

Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab

PRAKTISKE GRUNDE

At tænke det
urbane med
Bourdieu

Mellem murene
og kroppen

Teknologistøttet
aldring

Beyond the
desk: concept-
building in
practice

Don't wait with
theory

Wacquants
nyklassiker

Bourdieu's vej til
Bourdieu

19. årgang

2025 : 1

At tænke det urbane med Bourdieu <i>Loïc Wacquant i samtale med Clément Rivière (introduktion Kristian Nagel Delica)</i>	5
Mellem murene og kroppen. Urban marginalisering gennem stigma, fragmentering og sundhedsulighed <i>Nicolas Tristan Munk, Trine Schifter Larsen, Tom Møller & Kristian Larsen</i>	17
Teknologistøttet aldring som politisk visjon og det velferdsteknologiske markedets genese <i>Yngvild Brandser Alvsåker</i>	43
Beyond the Desk: Concept-Building in Practice A Bourdieusian, abductive reconstruction of ‘health capital’ across data, methods, peer review and student response <i>Kristian Larsen</i>	71
Don’t Wait with Theory – Know What You Are Looking For! <i>Kristian Larsen & Kim Esmark</i>	99
Wacquants nyklassiker om racial dominans <i>Anmeldelse af Carsten Sestoft</i>	111
Bourdieu vej til Bourdieu <i>Anmeldelse af Carsten Sestoft</i>	115

Praktiske Grunde udgives af foreningen *Hexis • Nordisk forum for kultur- og samfundsvidenskab* og udkommer elektronisk én til to gange årligt.

Praktiske Grunde er et tværfagligt internordisk forum for analyse af sociale og kulturelle praksisformer, deres sociale genese, strukturelle betingelser, virkemåder og relation til magt- og dominansforhold.

Praktiske Grunde er til for at fremme den kritiske dialog mellem de mange forskellige forskere og studerende, der på forskellige måder og i forskellige sammenhænge arbejder med inspiration fra den franske sociolog Pierre Bourdieu og beslægtede forskere. Tidsskriftet redigeres således med afsæt i følgende basale videnskabelige grundantagelser:

- videnskabelig viden har både en teoretisk og en empirisk dimension
- det videnskabelige objekt er konstrueret gennem et brud med førstehåndsforståelsen
- at tænke i relationer giver bedre virkeligheds-modeller end at tænke den i substanser
- virkeligheden er historisk og fortiden virker i nutiden, både kollektivt og individuelt

Praktiske Grundes tværfaglige redaktion består af et dansk, svensk og norsk redaktionspanel. Tidsskriftet bringer originale fagfællebedømte forskningsartikler, oversættelser af centrale fremmedsprogede tekster og anmeldelser. Praktiske grunde publicerer på dansk, svensk, norsk og engelsk.

Redaktion

Redaktør: Kim Esmark. Redaktionspanel Danmark: Ole Hammerslev, Carsten Sestoft, Kristian Larsen, Jens Arnholtz, Christian Sandbjerg Hansen. Sverige: Donald Broady, Mikael Börjesson, Emil Bertilsson, Ida Lidegran. Norge: Marte Feiring, Johannes Hjelbrekke.

Advisory board

Loïc Wacquant, Univ. of California, Berkeley & Centre de sociologie européenne, Paris; Lennart Rosenlund, Universitetet i Oslo; Jan Fredrik Hovden, Universitet i Bergen; Tore Slaatta, Universitetet i Oslo; Martin Gustavsson, Stockholms Universitet; Mikael Palme, Stockholms Universitet; Annick Prieur, Aalborg Universitet; Mikael Rask Madsen, Københavns Universitet; Lene Kühle, Aarhus Universitet; Peter Koudahl, Malmö Universitet; Ida Willig, Roskilde Universitet; Lisanne Wilken, Aarhus Universitet; Yves Dezalay, CNRS, Paris; Antonin Cohen, Université de Picardie, France; Frédéric Lebaron, ENS, Paris-Saclay; Remi Lenoir, Université de Paris I, Paris; Niilo Kauppi, CNRS, Strassbourg; Franz Schultheis, Universität St. Gallen; Bryant Garth, Southwestern University, USA.

Vejledning til forfattere

Manuskripter til *Praktiske Grunde* indsendes elektronisk til praktiskegrunde@hexis.dk eller en af redaktørerne som vedhæftet fil i Word-format. Manuskripter kan udfærdiges og publiceres på dansk, norsk, svensk og engelsk. Efter fagfællevurdering indsendes et rettet og korrekturlæst manuskript som vedhæftet Word-fil.

Med artiklen skal følge: engelsk abstract (max. 150 ord, husk engelsk titel), 5-8 keywords på engelsk, forfatteroplysninger: navn, akademisk titel og/eller ansættelsessted, evt. e-mail.

Om opsætning, citater, henvisninger osv., læs og følg nøje vejledningen på:

<http://praktiskegrunde.dk/forfattervejledning.html>

At tænke det urbane med Bourdieu

Loic Wacquant i samtale med Clément Rivière (sociolog, universitetet i Lille)

Introduktion og supplerende referencer ved Kristian Nagel Delica

Oversættelse ved Kristian Nagel Delica og Kim Esmark

Keywords

Bourdieu, byforskning, sociologi, bysociologi, stigma, straffestaten, teori

Introduktion

I nedenstående interview med Clément Rivière ekspliciterer Loic Wacquant (LW), hvordan og med hvilke beæggrunde han blev engageret i at 'urbanisere' Bourdieu. Dette engagement går på sin vis på tværs af hele LWs værk: fra tilløbet til det komparative studie af bymæssigt udstødte i Chicago og Paris (1993) og de tidlige studier af livet i et boksetræningscenter i Southside Chicago (2004a), over den fuldt udfoldede komparative sociologi om avanceret marginalitet i byerne (2008), til de metodologiske principper for at studere byen med Bourdieu (2018). Det er disse forskellige arbejder, der kulminerer i en syntetiserende fremstilling i det forskningsprogrammatisk skrift *Bourdieu in the City* (2023). Sidstnævnte er den direkte anledning til interviewet og med Wacquants vanligt ambitiøse tilsnit bliver bogen både præsenteret som en ny læsning af Bourdieus samlede arbejde gennem 'det urbane' og som intet mindre end en udfordring for *hele* den etablerede og traditionelt ganske angelsaksiske forskning i *Urban Studies*.

