (habitus, kapital og strategi) i forhold til at håndtere sygdomsforløb.

Sundhedskropskapital støttede og lagde op til det tidligere sundhedskapitalbegreb, som angik ressourcer som i princippet alle potentielt kunne trække på. I denne version af sundhedskropskapital blev fokus rettet mod brugerne/patienternes ulige ressourcer. Pointen var, at hvis patienterne ikke kunne fremvise de nødvendige kapitaler i og gennem kroppen, så blev det vanskeligt for dem at høste frugterne af medicinens og samfundets erobringer i forhold til sundhed og sygdom. Det blev beskrevet, at det institutionelle system (lægepraksis, sundhedspleje, hospitaler) formidlet gennem læger og sygeplejersker forventede, at patienterne var subjekter dvs. selvaktive og selvkørende i forhold til indlæggelsesforløb, sygdomsbehandling, forebyggelse og plejeforløb (Larsen 2010, 46-47).

I den (for mig empirisk nye) sammenhæng, hvor jeg arbejdede mere med patienter og hospitalsforløb, var sundhedskropskapital en vigtig kapital, fordi den kunne konverteres, omsættes og veksles til goder på markedet dvs. sundhedsfeltet. Den sundhedskropskapital, der kun angik den kropsliggjorte dimension, kan i bakspejlet siges at have visse lighedspunkter med Bourdieu-inspirerede begreber om kulturel sundhedskapital (Shim 2010), som angik specifik kapital, der var virksom i det amerikanske sundhedsvæsen, med fokus på relationer mellem læge og patient i almen praksis. Janet Shim kunne her vise, hvordan de



patienter der var proaktive, videnssøgende samt lidt instrumentelle og biomedicinske i deres måde at forholde sig til deres egen krop og sundhed, fik relativt mange ydelser fra deres læge ift. de, som var mere afventende, 'alternative' mv. Kulturel sundhedskapital (Shim 2010), var i sundhedsvæsenet hvad kulturel kapital var i uddannelsesvæsenet, og det angik den direkte performance mellem patient og læge. Jeg har siden haft samarbejde og vejledning sammen med Janet Shim og Leslie Dubbin, som har udviklet begrebet om kulturel sundhedskapital. Men på det tidspunkt var mit sundhedskapitalbegreb helt jomfrueligt og i hvert fald ikke på nogen måde understøttet, formet, inspireret, styret eller forstyrret af andres begreber, der kunne have begrebslig-empiriske ligheder. Jeg kendte godt nok begreber som health literacy og sundhedskompetence mv., men med sundhedskapital ville jeg undersøge noget andet. Sundhedskapital har hele vejen igennem været tænkt som et analytisk modbegreb i forhold til de to begreber.

Jeg havde på daværende tidspunkt – omkring 2010 – ikke holdt foredrag internationalt om sundhedskapital og endnu mindre lavet noget litteratur review som forudsætning for sundhedskapitalbegrebet. Jeg havde opmærksomheden langt mere rettet mod Bourdieus begreber om felt, kapital og habitus, koblet med de forskellige empiriske studieområder som unge, ulighed, materialitet mv. Desuden havde jeg i samarbejde med mine kolleger fået respons fra studerende, kolleger og andre forskere på de forskellige versioner af sundhedskapital begrebet og dets videnskabelige værdi fx i forhold til kropskapital, fysisk kapital, kulturel kapital eller symbolsk kapital.

### **Patienten må dyrke og trimme sin fysiske krop**

Det netop beskrevne sundhedskropskapital var generelt tænkt som en kapital i forhold til sundhedsvæsenet, hvor individer kunne investere i egen krop og dens sundhedsstatus fx gennem at holde øje med det rette indtag af mad og drikkevarer med tilhørende studier og kursusaktivitet i forhold til at følge de autoriserede og skiftende diæter og kostråd. Individet skulle også dyrke kroppen gennem fysisk aktivitet, dvs. anvende tid i træningscentre med spinning, body-tuning, fitness, motionsløb eller måske ekstrem sport som en variant. Der var i den version (Larsen 2010) tale om en ret konventionel medicinsk tænkemåde med tilhørende teknologier, hvor der måles på kroppen ud fra biomedicinske indikatorer fra puls, blodtryk, BMI (Body Mass Index) og serumkolesterol til målinger af livskvalitet. Aktiviteterne der knyttede sig til sundhedskropskapital, var også relateret til indkøb og anvendelse af det rette udstyr: løbetøj, løbesko, svedbånd og cremer. De sidst nævnte udstyr kunne lægge lidt op til sundhedskapital som en kapital, der rettede sig mod positioner i det sociale rum eller andre felter. Men der var på dette tidspunkt stadig tale kun om en ressource, som kunne tænkes at have værdi i et specifikt sundhedsfelt dvs. kapital, som kunne konverteres til goder direkte i dette felt. Det kunne dreje sig om bedre behandling og pleje eller tilbud om flere undersøgelser, støtte og hjælp. Først senere blev sundhedskapital som en mere globalt konverterbar kapital beskrevet og udviklet.

### **Sundhedskapital som en generel teori**

Begrebet har siden været anvendt som et redskab i en generel analyse af, hvordan staten og institutioner ændrer sig. Jeg har i Larsen (2021c) betegnet dette, som at vi er blevet statsligt

frisat. Hermed menes, at strukturen for kropsarbejde er ændret af en række transformationer ikke mindst af staten, fx dominans af højrehåndsstaten, fremvækst af et neoliberalt marked mv. Kroppen er blevet sat fri fra statens beskyttelse og sikkerhed, men også sat fri til at skulle passe på sig selv. Den frisættelse angiver ikke nødvendigvis, at staten har foretaget en kraftig tilbagetrækning, hvor den før var aktiv og støttende. Der er tale om nye former for styring, hvor staten trækker sig og lader markedet styre. Man er så at sige blevet endnu mere frigjort og overladt til at manøvrere selv, men samtidig detailstyres individet gennem forpligtelsen til at optimere sin egen krops velvære og sundhed (Larsen 2021c, 102). Der er således konstitueret ændrede mulighedsbetingelser for og et øget pres på individet ift. at optimere sig i en samfundsmæssig sammenhæng. Den samfundsmæssige forandring (Larsen 2021a) ligger til grund for fremvæksten af fitness, yoga og Marathon bevægelserne (Larsen, Cutchin og Harsløf 2013). Jeg har med kolleger siden anvendt begrebet i forhold til rehabiliteringsprocesser (Harsløf, Poulsen og Larsen 2019). Det vil sige en kapital der stadig var rettet mod og havde afsætningsværdi knyttet til sundhedsfeltet.