LW påpeger, at den rekonstruktion af Bourdieus arbejde, der ligger indgraveret i *Bourdieu in the City*, gjorde at han fik blik for i hvilket omfang Bourdieus arbejde centrerer sig om rum, rumlighed og urbanisme – det gør det særligt, når man betragter Bourdieus tidlige

analyser af f.eks. urbaniseringens transformation af både hans hjemstavn i det rurale Sydfrankrig og de sociale strukturer i det koloniale Algeriet (Bourdieu 1958, 2008; Wacquant 2004b). Det ligger heri, at Bourdieu ikke *eksplicit* laver en sammenhængende, udfoldet sociologi om byen, men kimen hertil findes og det er den Wacquant læser frem gennem forskellige arbejder og helt grundlæggende bruger som fundament for *Bourdieu in the City*. Processen bag kan ses som en praktisering af refleksiv sociologi: Wacquant benytter kontinuert egne studier af urban marginalisering, den urbane underklasse, den straffende stat (og dens aftryk i det fysiske rum), til at fremskrive det, han kalder Bourdieus 'trialektik'. Hermed forstås Bourdieus 'topologiske' tænkning funderet i overvejelser over sammenhænge mellem sociale, fysiske og symbolske rum. Det er det fundament, der specifikt har skærpet Wacquants eget analytiske blik på forholdet mellem klasse, race, stat og sted på begge sider af Atlanten og mere generelt har muliggjort den sammenfattende urbanisering af Bourdieu, som *Bourdieu in the City* rummer.

Ét af adelsmærkerne i Wacquants socialvidenskabelige forskning er det pågående arbejde med at udvikle nye begreber, der kvalificerer vores tænkning (f.eks. om det urbane, straf eller marginalisering) og fungerer som tydelige brud med common sense. Det gælder det, som 'vi', herunder den gældende videnskabelige, politisk-bureaukratiske og praksisrettede viden, doxisk tager for givet. Det er i den ånd fra Bourdieu, at Wacquant har bidraget med begreber, der skubber forskningen i nye retninger og bygger bro mellem områder, der traditionelt har levet et liv i adskilte forskningssiloer. Det er begreber, der provokerer og inviterer til tværvideenskabeligt arbejde og som i visse tilfælde (med tiden) kommer til at optegne forskningsområder i egen ret. Et af de bedste eksempler på sådanne begreber er 'territorielt stigma', hvori Wacquant sammensmelter læsninger af Goffmans klassiske teori om stigma og Bourdieus teori om både symbolsk magt og dannelse af grupper. Begrebet har vist sig at være en særdeles frugtbar strømpil for mængder af ny forskning og cementserer da også LW som en af de mest citerede (og debatterede) sociologer i nyere tid (se hertil f.eks. Schultz Larsen & Delica 2019, der giver et samlet overblik over 120 artikler, der alle tager udgangspunkt i begrebet om territorielt stigma).

Territorialt stigma spiller naturligt også en rolle i *Bourdieu in the City* – hele det omfattende kapitel 2 er viet hertil (Wacquant 2023:61-110). I interviewet nedenfor understreger Wacquant da også begrebets teoretiske arv og præciserer, at ét af stigmatiseringens nøgleegenskaber er, at der ikke er noget, der er stigmatiserende 'i sig selv'. Det drejer sig altid om, *hvordan* vi ser på en given egenskab, et karaktertræk, en fysisk fremtoning eller et område. Stigma produceres gennem 'de andres' blikke. Her er det væsentligt at 'de andre' ikke er ligestillede, hvorfor det særligt er dem, der har kontrol over den symbolske magt, der har en privilegeret mulighed for og adgang til at påvirke alt fra vores hverdagslige perceptioner til politikskabelse og ultimativt lovgivning. Negative valoriseringer af mennesker såvel som steder foregår på mange forskellige, sammensatte niveauer og har negative konsekvenser for f.eks. beboere i udsatte boligområder. Dette understreger grundlæggende, at der eksisterer hierarkier mellem både mennesker og steder – heri spiller symbolske grænsedragninger og tovtrækkerier mellem såvel som internt i forskellige felter en helt central rolle (se Schultz Larsen & Delica 2024 for en socio-historisk analyse heraf med udgangspunkt i den danske ghettoliste).

I Wacquants (gen)læsning af Bourdieu gennem 'det urbane' fremhæver han med vanlig sans for sproglige finurligheder den i Bourdieusk forstand dobbelte betydning af *Capital* – som hovedstad – og *capital* – som virksomme ressourcer – og han trækker tråde herfra til både felt- og habitusteorien. Wacquant konkretiserer, at det er i byen mennesker af alle slags og med grundlæggende forskellige habituelle dispositioner mødes fysisk. Det er derfor også i byen, at de felter disse mennesker inkarnerer bliver udkrystalliseret og materialiseret – byen er en 'grobund for felter', siger Wacquant i interviewet. Det fører Wacquant videre til den mere generelle pointe, at det netop er i byen, at forskellige kapitalformer ('species of capital') akkumuleres, differentieres og konkurrerer med hinanden. Det underbygger endvidere en anden hovedpointe i bogen, nemlig at byen er et ideelt studieobjekt i Bourdieusk forstand. Wacquant understreger i forlængelse heraf i bogens sidste kapitel, at han ser byen som "*a special milieu and privileged site of accretion of key social processes and forms*" (Wacquant 2023:161) og at Bourdieus forståelse af rum som opdelt i (relationelt sammenhængende) sociale, fysiske og symbolske elementer, er uomgængeligt både til forståelsen heraf og som et fundament, hvorpå 'urban studies' kan trækkes i nye, frugtbare retninger.