Men det vigtige i den næste fase af sundhedskapital blev udvikling af begrebet til en mere generel teori eller antagelse om, at nogle former for arbejde med kroppen kunne have afsætningsværdi ved positioner i det sociale rum og andre felter. Min antagelse var, at fx løbetræning og yoga kunne have en vis kapitalværdi på meget uensartede felter. Det vil sige, at hvor sundhedskropskapital primært gjaldt, 'hvad der virker' blandt patienter i sundhedsvæsenet (i et sundhedsfelt), blev sundhedskapital – dvs. den kropslige dimension – udvidet til at være relevant for i princippet alle individer med implikationer i flere felter fx et arbejdsmarkedsfelt såsom blandt danske sundhedsprofessionelle (Larsen og Harsløf 2019; Larsen, Hindhede og Henriksen 2020; Larsen et al. 2020).

## **Social differentiering og fem investeringsformer**

Yderligere nuanceringer af begrebet involverer en social differentiering (klasse, køn, geografi). Sociale grupper investerer forskelligt i kroppen (habitus) og der er forskellig afsætning af det arbejde (positioner og positioneringer i sociale rum eller felter). Desuden og ikke mindst blev det relevant, at investeringerne kunne sondres og deles op i fem former. Jeg havde tidligere i samarbejde med en kollega (Larsen og Hansen 2014) beskrevet, at man kunne differentiere mellem investering i den ydre og indre krop, i det synlige og usynlige mv. Jeg mener at disse overvejelser hjalp mig til at prøve at tænke kroppen og arbejdet med den på nye måder. Gennem de senere år har jeg selv deltaget i maraton og lange skiløb (Wasaløbet på 90 km) og sikkert mest bagefter har jeg objektiveret det og tænkt: 'Hvorfor brugte du så meget energi og tid på dette, det gør til og med ondt i flere dage'? På lignende måde har det været oplagt at forstå fænomener som kropskirurgi, strenge diæter mv. Det vil sige, at jeg har søgt at indtage den andens *point of view* (Bourdieu 1986; 1999).

Det fremstår lidt uklart, hvordan præcis de fem investeringsformer blev udviklet. Jeg husker overvejelser om, hvordan man kunne gøre indgreb i, på og med kroppen. Her var tanken ret enkelt, at man kan hælde noget i den gennem munden (mad), stikke i den (medicin), skære i den (kirurgi) aktivere den fysisk (fysisk træning) eller mentalt (yoga). De fem investeringsformer blev konstrueret som følger: den kirurgiske krop (operation/pier-

cing), den kemiske krop (lægemidler/mikro-dosering), ernæringskroppen (diæter), den fysiske krop (fysisk træning) og den mentale krop (fx litteratur eller yoga). De fem investeringsformer er grove kategorier, der, ligesom resten af dette konstruktionsarbejde, er sket som et komplekst samspil mellem søgende og eksplorative (induktive) og abstrakte og oversigtsmæssige (deduktive) processer.

## **Udlandsrejser og differentierede værdiopfattelser af kroppen**

Det Bourdieuske begrebsunivers har været centralt i alle 15 år. Det har været virksomt som en doxa, nogle iboende forudsætninger, der ikke var til diskussion. Det kan godt være at begreberne investering, afsætning, konjunkturer, valuta, konvertering og omkostninger blev særligt tydelige i 2008-9 dvs. samtidigt med den såkaldte finanskrisen, hvor lignende begreber cirkulerede i medierne. Jeg ved det ikke. Men måske ad omveje gav det inspiration til at integrere de begreber yderligere i sundhedskapital. Ikke mindst fra mine rejser i udlandet var det også blevet ekstra tydeligt for mig, at kroppe dyrkes forskelligt, og at de matcher uensartede markeder. Det har ikke været fremmed for mig at lægge den samme objektivisering på bestræbelser om at oparbejde vulgært store bryster eller muskler, som jeg har lagt på mine egne lige så – sociologisk set – absurde bestræbelser om at løbe maraton. Det at tænke kroppen kunne til og med differentieres mellem langtidsinvesteringer på lignende måde som obligationer, mens andre kunne tænkes at være mere korttidsorienterede og risikable som aktier. De sidste dog med mulighed for hurtigt afkast af investeringen (Larsen 2021c).

## **Dominerende og domineret sundhedskapital**

En anden nuancering angår det forhold, som betegnes med at noget sundhedskapital kan siges at være dominant, mens andet kan beskrives som en domineret sundhedskapital. Det har nok ligget latent hele tiden, at sociale grupper dyrker kroppene uensartet, og at der er uensartede og også modstridende opfattelser af hvad der udgør en flot, rigtig, normal eller sund krop. Gennem min egen livshistorie har jeg selv erfaret at have modsatrettet syn på kropsdyrkelse. Fra en periode i min ungdom hvor vi grinede af 'kondibølgen' til at jeg selv har været aktiv med maratonløb mv. (Larsen 2021c). Men selve opdelingen i dominerende og domineret sundhedskapital er inspireret af en tekst om, hvad der tæller i en skolekontekst (dominerende kulturel kapital) og hvad der tæller i en ghetto sammenhæng (domineret kulturel kapital). Dermed var det oplagt at konstruere sundhedskapital, ikke blot som noget kvantitativt (at akkumulere mere eller mindre), men også distinktivt (dominerende versus domineret).

## **Investeringsformer, markedsværdi og felter under forandring**

I forhold til den mentale krop, som del af sundhedskapital, kan man sige, at den investering tager lang tid og kræver et langt sejt træk, men samtidig kan man formode, at den kapital måske som en obligation har lang tids holdbarhed og en relativt generel applikationsværdi

ved mange positioner i diverse felter og i det sociale rum. Dette er ikke empirisk belyst, men er inspireret af Bourdieus arbejde med, hvordan skole og uddannelseskapital har en vis generel anvendelse og det tager lang tid at oparbejde den. Et eksempel er, at den rette kulturelle kode for måder at gå, stå, tale og spise på tager generationer at lære (Bourdieu og Passeron 1977; Bourdieu 1986). Modsat kan investeringer i den medicinske krop siges at være en direkte og 'her og nu' investering som praktiseres med det samme, men hvor udkommet også høstes hurtigt, fx når man i nogle dele af de kulturelle felter indtager diverse lægemidler, stoffer og kemikalier for at kunne 'være på' og dernæst andre for at 'slappe af' (Larsen, Hindhede og Henriksen 2020).

I en refleksion over investering og afsætning af kropsarbejdet har jeg selv erfaret gennem 50 år, hvordan der ikke tidligere i Danmark var stigma knyttet til at besidde en stor krop (Larsen 2021b). Den var tidligere forbundet med magt og pondus. Ikke mindst hvis den var knyttet til mandekroppen. Den tidligere kreditværdige og attraktive store, rygende (og lade) krop, der engang var forbundet med overklassen, er imidlertid faldet i kursværdi. Der er en relativt langvarig lavkonjunktur på markedet for visse kroppe dvs. kropsformer i form af fysiognomier. Den tykke, rygende, drikkende og lade krop er i lav kurs. De kroppe har ringe afsætning på et arbejdsmarked (ingen ansættelse hvis BMI er for højt osv.), ægteskabsmarked, boligmarked eller sundhedsforsikringsmarked. Denne sociale inklusion og eksklusion sker blandt andet med statens institutioner og særligt sundhedsstyrelsens medvirken, samt de professionelle deltagelse (Larsen og Brinkkjær 2009; Larsen 2021c). Blandt danske sundhedsprofessioner er det særligt den fysiske krop og ernæringskroppen, der dyrkes (Larsen, Hindhede og Henriksen 2020). Der er eksempler på at for store kroppe bliver fyret fra jobbet. Høyer (2019, 42) beskriver, hvordan nogle amerikanske forsikringsvirksomheder kræver at forsikringstagere bærer bevægelsesmålere og udleverer data som forudsætning for, at de kan få forsikringsordning.

Men de sociale positioner i de respektive sociale rum eller felter ændrer sig. Det der værdsættes ved en position, kan for nogle investeringsformers vedkommende relativt hurtigt ændre sig. Fx ser vi at typer af kropstatovering, men også kropskirurgi med fokus på optimering af kroppens udseende og æstetik, over en relativt kort årrække kan finde nye markeder og udbredelse.

## **Konstruktionsarbejde i proces**

Det har været tankevækkende at genlæse tekster relateret til sundhedskapital over 15 år. Alt i alt blev begrebet udviklet som redskab i en analyse af de fælles ressourcer, som velfærdsstaten har akkumuleret i form af materielle, institutionelle goder, der i princippet er til rådighed for alle. Senere blev det – med et indskud af begrebet sundhedskropskapital – udbygget med en kropslig dimension hos patienter og siden hos de sundhedsprofessionelle. Slutteligt er begrebet nu tænkt mere bredt som dækkende over det forhold, at sociale grupper søger at investere i deres krop for at skabe distinktive fordele relateret til andre sociale grupper. Der har også været forsøg med at stille skarpt på den kropslige del gennem betegnelsen sundhedskropskapital. Det vil sige, at begrebet har haft forskellig betegnelse, men også anvendelsesværdi og udsagnskraft knyttet til, hvorvidt analysen angik empiriske områder såsom unge menneskers fælles ressourcer, materialiteter som medicinsk teknologi og

hospitalet eller ressourcer i rehabilitering, hos patienter, sundhedsprofessionelle eller i princippet alle.

## **Inter-relaterede faktorer i konstruktionsprocessen**

Begrebet har således undergået forandringer over tid. Det er selvkært ikke muligt helt at kortlægge, hvordan forskning som håndværk reelt skrider frem. Men jeg vil forsøge at opsummere nogle faktorer eller komponenter, som har været virksomme i den løbende konstruktionsproces.

*Empiri.* Det fremgår af ovennævnte redegørelse, at forskningsspørgsmål og ikke mindst empirisk område har været helt centralt og vigtigt i, hvordan sundhedskapital har været konstrueret. Vi havde i udgangspunktet Bourdieus centrale kapitalbegreber i spil i undersøgelsen af ulighed i sundhed blandt unge (Jensen et al. 2007). Men der var også dele af det empiriske materiale, vi ikke kunne analysere med økonomisk, kulturel og social kapital. Sundhedskapital blev et muligt svar på, hvad det var for fælles ressourcer, som de unge mennesker kunne trække på. Det begreb ville jeg i dag kalde en institutionalisering af sundhedskapital. Når begrebet langsomt blev slebet til og skærpet i senere analyser, skyldes det i høj grad, at de empiriske områder fra ulighed i sundhed, unge og ældre, syge og raske, og materialitet udgjorde forskellige studieobjekter, som nødvendiggjorde det.

*Litteraturstudier.* Jeg har læst eller genlæst større eller mindre dele af Bourdieus studier omkring klasse, krop, køn, identitet og distinktion (Bourdieu et al. 1984). Hensigten var at blive tydelig på mulige klassede og kønnede forskelle fra en 50 år gammel fransk kontekst, som kunne relateres til danske forhold i samtiden. Det var også relevant at undersøge, hvordan disse forhold var undersøgt med lignende tilgange i danske (Prieur og Rosenlund 2010) eller nordiske undersøgelser (Hjellbrekke et al. 2007; Hultqvist og Palme 2009). Ingen af disse undersøgelser har tilsvarende begrebslig tilgang, men de kunne give inspiration til guides og spørgeskemaundersøgelse. Margaretha Järvinen overdrog fx spørgeskemaet fra en dansk undersøgelse af alkoholforbrug i stor dansk virksomhed (Järvinen, Ellersgaard og Larsen 2014). Disse spørgsmål gav indspil til spørgeskemaundersøgelsen anvendt i sundhedskapitalundersøgelsen blandt danske sundhedsprofessionelle. Generelt set har litteraturstudier været væsentlige ledsagere i det teoretisk-empiriske arbejde med sundhedskapital.