Wacquant arbejder grundlæggende historisk funderet, relationelt og med konstant blik for de symbolske dimensioner i (og af) pågående tovtrækkerier i politik såvel som videnskab – et kendt eksempel herpå er Wacquants bidrag til nyere diskussioner af såkaldte ghettoer på begge sider af Atlanten. I komparationen heraf specificerer han, at der på den europæiske side er tale om 'anti-ghettoer', modsat i USA hvor der nærmere er tale om 'hyperghettoer' (Wacquant 2008). Det fører for vidt at uddybe forskellene her, men pointen i at fremdrage netop diskussionen om ghettoer, er at dette fænomen fungerer som det Wacquant i interviewet nedenfor kalder et 'hypnotisk punkt' i den offentlige debat. Det 'suger' specifik, ofte stigmatiserende, opmærksomhed til sig og skygger i samme ombæring for centrale sociologiske fænomener, der af mange forskellige grunde ikke finder vej til offentlighedens opmærksomhed, men som oftest ville kunne nuancere netop denne. Et hjemligt eksempel herpå kunne være den i medierne ufortalte historie om fald i kriminalitet i områderne på den nu hedengangne ghettoliste fra 2010-2021. Her faldt kriminaliteten ret markant med ét procentpoint hen over de 10 år, men det var ikke just noget der trak overskrifter eller 'breaking news-bjælker' i medierne (Schultz Larsen & Delica 2021 og 2024). Dette eksempel er ét af mange, der viser det tovtrækkeri, der løbende foregår om alskens problemdefinitioner. Med *Bourdieu in the City* som grundlag er vi lidt bedre klædt på til at indgå i de symbolske kampe om synet på og opdelingen af byen. Interviewet med Clément Rivière giver en kompakt forsmag på, hvorfor det forholder sig sådan.

Interview

CR: Du afslutter *Bourdieu in the City* med at beskrive Pierre Bourdieu som en 'sociolog af det urbane på trods af sig selv'. Hvordan kom du til at 'urbanisere Bourdieu', når byen og det urbane ved første øjekast synes at være fraværende i hans værk?

LW: I mit eget arbejde har jeg brugt Bourdieu i meget lang tid og jeg havde til hensigt at gøre det klart, at rødderne i min byforskning ligger i hans arbejde. Det var en italiensk kollega, der ønskede at forberede en lille bog baseret på en artikel (Wacquant 2018), som var udgangspunktet for denne bog. Jeg samlede andre artikler på italiensk og begyndte derefter at omskrive, hvad der blev til en bog i sin egen ret. Den er forskellig fra det oprindelige projekt, men den gav mig mulighed for at ekspliciterne principperne for en *bourdieusk analyse* af det urbane, samtidig med at jeg – hvilket ikke var planlagt – tilbød en ny læsning af hans arbejde *gennem det urbane*.

Det var sådan, dette projekt blev til, og det fik mig til at indse, at meget af Bourdieus forskning beskæftigede sig med rum og urbanisme som transformative former. Dette gælder hans tidlige arbejde om bondesamfund i Kabylien i det koloniale Algeriet og i hans egen landsby Lasseube i det landlige Béarn. Disse to samfund, på hver sin side af Middelhavet, blev forstyrret og endda, kan man hævde, ført mod deres endeligt af byens tiltrækning og institutionernes indtrængen – byinstitutioner frem for alt, såsom skolen, arbejdsmarkedet og den politiske magt. I *Le Déracinement* (Bourdieu & Sayad 1964), og i det, der senere blev til *Le Bal des célibataires* (Bourdieu 2002), er der en analyse af urbanisering som en social kraft, der sønderriver individuel subjektivitet, sociale relationer og historisk kontinuitet.

Jeg lagde også mærke til, at i Bourdieus modne værker, i hans studier af det akademiske felt, det religiøse felt, det politiske felt, det videnskabelige felt, det kunstneriske felt, der opstod alle disse felter i byen – og det er ikke tilfældigt. Konstitutionen af felter er produktet af social differentiering, rumlig differentiering og kulturel differentiering frembragt af urbanisering, altså koncentrationen af store, tætte og mangfoldige befolkninger. Byen er mediet for akkumuleringen og differentieringen af magtformer, eller kapitalformer i Bourdieus terminologi, hvilket fører til skabelsen af adskilte sociale verdener – det, han kalder *mikrokosmer* (Bourdieu 2022). Og når disse forskellige felter opstår, melder spørgsmålet sig, hvordan de forholder sig til hinanden, og spørgsmålet om deres hierarki. Det er her, vi ser kampen mellem fortalere for forskellige former for kapital, kapitalakkumulationen og kampen om at bestride én kapitalform med en anden. Og hvor foregår alt dette? I byen. Det er åbenlyst, når det først bliver sagt, men det var ikke åbenlyst før! Det er i byen, at bureaukraten, advokaten, kunstneren, politikerens, videnskabsmanden, kapitalisten – jeg bruger den maskuline form, fordi disse felter indtil for nylig har været mændenes domæne – fysisk mødes, at de felter, som de er inkarnationen af, krystalliseres og materialiseres. Og således underbygges Bourdieus sociologi underforstået af en forestilling om byen: min læsning af Bourdieu er, at det urbane er stedet, hvor former for kapital akkumuleres, differentieres og konkurrerer.

Det første element er altså byen som *grobund for felter*. Det andet element er agenten. Det urbane miljø er stedet, hvor mennesker med forskellige baggrunde og sociale erfaringer mødes og derfor bringer forskellige habitusser med til byen. (Habitus er et begreb udviklet af Bourdieu til at betegne de tænkemåder, følelser og handlinger, der er socialt tilegnede og dermed integrerer vores sociale erfaringer). Byen er det sted, hvor forskellige habitusser kolliderer, hvor de er i konflikt eller ude af takt med hinanden. Dette ses tydeligt, hvis man

sammenligner med bondesamfundet, hvor (agentens) habitus er meget sammenhængende, fordi den sociale prægning både er homogen og i overensstemmelse med den omgivende verden. Byen er derimod det miljø, hvor der formes *habitusser, som kan siges at være usammenhængende og inkongruente*. Derfor skaber det urbane miljø *social rådvildhed* i den forstand, at vi ofte møder mennesker i vores dagligdag, der er forskellige fra os, som har andre vaner, og som får os til at stille spørgsmål ved vores egen måde at tænke, føle og handle på. Og det, efter min mening, er en stærk måde at karakterisere byen på. Så der er *en dobbelt specifik karakter ved det urbane, både på kapitalens side og på habitussens side*.

CR: I forlængelse af Bourdieu understreger du vigtigheden af at tage symbolske strukturers rolle i produktionen af urbane uligheder i betragtning. Kan du skitsere hovedtrækkene ved det, du beskriver som 'territoriant stigma' i den neoliberale æra?