*Metode.* Metodiske forhold såsom statistiske analyser af norske præferencer ift. ernæring (Larsen og Hansen 2014) har været væsentlige for en opmærksomhed på, hvordan der var klassede og kønnede forskelle i smagspræferencer. Det gav blandt andet anledning til, at ernæringskroppen blev en del af de fem kroppe, som indgik i sundhedskapital. Brugen af korrespondanceanalysen, som en grafisk og illustrativ fremstilling af alle informationer vi har fået ind via spørgeskemaundersøgelsen, gav væsentlige indsigter om distinktioner mellem kulturkrop versus naturkrop, som korresponderede med klasse og alder. Desuden hjalp korrespondanceanalysen til at opdage, hvordan kategorien 'den mentale krop' var uklar og diffus ift. kulturel kapital. Korrespondanceanalysens styrke var at koble og relatere en række forskellige datakilder fra informationer om indkomstforhold, uddannelse, postnumre og praktikker, præferencer og afstandtagen blandt de informanter, der indgik i undersøgelsen.

Rent metodisk har forsker og objektrelationen været helt interessant som baggrund for konstruktionsarbejdet. Bourdieu (Bourdieu 1999) har en pointe om, at forskeren selv er positioneret og skal kunne placere sig i informantens *point of view* (position), for at kunne forstå vedkommendes *view*, dvs. synspunkt (positionering). Det har fx været interessant at interviewe en person i næsten 2 timer om vedkommendes gode grunde og incitament for at få stort set hele kroppen fyldt med tatoveringer. Jeg har læst om fremvækst af tatoveringsfænomenet og set hvordan udbredelsen og nuanceringerne af designs og placeringer har udviklet sig. Jeg gik således bevæbnet (Bourdieu og Wacquant 1992) til interviewet, men gennem interviewet blev det tydeligt for mig, hvordan tatoveringer og kropsudsmykninger i ekstrem grad giver anledning til eksklusion, fx som ansat i dele af sundhedsvæsenet, mens det udgjorde et virksomt kort i andre sociale positioner fx på visse dele af kærestemarkedet.

Jeg har også nævnt, hvordan jeg har anvendt mig selv som metode (Larsen 2021a) gennem at reflektere over det – sociologisk set – absurde i at deltage i maraton eller et 90 km. langt skiløb. Den kritiske selvindsigt kunne anvendes til at forstå, hvorfor andre sociale grupper gør lignende ekstreme ting ved deres krop. Det kan være andre former for ekstrem-sport, plastikkirurgi, piercing eller tatovering.

*Faglig sparring.* Dette involverer særligt mundtlige men også skriftlige kommentarer fra kolleger og studerende ved forskningsmøder, konferencer og undervisning. Jeg har mange oplevelser med, at fx studerende har givet indspil om, hvordan de trimmer, måler og monitorerer kroppen gennem brug af diverse apps. De er langt mere opdaterede end jeg, og jeg har lært og suget meget fra dem ift. viden om kropskirurgi, tatoveringer, fitness, brug af mikro-dosering og Apps. Disse indspil har blandt andet haft den virkning, at jeg har gået tilbage og udviklet mere på teknologi og monitoreringsdelen af sundhedskapital. Dette med at investere i fx den fysiske krop gennem løb, cykling og fitness skal, for at man kan forstå det rigtigt, kobles med viden om selftracking. I den sammenhæng blev Luptons (2016) arbejde relevant at inddrage i forhold til sundhedskapital.

Faglige internationale konferencer har givet væsentlige indspil til nuancering af sundhedskapital fx om, hvordan dyrkelse af kroppen er uensartet over tid, samt ikke mindst om variation mellem og inden for enkelte lande, sociale klasser, køn og aldersgrupper. Et eksempel kan være at møde forskere ved en konference, der arbejdede med, hvordan det er smertefuldt og farligt at blive opereret. Men samtidig var korrektion af kroppen essentielt for social anerkendelse (Rahbari et al. 2018). Et andet eksempel på direkte faglig inspiration er mødet med Karen Willis som via oplæg ved en sundhedssociologi konference i York, England, introducerede til health-choice capital mv. Gennem besøg hos Willis får jeg yderligere kontakt med Fran Collyer (2017) og Sasha Scambler (Scambler og Newton 2011) og yderligere viden om begreber, de har udviklet, som har lighedspunkter til sundhedskapital. Jeg lærte at forstå mere omkring sundhedskapital gennem dels positive ligheder med deres begreber 'Health relevant Cultural Capital' (Abel 2008), 'Healthcare Capital' (Willis et al. 2015), 'cultural health capital' (Shim 2010), eller personal capital relateret til sygdom (Scambler og Newton 2011). Ligheder angik Bourdieu-inspirationen, hvor habitus, kapital og felt var virksomme på sundhedsområdet, men forskelle var, at sundhedskapital i den sidste version (Larsen et al. 2020) angik et mere generelt fænomen omkring differentieret investering i kroppen og dets reception ved forskellige positioner i det sociale

rum og felter. Jeg var mere optaget af spændingen mellem kapital og felt, end blot på de respektive kapitaler. De øvrige begreber var strikt relateret til sundhedsfeltet og kapitaler samt strategier i den anledning. Gennem litteraturstudier viste sundhedskapital sig også mere tydeligt forskelligt fra begreber som 'Health literacy' eller 'self-efficacy' (Bandura 1997). Det er beskrevet i Larsen (2021c). Gennem konfrontation med andres kapitalbegreber relateret til sundhedsområdet blev mit sundhedskapital begreb ikke blot positivt skærpet og fokuseret fx ved at jeg opdagede og beskrev hvad det positivt karakteriserede. Men det blev også skærpet gennem begrebets forskelle og afvigelser ift. kulturel sundhedskapital (Shim 2010).