LW: Der er mange måder at læse Bourdieu på. Han opsummeres ofte i triaden 'habitus-kapital-felt'. Jeg mener dog, at denne opsummering er utilstrækkelig, fordi den udelader den kategori, som efter min opfattelse ligger i hjertet af hans arbejde: begrebet *symbolsk magt*. Symbolsk magt er kort sagt evnen til at transformere virkeligheden ved at kontrollere og ændre dens repræsentationer. Denne symbolske magt er indlejret i perceptionskategorierne, altså de linser, gennem hvilke vi betragter verden. Disse er kollektive, historiske linser, som vi har lært gennem statslige institutioner, skoler, familier og medier. Det, der gør samfundet muligt, er, at vi i vid udstrækning deler de samme tænke- og perceptionskategorier. Men samtidig er disse perceptionskategorier differentierede i forhold til den position, man indtager i det sociale rum, hvilket skaber en kamp om at læse samfundet med forskellige typer linser. Vi kan for eksempel opfatte samfundet gennem klasselinser og sige, at samfundet er opdelt i sociale klasser, at urbane konflikter er klassekonflikter, og vi kan forsøge at mobilisere politisk på grundlag af klassen som et 'princip for vision og opdeling', som Bourdieu udtrykker det. Men vi kan også tage etniske eller etno-rationale linser på og sige, at vi skal forstå samfundet gennem racens prisme, forsøge at mobilisere folk langs denne opdeling og dermed få en anden måde at opfatte og ændre det sociale univers på ved at opbygge sociale mobiliseringer og kræve foranstaltninger for bestemte grupper.

Jeg ønskede at vise, at vi bør se byen som en konkret, materiel, objektiv entitet, men også byen som den *opfattes og opleves* af de mennesker, der bor der, og hvis repræsentationer er produktet af en symbolsk kamp. Disse repræsentationer gælder både for det urbane rum og for stratificeringen af steder. Vi har særligt en hierarkisk vision af kvarterer, som eksisterer materielt som en fordeling af ressourcer, penge, kvalifikationer og infrastruktur, men som også eksisterer i folks hoveder. Vi har alle et mentalt kort over byen med kvarterer, der rangeres som højstatus eller lavstatus, borgerlige eller arbejderklasse, kommercielle eller beboelsesområder osv. I løbet af det sidste halve århundrede har vi set en krystallisering af negative, endda vanærende, repræsentationer af det, der tidligere blev kaldt folkelige kvarterer eller arbejderkvarterer. Disse kvarterer var førhen den industrielle periferis kvarterer, men de mistede deres økonomiske fodfæste med afindustrialiseringen og blev samtidig 'indgangsporte' for den ny postkoloniale immigration.

Disse kvarterer foragtes; deres nedværdigende image er blevet udbredt i hele samfundet, deres navne vækker frygt og moralsk fordømmelse, og deres beboere stigmatiseres alene ved at bo der. Med transformationen af den politiske og mediemæssige sfære er selve begrebet *arbejderkvarter* (fransk: *quartier*) forsvundet; nu siger man blot '*les quartiers*' uden at kvalificere det – som om middelklassekvarterer pludselig ikke længere var kvarterer i ordets egentlige forstand! Her kombinerer jeg Bourdieus begreb om symbolsk magt med Goffmans koncept om stigma ([1962] 1975). Goffman taler om 'håndteringen af ødelagte identiteter'. Han definerer stigma som en diskvalificerende egenskab og katalogiserer de strategier, som stigmatiserede mennesker reagerer på deres symbolske nedvurdering med.

På dette punkt har mit bidrag til urbansociologi været at demonstrere den symbolske magts indflydelse og vise, at der nu findes et stigma, som ikke kan reduceres til stigma relateret til fattigdom, klasse eller etnicitet, men som er et *steds-stigma* med sin egen dynamik og styrke, der gør disse steder berygtede og besmitter deres beboere. Når vi påkalder os behovet for lov og orden, for at 'genoprette sikkerheden', er det netop disse *forarmede og stigmatiserede arbejderkvarterer*, som betragtes som rugekasser for umoral, last og vold. Dette territoriale stigma har en række konsekvenser, først og fremmest for beboernes selvværd. De føler sig mindreværdige og identificerer sig derfor mindre med deres bosted eller trækker sig tilbage i den private og familiære sfære. Andre internaliserer stigmaet og bruger det til at nedgøre deres naboer – hvad jeg kalder 'lateral fordømmelse'. Alle disse effekter svækker de sociale bånd og forandrer dagligdagens sociale relationer i kvarteret. Én gruppe har dog gjort tilknytningen til kvarteret til kernen i deres identitet: ledige unge, som også er afskåret fra adgang til meningsfulde steder. De forsvarende dette territorium, som bliver 'deres', mod indtrængen fra unge fra andre kvarterer eller politiet. Men de er stadig præget af den ødelæggende opfattelse af deres bosted, hvilket Goffman kalder 'stigma-inversion'.

Som Goffman viser, er det vigtigt at understrege, at ingen egenskab i sig selv er stigmatiserende; det er altid måden vi ser på egenskaben, der skaber stigmaet. Det er altså andres blik, især hos dem, som kontrollerer de symbolske magtinstrumenter, der har indvirkning, f.eks. på den offentlige politiks spredning af ressourcer i Prioriterede Urbane Kvarterer (*QPV: Quartiers Prioritaires de la Ville*, genstand for den franske stats byfornyelse). Dette blik påvirker også arbejdsgivere, som vil granske jobansøgeres adresse, men som også vil tøve med at åbne forretninger i disse kvarterer, fordi de opfattes som usikre, her mangler beboerne arbejdsetik, og her er det offentlige rum angiveligt kontrolleret af narkohandlere. Det vil forstærke ledigheden og på den måde bekræfte indtrykket af områderne som steder, hvor de arbejdsløse ikke kan eller ikke vil træde ind på arbejdsmarkedet, hvor forældre har opgivet, familier er brudt op, og unge mennesker er involveret i trafficking. Repræsentationen af virkeligheden bidrager til at skabe dens materialitet, som i sin tur bekræfter repræsentationen. En ond cirkel.

I den stigmatiserende opfattelse af fattige arbejderklassekvarterer er der en ide om, at disse kvarterer er 'ghettoer', vektorer for racial separatisme, at de ikke længere er territorier i republikken, og som bevis peger folk på den stigende procentdel af familier med fremmed herkomst, der bor der. Disse kvarterer, hvis navne alle kender, er hvad jeg kalder 'hypnotiske punkter' i den offentlige debat. De er hypnotiske fordi de fokuserer al opmærksomhed

og forhindrer os i at se, at parallelt med stigningen i etnisk tæthed i disse områder, som er reel, så spredtes befolkningsgruppen med udenlandsk eller post-kolonial oprindelse ud i det urbane rum og over de seneste tiår er indikatorerne på gruppens segregering langsomt aftagende, som påvist i Jean-Louis Pan Ké og Gregory Verdugos arbejder (2014). Der er *på samme tid rumlig fiksering og rumlig spredning i forhold til etnicitet*. Hvis der er rumlig separatisme, er det i toppen af stedshierarkiet, i de eksklusive øvre middelklassekvarterer, som er blevet mere og mere afsondret i det 21. århundrede.

Den anden blinde plet er antagelsen om, at denne befolkning er blevet 'gemt væk' for evigt, at den er lukket inde i disse zoner for altid. Virkeligheden er imidlertid, at disse beboere er mere mobile end det gennemsnitlige hushold, og denne mobilitet gør det muligt for dem at bevæge sig op ad kvarterstigen. Det er et andet fænomen, som den offentlige og videnskabelige debat fuldkommen overser.

CR: Du beskriver samspillet mellem tre felter i produktionen af territorielt stigma: det politiske felt, det journalistiske felt og det akademiske felt. Hvordan kan vi handle inden for disse forskellige felter for at bekæmpe stigmaet?

LW: Lad os begynde med det akademiske felt. For det første skal vi opretholde en god begrebsmæssig hygiejne og undgå at falde ind i en præfabrikeret diskurs, der tilslører virkeligheden. Dette indebærer at være reflekterende og at stille spørgsmål ved de begreber, vi bruger til at organisere vores forskning. Et perfekt eksempel på dette er den forvirrede og forvirrende diskurs om 'ghettoen', et begreb, der bruges i sin dagligdags betydning uden at forstå, at ghettoen langt fra at være et rum for opløsning snarere er en mekanisme, der muliggør integration af stigmatiserede grupper på det strukturelle niveau, samtidig med at den holder dem på afstand på det sociale niveau. I min bog *The Two Faces of the Ghetto* (Wacquant, under forberedelse), baseret på to kanoniske eksempler – den jødiske ghetto i den europæiske renæssance og den sorte ghetto i Ford-æraens Amerika – viser jeg, at ghettoisering er en proces med to sider: én, der inkorporerer, og én, der separerer. Disse to dimensioner skal forstås sammen for at begribe fænomenet – noget jeg ikke gjorde i min bog *Urban Outcasts* (Wacquant 2008). Ghettoen er både et 'bur' og en 'kokon', der beskytter, fremmer solidaritet og udvider livschancer. Så når en journalist stiller et problematisk spørgsmål, skal vi sige 'lad os lige stoppe og tage et skridt tilbage' og starte med at undersøge de kategorier og forudsætninger, der ligger bag spørgsmålet. Vi skal stille spørgsmål ved spørgsmålet i stedet for naivt at besvare det.

På samme måde bør journalister udvise god leksikal hygiejne og spørge sig selv, hvilken side af historien de skjuler ved at dække den. De bør informere sig selv, læse sociologiske studier og erkende, at de uforvarende kan bidrage til stigmatiseringen af et kvarter ved udelukkende at fokusere på dets negative aspekter og blive fanget i en cyklus af nedvurdering. De bør altid bevare et åbent sind og spørge sig selv, hvorfor de er så optagede af en bestemt egenskab, som de ikke ville være optagede af, hvis de befandt sig i et andet kvarter, f.eks. et småborgerligt boligområde. Det er også vigtigt at huske, at determinanterne for et kvarters skæbne *ikke findes i kvarteret selv* (Hansen 2021, Larsen og Delica 2024): deter-

minanterne findes i de dominerende tendenser på arbejdsmarkedet, i boligøkonomien, skolesystemet, byplanlægningen, politiet og retssystemet. Kort sagt, staten i alle dens komponenter.

For det andet, i den politiske arena bør vi skelne mellem det lokale og nationale niveau, da flere lokale valgte repræsentanter deltager i kampen mod rumlig stigmatisering. I 2010'erne oprettede byen La Courneuve et netværk, der organiserede en generalforsamling af stigmatiserede byer, hvor borgmestrene kollektivt erklærede: 'Stop, vi har fået nok'. De lobbyede HALDE (Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité) for at få opholdssted inkluderet blandt kriterierne i antidiskriminationsloven. I dag er opholdssted et af disse kriterier.

Endelig er det på det bureaukratiske område på tide, at statens administratorer, som implementerer bypolitikken, fokuserer på at offentliggøre de positive effekter af denne politik for at bryde stigmatiseringsdynamikken, samtidig med at de anerkender det åbenlyse behov for yderligere ressourcer til at forstærke disse positive effekter. Dette kan kun opnås ved at arbejde på mellem- og lang sigt, over et årti eller mere, og ved at nægte at omvælte systemet ved hver regeringsændring, hvilket simpelthen er grotesk.

Hvad angår de fagfolk, der arbejder i byen – socialarbejdere, gadepædagoger, administratorer og lokale politikere – kan vi regne med dem i forhold til at 'afstigmatisere' disse kvarterer ved at modsige den nedvurderende diskurs, der retter sig mod dem, og ved at påpege skævhederne i det, jeg kalder 'underskudsmodellen', som udelukkende ser på den urbane periferi gennem dens mangler. Men frem for alt skal vi genindsætte fattige arbejderklassekvarterer i det *samlede hierarki af urbane områder og steder* og erkende, at den egentlige offentlige politik for 'positiv diskrimination' baseret på rum ikke er den såkaldte bypolitik, men den implicite politiske organisering, der tildeler uforholdsmæssige finansielle, budgetmæssige og menneskelige ressourcer til middelklassekvarterer og -byer. Det gælder især inden for offentlige ydelser som skoler, boliger, sundhedsvæsen, veje og transport, der burde være ligeligt fordelt over hele det nationale territorium.

CR: Du fremhæver din erkendelse af, at fængslet er en urban institution, og bredere set inviterer du os til at placere politiet, retssystemet og fængslet i centrum for urban forskning og politik. Hvorfor? Og med hvilket formål?