*Medier og samtaler.* Information og updates fra medier og samtaler med familie og venner. Den løbende debat i medierne omkring krop, identitet og normalitet har givet indspil til at skærpe sundhedskapital fx i forhold brug af mikrodosering, kropsmonitorering mv., men også om kropsaktivisme såsom [www.fedfront.dk](http://www.fedfront.dk) og en række kropspolitiske bevægelser. Der er således ikke en entydighed i orienteringen rettet mod egenkroppen, men der har også etableret sig oppositionelle positioner, som er defineret ved at udfordre eller udvide kropsnormativiteten. Det ledte mig til yderligere at undersøge kætterske positioner i forhold til fremherskende kropsnormalitet. Et kig på internettet viser et stort marked af links til analyser, terapi, undervisning og vejledning rettet mod grupper der oplever mangel på kropsligt velvære, stress, uligevægtighed, ubalancer mv. (fx [www.thehopeline.com](http://www.thehopeline.com) eller [www.helloiggles.com](http://www.helloiggles.com) eller [www.thrivetalk.com](http://www.thrivetalk.com)). Desuden mange kropspolitiske aktivister som formidler at man skal 'Lose Hate, Not Weight'. Andre former for aktivisme kan være rettet mod kropsdyrkelse og -monitorering og mod selvovervågningsteknologier eller arbejde for at sikre rygenes rettigheder i foreningen Danmarks Rygerforening (<https://dary.dk/>).

Min fornemmelse er at medier og samtaler har haft stor betydning i min proces med sundhedskapital. Når man er optaget af et sådant fænomen, så har man aldrig fri fra at tænke over krop, kropsmåder, kropsinvesteringer mv. Jeg kan rekonstruere mange konkrete ting jeg har set og hørt, som har bragt mig videre i tænkningen. Der har som sagt også været mange situationer hvor venner og bekendte har givet indspil om TV programmer, hashtags og egne erfaringer med at dyrke og trimme kroppen.

*Peer review.* Tilgang til skriftlig respons fra peer-reviewprocesser, hvor kolleger har læst og givet respons på artikler eller kapitler. Tidlige versioner af sundhedskapital har været i reviewprocesser i tidsskrifter, hvorfra der er kommet væsentlige bidrag ift. både Foucaultinspirerede undersøgelser af biopolitik eller governmentality fx omkring fysisk træning og diæter (Elliott 2014). Eller Nikolas Rose's (2009) analyser af det medicinske felt som netværk og begreber om præ-patient og om individet som sin egen sundhedsøkonom. De sidste to begreber har været interessante som blik på, hvad der måske også driver mennesker gennem smerte, ømhed og skader, til at dyrke triatlon. Jeg er, ikke mindst gennem litteraturforslag fra peer reviewere, blevet opmærksom på andres brug af Bourdieu og hans praksisteori (Bourdieu 1977) fx omkring fysisk træning, transport og etnicitet (Nettleton og Green 2014) eller i relation til sundhedsområdet (fx Shilling 2016) omkring fysisk kapital. Valg og vilkår er et tema i forskningen om livsstil, og det har været inspirerende at læse om distinktionen mellem livsstil vs valg og vilkår (Cockerham 2005).

Det er særligt via peer reviews, at jeg er blevet opmærksom på andres begreber om sundhedskapital fx inden for sundhedsøkonomi (Grossman 1972) eller som komponent af human kapital (Becker 2007) eller som en ressource, der angik sundhedsydelser (Mushkin 1962). Mere relevant har Skeggs (2011) bidraget med udfordring af Bourdieu ift. spørgsmål om, hvorvidt alle er orienteret mod social opdrift eller egeninteresse. Ud fra forandringer fx neoliberale reformer af det transnationale felt formidles det, at socialitet og værdier i dag er formet på andre måder end det, hun betegner som den bourgeuisiske model (Skeggs 2011, 509). Ikke alle sociale grupper er positioneret, hvor de er fremtids- og selvorienteret, fx kan nogle arbejderklasseværdier snarere være rettet mod en nutid og mod 'andre' frem for sig selv.

## **Opsummering og diskussion om konstruktionsarbejde**

Bourdieu har haft besvær med forespørgsler om definitioner af hans begreber, det lagde op til en skolemesteragtig og manualagtig beskrivelse og anvendelse af fx kapital, habitus og felt. Det var også hans egen kritik af læremesterbogen *The Craft of Sociology* som i første oplag blev udgivet på fransk i 1968. Det diskuterede han i et interview med Beate Kreis, 20 år efter bogens første udgivelse, hvor han kritiserede bogen for at være programmatisk og formidle advarsler frem for praktiske eksempler (Bourdieu 1991, 255). Det var hans pointe, at man kan læse bøger om brud, objektkonstruktion og anvendt rationalisme, men håndværket skal mest af alt læres gennem praksis og gennem gode eksempler og i en lang proces, som snarere formidlede regelmæssighederne (regularity) i sociologisk videnskab end regler. I lighed med dette var det også en pointe, at de sociologiske begreber – i mit tilfælde sundhedskapital – skulle være tilstrækkeligt skærpede til at indfange nogle strukturelle mønstre, men samtidig være åbne, bøjelige og fleksible, så de kan anvendes på forskellig type empirisk materiale og forskellige forskningsspørgsmål. Det vil vi normalt kalde, at begreberne skal tilpasses til empirien, de skal operationaliseres eller i kvantitative undersøgelser: man skal udvikle items og indeks. Det fremgår nu set i bakspejlet, at sundhedskapitalbegrebet har været meget åbent. Et næsten alt for fleksibelt og hverdagsligt kultur- eller læringsbegreb. Begrebet i sine forskellige udformninger har været anvendeligt og validt som støtte i specifikke analyser – og har samtidig ændret sig over tid. Man kan ikke anvende det tidlige sundhedskapitalbegreb på de nutidige empiriske fænomener. Det første sundhedskapitalbegreb (Jensen et al. 2007) var en analytisk støtte i undersøgelsen af unge og social ulighed, men begrebet i dag (Larsen, Hindhede og Henriksen 2020; Larsen 2021c), som anvendes til at undersøge differentierede måder at investere i egenkroppen på, er et helt andet.