LW: Dette fænomen har stået lige foran i de sidste 30 år, og alligevel kunne jeg ikke se det! I *Les Prisons de la misère* (Wacquant 1999; dansk oversættelse *Fattigdommens fængsler*, Wacquant 2008) viste jeg, at den strafferetlige stat i den neoliberale æra blev taget i brug for at håndtere den nød, der blev skabt af økonomisk deregulering og nedskæringer i social beskyttelse (Wacquant 2015). Men jeg havde ikke forstået den specifikt urbane dimension af denne indsats. Vi skal her skelne mellem arresthuse, som ligger inde i byerne og huser personer arresteret af politiet, mens de afventer retssag, og fængsler, som huser dømte og er placeret i landområder – dels af praktiske årsager (jord er billigere der), dels af sociale og symbolske grunde (byboere ønsker ikke farlige og afvigende befolkningsgrupper tæt på). Arresthuse huser næsten udelukkende indsatte, der kommer fra udstødte boligområder og vender tilbage dertil efter løsladelse.

Disse områder er underkastet intens målrettet monitorering af politiet og retssystemet, især gennem 'stop and frisk' (kropsvisitation på gaden, o.a.) baseret på fysiske træk (kaldet *contrôles au faciès*, bogstaveligt 'ansigtskontroller'). Dette er en slags 'just-in-time' samlebandsbehandling, som ingen beboer i et privilegeret kvarter ville acceptere – jeg anbefaler at læse etnografierne af Angèle Christin, *Comparutions immédiates* (2009) og Didier Fassin, *La Force de l'ordre* (2011). Denne målrettede monitorering forklarer, hvorfor personer, der forlader fængslet, hurtigt genfanges af det strafferetlige system – ofte på grund af deres engagement i gadeøkonomien – hvilket skaber en næsten lukket cirkulation mellem de udstødte kvarterer og fængselsinstitutionen. I USA er denne gensidige sammenvævning mellem den sorte hyperghetto og fængslet skærpet. I Frankrig er det mere begrænset, men stadig meget reelt, og *mekanismerne er de samme*: geografisk-målrettet strafpålægelse, kriminalisering, intensiveret cirkulation mellem kvarteret og fængslet, samt en symbiose mellem gade- og fængselskultur. I storbyfængsler genskaber indsatte de sociale relationer fra boligområderne og organiserer sig efter netværk af gensidig støtte og beskyttelse baseret på geografisk hierarki. Kvarteret er i fængslet, og fængslet er i kvarteret.

Hvem er de befolkningsgrupper, der er fanget i det jeg kalder *den strukturelle osmose* mellem disse to institutionaliserede former for indespærring? Det er fattige unge mænd med nordafrikansk eller afrikansk baggrund i Frankrig, fattige unge sorte mænd i USA, men også surinamere i Holland, marokkanere i Belgien, tyrkere og romaer i Tyskland samt ikke-europæiske immigranter i de skandinaviske lande. For mig var det en åbenbaring at forstå den centrale rolle, som fængselsinstitutionen spiller i håndteringen af urban marginalisering. Fængsler, selv om de er placeret langt væk i landdistrikter, fungerer som satellitter til byerne og håndterer det rumlige overløb af urbane problemer.

Vi kan derfor ikke forstå ulighed og marginalisering i byen uden at forstå den differentierede mobilisering af politiet og det strafferetlige apparat, som fungerer som et låg på den boblende gryde, de udstødte boligområder er. *For at forstå byen, skal vi forstå den strafferetlige stat* – og omvendt.

Nuvel, i forskningen er dette en stort set tom intersektion: bysociologer læser ikke kriminologi og strafferetssociologi, og kriminologer og strafferetssociologer læser ikke bysociologi. Det samme gælder offentlig politik: andelen af beboere der bliver arresteret af politiet eller som har en plettet straffeattest indgår ikke i kriterierne for et *QPV* kvarter!

På den anden side har praktikere på gulvet ofte allerede forstået denne intersektion. De er helt klar over, at politibetjente, dommere og medarbejdere fra kriminalforsorgen er nøglespillere i forhold til at afgøre den sociale og rumlige løbebane for unge mænd, der er dobbelt marginaliserede af klasse og etnicitet. De er klar over, at straffeapparatets kløer holder disse kvarterer fast; at politi, retssystem og fængsel spiller en nøglerolle for disse unge mænds livsbaner ved at destabilisere de mest skrøbelige familier. Praktikere ved dette, men forskere er uvidende om det, eller de hænger i det mindste langt efter. Jeg opfordrer derfor mine sociologkolleger til at knytte denne forbindelse mellem sociologien om byen og sociologien om straffestaten. Vi vil på den måde få en meget bedre forståelse af både byen og strafferetten. Hvad politikere angår, er det på høje tid, at de åbner øjnene for de

iatrogene virkninger (virkninger som skyldes lægen eller behandlingen, o.a.) af strafpålæggelsen af fattigdom.

CR: Hvordan har din empiriske og personlige pendlen mellem Frankrig og USA påvirket din tilgang til de nutidige dynamikker i produktionen af urban marginalisering?

LW: Et komparativt blik er afgørende for at komme ud over det, der tages for givet i ét samfund, men som netop ikke er selvindlysende i et andet. Pendlingen frem og tilbage over Atlanten har *tvunget mig til at være refleksiv* og stille spørgsmål til de konceptuelle kategorier, datakilder og teoretiske redskaber, jeg bruger. Problemer bliver artikuleret forskelligt, eller slet ikke formuleret, i det ene land, mens de er centrale i det andet. For eksempel tager amerikanere det for givet, at urban marginalisering er lig med race. Alle offentlige data, både administrative og fra undersøgelser i USA, gør race til en central variabel – og slører fuldstændigt klasseforskelle. Og race bliver selvfølgelig betragtet som en dikotom opdeling mellem sorte og hvide defineret ud fra afstamning. Men hvis vi nærmer os dette spørgsmål med europæiske briller, fristes vi til at reformulere denne opdeling som en graderet logik baseret på fysisk udseende, der bestemmer flydende overgange snarere end klare kategorier.