## **Pas på med manualer**

Det er, som jeg har prøvet at gøre rede for, ret kompliceret hvordan og hvorfor begrebet har udviklet sig derhen. Jeg vil ikke udelukke, at metoder der beskriver forskning med manualer om lineære processer, trin og tragte kan være en hjælp for uerfarne. Men hvis man ikke forstår, hvordan de enkelte aktiviteter (trin) også har en feedback funktion ift. de andre, så går man fejl. Det er jo af og til sådan, at man designer et projekt, som empirisk involverer, at patienter indgår, men man får ikke adgang til dem og må i stedet anvende



viden fra de sundhedsprofessionelle. Det medfører, at mange forhold skal omtænkes fra etik til tid og sted for interviews osv. Men selv i et design, hvor alt går som det skal, vil der være benspænd. Eller sagt mere præcist, der vil være brug for reflektiv sociologi, hvilket vil sige, der skal tages beslutninger, som har vital betydning for den samlede forskning. Det er derfor man betegner det et konstruktionsarbejde. Selv de mindste og ubemærkede forhold kan have vital betydning for forskningen. Det vil sige:

*Teori og begreb:* når begrebet, operationaliseringen af det eller interviewguides ikke indfanger det centrale i forskningsspørgsmålet, og både teorien og det empiriske må tilpasses. Begrebet kan fx mismatche nogle gruppers livsbetingelser, som når min far på 92 ikke kan genkende sig i spørgeskemaet om sundhedskapital.

*Litteratur referencer:* når man får nye input fra litteraturreferencer, man ikke havde med fra starten.

*Forsker-objekt relation:* når forskeren ikke ind-reflekterer sin egen relation til det udforskede og korrigerer for det.

*Objektivering af position:* når informanternes *point of view* ikke er inddraget i forhold til deres *view*, eller modsat positionen i det sociale rum har været for styrende og for lidt følsom ift. informantens *view*.

*Empiri tilgængelighed:* når informanterne ikke kan eller vil udtrykke sig verbalt, fordi de fx ikke er tilgængelige eller er for syge.

*Empiri status:* når stort set alle informanterne har svaret 'ved ikke' eller 'helt enig' på vigtige spørgsmål i spørgeskemaet. Når forskeren ved læsning af et transskriberet interview opdager nuancer, misforståelser eller mangelfulde besvarelser af spørgeskema.

*Tekniske forhold:* når tekniske muligheder eller udfordringer tvinger til at ændre design, fx programmer, transskription.

Over 15 år har empiriske aktiviteter, metodiske forhold, litteraturstudier, input fra kolleger og reviewere været med til at forandre, skærpe og fokusere begrebet sundhedskapital. Det fortløbende konstruktionsarbejde har både formet begrebet induktivt, 'nedefra' og eksplorativt. Det har samtidigt gjort det muligt at begrebet lagde nye retninger, 'deduktivt' for forskningsspørgsmål, empiri, guides, samt for metodiske og tekniske forhold. Begreberne og teorier er, som Bachelard formulerer det, kun 'midlertidigt stabiliserede hypoteser' (Bachelard 2002). Næste undersøgelse trækker på den viden som tidligere undersøgelser har etableret, og nye empiriske områder må bidrage til andre former for nuancering eller forkastelse af begrebet.

## Konklusion

Re-konstruktionen af sundhedskapital begrebet er nu gennemgået over 15 år. Der er visse dele, hvor jeg tydeligt kan se, at empiriske aktiviteter eller metodiske forhold har medvirket til, at begrebet fik en ny drejning. Det kan enhver få frem ved at lave en diskursanalyse over de pågældende tekster. Det vil tydeligt fremgå, at i en specifik sammenhæng var der fokus på unge mennesker (empiri) eller der blev anvendt spørgeskemaundersøgelse (metode), og det fik vital betydning for det begrebsmæssige, dvs. sundhedskapitalbegrebet. Men der er også utrolig store dele af konstruktionsarbejdet, hvor de tekstlige grundlag slet ikke leverer tilstrækkelig indsigt i, hvordan konstruktionsarbejdet reelt er foregået. Jeg har

kaldt dette for blinde eller implicitte sider af konstruktionsarbejdet. Det kan som sagt være en fordel og også en ulempe at jeg både er objekt og subjekt i undersøgelsesarbejdet her. Når det har været min hensigt at få de blinde eller implicitte sider frem, har jeg måttet tænke igennem, hvordan aktiviteter, tider og steder har knyttet sig til produktion af de enkelte tekster.

Jeg kan eksplicit rekonstruere, hvordan respons fra studerende og kolleger har lært mig noget nyt. Men der er mange forhold, hvor det ikke er muligt for mig at rekonstruere sammenhængene. Har finanskrisen i 2007-2008 indirekte bidraget til at jeg fik opmærksomhed på konjunkturer, obligationer og aktier? Har mine egne investeringer i kroppen givet anledning til en opmærksomhed på andres, andre og modstridende investeringer? Det er uanset væsentligt, som også Bourdieu gør rede for, at der er tale om et håndværk (Bourdieu 1991) og at forskersubjektet indgår både som subjekt og objekt.

Kristian Larsen, Professor at Public Health, University of Copenhagen and Research Leader at The University Hospitals Centre for Health Research (UCSF), Denmark and Adjunct Professor at OsloMet University, Norway. Email [kristian.larsen@regionh.dk](mailto:kristian.larsen@regionh.dk)

## Referencer

- Andersen, Pernille Tanggaard, and Helle U. Timm, eds. 2018. *Sundhedssociologi: en grundbog*. 2 ed. Kbh.: Hans Reitzel.
- Bachelard, Gaston. 1968. *The philosophy of no: a philosophy of the new scientific mind*. New York: Orion Press.
- Bachelard, Gaston. 2002. *The formation of the scientific mind: a contribution to a psychoanalysis of objective knowledge. Introduced, translated and annotated by Mary McAllester Jones*. Manchester: Clinamen.
- Becker, Gary S. 2007. "Health as human capital: synthesis and extensions." *Oxford economic papers*. 59 (3):379-410.
- Bonderup, Gerda. 2006. *Det Medicinske Politi: sundhedspolitikken i Danmark 1750-1860*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Bourdieu, Pierre. 1977. *Outline of a theory of practice, Cambridge studies in social anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, Pierre. 1986. *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Bourdieu, Pierre. 1990. *In other words: essays towards a reflexive sociology*. Oxford: Polity Press.
- Bourdieu, Pierre. 1991. *The craft of sociology: epistemological preliminaries*. New York: Walter de Gruyter.
- Bourdieu, Pierre. 1998. "Georges Canguilhem: an obituary notice." *Economy and Society* 27 (2-3):190-192. doi: 10.1080/03085149800000012.
- Bourdieu, Pierre. 1999. *The weight of the world: social suffering in contemporary society*. Oxford: Stanford University Press.