Nu viser en bølge af nyere forskning, at etno-raciaale uligheder i USA faktisk følger en graderet snarere end en dikotom logik baseret på hudfarve. Økonomiske, sociale, uddannelsesmæssige, sundhedsmæssige, juridiske og andre forskelle mellem lyse og mørke afroamerikanere er mere udtalte end de tilsvarende forskelle mellem sorte og hvide (en af mine tidligere ph.d.-studerende, Ellis Monk, nu professor ved Harvard, er førende indenfor denne forskning). I Europa har etno-racial kategorisering, som fungerer på varierende måder afhængigt af gruppen og den institutionelle kontekst – arbejde, bolig, skole, familie, politi, offentligt rum – længe været fraværende og endda tabu i forskning om byen. Det er stadig ulovligt at indsamle sådanne data i mange landes administrationer. Dette bør dog ikke forhindre sociologer i at tage det i betragtning i deres undersøgelser, som Patrick Simon og hans samarbejdspartnere har gjort fremragende (Beauchemin et al. 2016). Men for at gøre dette skal vi tilpasse kategorierne til den urbane strukturs specifikke historie i det pågældende land i stedet for at importere dem fra USA. Frem for alt skal vi sammenholde klasse, race og rum og forstå, hvordan de er specifikt forbundet i metropolen.

Referencer

- Beauchemin, Cris, Christelle Hamel and Patrick Simon. 2016. Trajectoires et origines. Survey on the diversity of populations in France. Paris: INED éditions.
- Bourdieu, P. (1962). The Algerians. Beacon Press.
- Bourdieu, Pierre. 2002. Le Bal des célibataires. Crise de la société paysanne en Béarn, Paris: Seuil, coll. "Points Essais".
- Bourdieu, P. (2008). The Bachelors Ball. The University of Chicago Press.

- Bourdieu, Pierre. 2021. *Microcosmes. Théorie des champs*, Paris: Seuil and Raisons d'agir éditions.
- Bourdieu, Pierre, and Sayad, Abdelmalek. 1964. *Le Déracinement. La crise de l'agriculture traditionnelle en Algérie*, Paris: Minuit, coll. "Documents".
- Christin, Angèle. 2008. *Comparutions immédiates. Enquête sur une pratique judiciaire*, Paris: La Découverte.
- Fassin, Didier. 2011. *La Force de l'ordre. Une anthropologie de la police des quartiers*, Paris: Seuil.
- Goffman, Erving. 1974 [1963]. *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*, Paris: Minuit, coll. "Le sens commun".
- Hansen, Christian Sandbjerg. 2021. *The Making of Place and People in the Danish Metropolis: A Sociohistory of Copenhagen North West*. London: Routledge.
- Schultz Larsen, T. & Delica, K. N. (2019). The Production of Territorial Stigmatisation: A Conceptual Cartography. *City*, 23(4–5), 540–563.
<https://doi.org/10.1080/13604813.2019.1682865>
- Schultz Larsen, T. & Delica, K. N. (2021). Der er brug for konkrete indsatser i udsatte boligområder – ikke flere navnelege. *Altinget/By og Bolig*.
<https://www.altinget.dk/by/artikel/lektor-er-brug-for-konkrete-indsatser-i-udsatte-boligomraader-ikke-flere-navnelege>
- Schultz Larsen, T. & Delica, K. N. (2024) *Fragmenting Cities: The State, Territorial Stigmatization and Urban Marginality*. Edward Elgar Publishing.
- Larsen, Troels Schultz and Kristian N. Delica. 2024. *Fragmenting Cities*. London: Elgar Publishing.
- Pan Ké Shon, Jean-Louis and Gregory Verdugo. 2014. "Segregation and incorporation of immigrants in France. Magnitude and intensity between 1968 and 2007." *Revue française de sociologie*, Vol. 55, no. 2: 245-283.
- Wacquant, L. (1993) *Urban outcasts: Stigma and Division in the Black American Ghetto and the French Urban Periphery*. *International Journal of Urban and Regional Research* 17(3): 366-383.
- Wacquant, L. (2004a) *Body and Soul – notebooks of an apprentice boxer*. Oxford University Press
- Wacquant, L. (2004b) Following Pierre Bourdieu into the field. *Ethnography*, 5(4), 387–414. <http://www.jstor.org/stable/24047849>
- Wacquant, Loïc. 2006. *Parias urbains. Banlieue, ghetto, État*. Paris: La Découverte.
- Wacquant, L. (2008) *Urban Outcast. A Comparative Sociology of Advanced Marginality*. Polity.
- Wacquant, Loïc. 2015. *Les Prisons de la misère*. Paris: Raisons d'agir éditions, expanded edition.
- Wacquant, L. (2018) Bourdieu Comes to Town: Pertinence, Principles, Applications. *Int. J. Urban Reg. Res.*, 42: 90-105. <https://doi.org/10.1111/1468-2427.12535>
- Wacquant, Loïc. 2023. *Bourdieu in the City: Challenging Urban Theory*, Cambridge: Polity Press.
- Wacquant, Loïc. Forthcoming. *The Two Faces of the Ghetto*, Cambridge: Polity Press.

Loïc Wacquant is Professor of Sociology at the University of California, Berkeley, and Research Associate at the Centre européen de sociologie et de science politique (CESSP - UMR 8209).

Mellem murene og kroppen

Urban marginalisering gennem stigma, fragmentering og sundhedsulighed

Nicolas Tristan Munk, Trine Schifter Larsen, Tom Møller & Kristian Larsen

Abstract

This article explores how elderly residents with multiple chronic conditions experience and cope with urban marginalization in a Danish public housing estate. Drawing on 24 months of qualitative fieldwork in the VORES project, the analysis combines vignettes from participant observation, interviews and co-created activities with theoretical perspectives on urban marginalization and inequality in health. Findings demonstrate how intersections of urban marginalization and health inequality are structured and produced across three interwoven levels: materially, through neglected housing conditions and long-term delays in renovations; socially, through fragmentation, symbolic splintering and lateral denigration; and politically, through reforms and reclassifications that underprioritize elderly residents' needs in favor of "investable" groups. These dynamics illustrate the ambivalences captured by policy schizophrenia and the symbolic violence of territorial stigma, but also how embodied experiences of illness and neglect may generate health capital and local solidarities within social and material spaces of community-based participatory research. The article contributes to understanding how place, stigma and inequality in health intersect in welfare-state contexts.

Keywords

Community Health, Inequality in health, Territorial stigma, Social Fragmentation, Symbolic Splintering, Policy Schizophrenia, Urban marginalization, Health Capital, Social justice.