- Bourdieu, Pierre, and Patrick Champagne. 2014. *On the state: lectures at the Collège de France, 1989-1992*. Translated by David Fernbach. Cambridge; Malden, MA: Polity Press.
- Bourdieu, Pierre, Loïc J. D. Wacquant, and Samar Farage. 1994. "Rethinking the state: genesis and structure of the bureaucratic field." *Sociological Theory* 12 (1):1-18. doi: 10.2307/202032.
- Bourdieu, Pierre, and Jean Claude Passeron. 1977. *Reproduction in education, society and culture*. London; Beverly Hills: Sage Publications.
- Bourdieu, Pierre, and Loïc J.D. Wacquant. 1992. *An invitation to reflexive sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, Pierre, and Loïc J.D. Wacquant. 1996. *Refleksiv sociologi: mål og midler*. 1 ed. Kbh.: Hans Reitzel.
- Brinkmann, Svend, and Lene Tanggaard, eds. 2010. *Kvalitative metoder: en grundbog*. 1 ed. Kbh.: Hans Reitzel.
- Broady, Donald. 1990. *Sociologi och epistemologi: om Pierre Bourdieus författarskap och den historiska epistemologi*. 2. korrigerade upp. ed, *Skeptronserien*. Stockholm: HLS.
- Broady, Donald. 1996. "The epistemological tradition in French sociology." In *Rhetoric and Epistemology: Papers from a seminar at the Maison des sciences de l'homme in Paris, September 1996*, edited by Jostein Gripsrud, 97-119. Bergen: University of Bergen, Department of Media Studies.
- Canguilhem, Georges. 1988. *Ideology and rationality in the history of the life sciences*. Cambridge, Mass., London: Massachusetts Institute of Technology, The MIT Press.
- Canguilhem, Georges. 1991. *The normal and the pathological*. First American ed. New York: Zone Books.
- Cockerham, W. C. 2005. "Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure." *Journal of Health and Social Behavior* 46 (1):51-67. doi: 10.1177/002214650504600105.
- Grossman, Michael. 1972. "On the concept of health capital and the demand for health." *Journal of Political Economy* 80 (2):223-255.
- Hansen, Christian Sandbjerg, and Kristian Larsen. 2015. "Teori-metode-empiri-teknik: sammenvævede konstruktioner!" In *Metodefetichisme: kvalitativ metode på afveje?*, edited by Jane Ege Møller, Søren S. E. Bengtsen and Karen Munk, 123-143. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Harsløf, Ivan, Ingrid Poulsen, and Kristian Larsen, eds. 2019. *New dynamics of disability and rehabilitation: interdisciplinary perspectives*. Singapore: Palgrave MacMillan.
- Hjellbrekke, J., B. Le Roux, O. Korsnes, F. Lebaron, L. Rosenlund, and H. Rouanet. 2007. "The Norwegian field of power ANNO 2000." *European Societies* 9 (2):245-273. doi: 10.1080/14616690601002749.
- Hultqvist, Elisabeth, and Mikael Palme. 2009. "Stå vid rodret eller tappa bort sig: en sociologisk studie av rekryteringen till lärarutbildningen och dess följder." *Praktiske grunde - Nordisk tidsskrift for kultur og samfunnsvitenskap* (4):77-94.
- Høyer, Klaus. 2019. *Hvem skal bruge sundhedsdata - og til hvad?* 1. ed, *Moderne ideer, no 14*. Kbh.: Information.

- Jensen B, Koudahl P, Andsager G, Larsen K. Ulighed i børn og unges sundhed: set i lyset af social kapital. 1. udg. Kbh.: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag; 2007.
- Järvinen, M., C. H. Ellersgaard, and A. G. Larsen. 2014. "Drinking to the limit: alcohol, social status and health governance." *Drugs: Education, Prevention and Policy* 21 (4):283-298. doi: 10.3109/09687637.2014.899991.
- Järvinen, Margaretha, and Nanna Mik-Meyer, eds. 2017. *Kvalitativ analyse: syv traditioner*. 1 ed. Kbh.: Hans Reitzel.
- Larsen, K., and U. Brinkkjær. 2009. "Om videnskabsteoriens rolle som værktøj i produktion af viden." In *Individ, institution og samfund: antologi for faget*, edited by C. Aabro and S.G. Olesen, 317-341. Kbh.: Billesø og Baltzer.
- Larsen, K., and M.R. Bystrup. 2013. "Marginale: udsatte, men ikke kun socialt: om konstruktionen "socialt udsatte" anvendt i politik, administration og videnskab." *Praktiske Grunde - Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* (1-2):53-71.
- Larsen, K., and K. Esmark. 2013. "Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring: norske og danske studier." *Praktiske Grunde - Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* (1-2):5-13.
- Larsen, K., and G.I. Hansen. 2014. "Social ulighed i sundhed - mere vilkår end valg: indsigter og forklaring på norske forhold: underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt." In *Nasjonal kunnskapsinnsamling om sosial ulikhet og helse*, edited by E. Dahl, H. Bergsli and K.A. van der Wel, 1-58. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Larsen, K., PE Hansen, K. Højbjerg, and M.B. Dige. 2014. *Kompleks fremtid og reflekseive sundhedsprofessionelle: om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne: afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt*. Hellerup: Implement Consulting Group.
- Larsen, K., and I. Harsløf. 2019. "Promoting health as a form of capital: The transformation of the Danish healthcare field as experienced by private healthcare professionals." In *Navigating private and public healthcare: experiences of patients, doctors and policy-makers*, edited by F. Collyer and K. Willis, 200-223. Singapore: Palgrave Macmillan.
- Larsen, K., I. Harsløf, K. Højbjerg, and A.L. Hindhede. 2018. "RC15-281.6: Health Capital: An Empirical Study of Danish Healthcare Professionals' Bodily Investments. In: Book of Abstracts: XIX ISA World Congress of Sociology, Toronto, Canada, July 15-21, 2018: Power, Violence and Justice: Reflections, Responses and Responsibilities [abstract]." In, 548-549. Madrid: International Sociological Association.
- Larsen, K., A. Hindhede, and F.M. Henriksen. 2020. "Sundhedskapital blandt danske sundhedsprofessionelle: en kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af kropsopfattelser og distinktion blandt forskere, klinikere og studerende i Danmark." *Praktiske Grunde - Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* 14 (1-2):43-74.
- 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.

- Larsen, Kristian. 2000. *Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider: et observationsstudie af praktikuddannelse inden for sygeplejerskeuddannelsen: Ph.d.-afhandling*. Kbh.: UCSF, Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning.
- Larsen, Kristian. 2005. "Hospitalsarkitektur og social arkitektur: om klasser af rum, klasser af mennesker og klasser af tanker." In *Arkitektur, krop og læring*, edited by Kristian Larsen, 159-189. Kbh.: Hans Reitzel.
- Larsen, Kristian. 2007. "Videnskab mellem kontinuitet og brud: hvad siger historisk epistemologi og kan pædagogik og sociologi lære af den?" *Praktiske Grunde - Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* (2):5-19.
- Larsen, Kristian. 2009a. "Det betaler sig at investere i egen sundhed." *Information*, Apr 1, 20-21, 1.
- Larsen, Kristian. 2009b. "Hospitalet mellem stabilitet og forandring: sociologiske og historiske perspektiver." In *Akut, kritisk og kompleks sygepleje: samfunds- og humanvidenskabelige perspektiver*, edited by M. Holen and B. Winther. Kbh.: Munksgaard.
- Larsen, Kristian. 2009c. "Kroppe: sundhed og social ulighed." In *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*, edited by Stinne Glasdam, 188-218. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag.
- Larsen, Kristian. 2010. "Det behandlende hus er blevet sygt: sociologiske og historiske perspektiver på patientforløb." In *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet - i social- og sundhedssektoren*, edited by Helle Timm, 39-64. Kbh.: Videnscenter for Sammenhængende Forløb.
- Larsen, Kristian. 2018. "Pierre Bourdieu." In *Sundhedssociologi: en grundbog*, edited by Pernille Tanggaard Andersen and Helle U. Timm, 323. Kbh.: Hans Reitzel.
- Larsen, Kristian. 2021a. "Folkesundhed, politik og sundhedsøkonomi" In *Sundhedskapital: investeringer i kroppen*, 127-168. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Larsen, Kristian. 2021b. "Selvbiografi og introduktion." In *Sundhedskapital: investeringer i kroppen*, 17-30. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Larsen, Kristian. 2021c. *Sundhedskapital: investeringer i kroppen*. 1 ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Larsen, Kristian, Malcolm P. Cutchin, and Ivan Harsløf. 2013. "Health capital: new health risks and personal investments in the body in the context of changing Nordic welfare states." In *Changing social risks and social policy responses in the Nordic welfare states*, edited by Ivan Harsløf and Rickard Ulmestig, 165-188. London: Palgrave Macmillan UK.
- Larsen, Kristian, and Virginia Morrow. 2009. "Social position and young people's health: a Bourdieu'ian critique of dominant conceptualisations of social capital." *Praktiske Grunde - Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* (3):7-30.
- Lupton, Deborah. 2016. *The quantified self*. Malden, MA: Polity Press.
- Mushkin, Selma J. 1962. "Health as an investment." *Journal of Political Economy* 70 (5):129-157.

- Nettleton, Sarah, and Judith M. Green. 2014. "Thinking about changing mobility practices: how a social practice approach can help." *Sociology of Health and Illness* 36 (2):239-251. doi: 10.1111/1467-9566.12101.
- Porter, Roy. 2003. *Medicinens historie: fra oldtid til nutid*. 1 ed, Rosinante paperbacks. Kbh.: Rosinante.
- Prieur, Annick, and Lennart Rosenlund. 2010. "Danske distinksjoner." In *Klassebilder: ulikhet og sosial mobilitet i Norge*, edited by Kenneth Dahlgren and Jørn Ljunggren, 111-129. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rose, Nikolas. 2009. *Livets politik: biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. 1 ed. Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Scambler, Sasha, and Paul Newton. 2011. "Capital transactions, disruptions and the emergence of personal capital in a lifeworld under attack." *Social Theory & Health* 9 (2):130-146. doi: 10.1057/sth.2011.1.
- Shim, J. K. 2010. "Cultural health capital: a theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment." *Journal of Health and Social Behavior* 51 (1):1-15. doi: 10.1177/0022146509361185.
- Skeggs, B. 2011. "Imagining personhood differently: person value and autonomist working-class value practices." *Sociological Review* 59 (3):496-513. doi: 10.1111/j.1467-954X.2011.02018.x.
- Skydsgaard, M.A. 2015. "Toilettet: vandforsyning og kloakering." In *50 opfindelser: højdepunkter i teknologien*, edited by Helge Kragh and Kristian Hvidtfelt Nielsen, 159-164. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Skydsgaard, Morten A. 2006. *Ole Bang og en brydningstid i dansk medicin*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Sodemann, Morten. 2019. "Debat: Professor: sundhedsvæsenet drukner i middelklassens små problemer." <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/professor-sundhedsvaesenet-drukner-i-middelklassens-smaa-problemer>.
- Vallgård, Allan, and Signild Krasnik, eds. 1999. *Sundhedstjeneste og sundhedspolitik: en introduktion*. 2 ed. Kbh.: Munksgaard.
- Vallgård, Signild. 2003. *Folkesundhed som politik: Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Wacquant, Loïc. 2009. *Punishing the poor: the neoliberal government of social insecurity, Politics, history, and culture*. Durham NC: Duke University Press.
- Wacquant, Loïc. 2014. "Foucault, Bourdieu og straffestaten i den neoliberale æra." *Praktiske Grunde - Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* (1-2):103-110.