Indledning

I de seneste årtier har en række almene boligområder i Danmark været genstand for politisk og offentlig opmærksomhed (Frandsen og Hansen 2020; Jensen 2021). Med aftaler som Parallelsamfunds aftalen og den tiltagende brug af kategorier som ghetto, udsatte områder og parallelsamfund er bestemte kvarterer blevet symbolsk fastholdt som problematiske og

i perifere positioner i forhold til det omkringliggende samfund (Larsen og Delica 2019; Delica og Larsen 2020; Larsen 2011; Schultz Larsen 2018). Indsatserne har omfattet både fysiske renoveringer, ændringer i beboersammensætning og sociale programmer, men har samtidig bidraget til en symbolsk rammesætning, hvor visse steder igen og igen beskrives som fremmedgørende, afkoblede og belastede (Frandsen og Hansen 2020; Regeringen 2018; Rasmussen 2023; Social- og Boligministeriet 2024). Dette rejser et centralt spørgsmål: Hvordan påvirker sådanne politiske og symbolske processer hverdagsliv, tilhørsforhold og sundhed blandt beboere – og særligt blandt ældre mennesker, der ofte lever med multiple kroniske sygdomme der kan være en yderligere kilde til sårbarhed og udfordringer i hverdagen?

Mens forskning inspireret af Loïc Wacquant (2008; 2022) har teoretiseret og analyseret urban marginalisering i et temporalt makroperspektiv – sociohistorisk – (Larsen og Delica 2019; Schultz Larsen og Delica 2021; 2024), er det i en dansk kontekst endnu relativt underbelyst, hvordan disse dynamikker udspiller sig mikrosocialt – interaktionistisk – i boligområder, hvor de ældre udgør en markant beboergruppe. Denne artikel undersøger, hvordan ældre multisyge beboere i et forsømt boligområde i København oplever og håndterer marginaliseringens konsekvenser, og hvordan materielle, sociale og symbolske forhold griber ind i ulighed i sundhed. Analysen bygger på ca. 24 måneders kvalitativt feltarbejde i forskningsprojektet VORES, som er inspireret af principper for ”community-based participatory research” (Israel m.fl. 2012; Wallerstein m.fl. 2018), og hvor deltagerobservationer, interviews og samskabende aktiviteter er gennemført i tæt samarbejde med beboere og beboerbestyrelse. Artiklen bidrager dermed til forskningsfeltet ved at forbinde analyser af urban marginalisering, stedsligt stigma og sundhedsulighed. Inden vi udfolder vores teoretiske ramme, vil vi i næste afsnit positionere artiklen og vores forskningsspørgsmål i relation til eksisterende forskning og pege på, hvordan artiklen bygger videre på – og adskiller sig fra – især nationale studier af boligområder, marginalisering og sundhed.

Fra Urban Marginalisering til Sundhedskapital

Loïc Wacquants analyser af urban marginalisering (Wacquant 2007; 2008; 2014; 2022) udgør et vigtigt afsæt for forståelsen af, hvordan ulighed i senmoderne bysamfund produceres i et samspil mellem materielle forhold, institutionelle praksisser og symbolske logikker. Hans begreb territorielt stigma er både udbredt og centralt inden for denne type analyser (Larsen og Delica 2019): bestemte steder pålægges en negativ symbolsk værdi, som både rammer beboernes sociale position og fastholder områderne i en marginaliseret status. Med det senere udvidede begreb territorial taint viser Wacquant (2022), hvordan denne symbolske ”plet” får autonomi og fastholdes gennem politiske kategoriseringer, mediedækning og hverdagspraksisser. I en dansk kontekst har Schultz Larsen og Delica (2024; 2021) videreudviklet Wacquants ramme. De introducerer bl.a. begrebet policy-skizofreni til at indfange den dobbelte logik, hvor destigmatisering og kontrol sameksisterer; investeringer og imagepleje ledsages af regulering og eksklusion. Denne ambivalens har i en skandinaviske velfærdsstatslig kontekst stor betydning i forståelsen af forsømte boligområder. Delica og Schultz Larsens sociohistoriske kortlægning af boligpolitik og effekter heraf underbygger at marginalisering ikke alene kan tilskrives beboersammensætning, men i høj

grad er et resultat af politiske og institutionelle prioriteringer. I en dansk kontekst viser andre studier samtidig, at beboere udvikler modstrategier og modfortællinger. Jensen & Christensen (2012) dokumenterer, hvordan beboere i Aalborg Øst udtrykker lokal tilfredshed trods kulturel racisme. Fallov & Birk (2022) viser, hvordan beboere aktivt udfordrer statslige kategoriseringer. Sand m.fl. (2020) peger på, hvordan sport og kultur kan skabe nye sociale rum, mens Eriksson m.fl. (2022) understreger, at kunstneriske projekter både kan åbne muligheder og risikere at reproducere de symbolikker, de søger at bryde. I en international sammenhæng er der forskellige typer af studier, som forbinder sted og sundhed; nogle tager afsæt i mulighedsbetingelser relateret til folkesundhed og sundhedsservices, mens andre tager udgangspunkt i mere traditionelle kliniske sundhedsmarkører. Duncan m.fl. (2016) finder fx, at oplevet stedsstigma blandt lavindkomstgrupper i New York kan kobles til forhøjet blodtryk og BMI, mens Chae m.fl. (2015) viser, at strukturel racisme på områdeniveau øger dødeligheden blandt sorte amerikanere. Bamba (2016) argumenterer for, at stedets betydning for sundhed ikke kan reduceres til individuelle eller kontekstuelle faktorer, men også må ses som politiske og symbolske processer. Halliday m.fl. (2020) understreger, at netop de symbolske dimensioner længe har været underbelyst i folkesundhedsforskningen. I en dansk velfærdsstatslig kontekst har Kristian Larsen (2021a; 2021b; Larsen m.fl. 2013) videreudviklet Bourdieus kapitalteori gennem begrebet sundhedskapital. Sundhedskapital betegner de kropslige, sociale, symbolske og materielle ressourcer, som former menneskers mulighed for sundhed i en bred betragtning, herunder livskvalitet i hverdagen, navigering i det sociale rum, herunder i byrummet samt deltagelse og anerkendelse i sundhedsfeltets forskellige institutioner. Man kan tale om tre dimensioner af sundhedskapital, en kropslig (inkorporeret), institutionaliseret (fx teorier/uddannelse) og en materialiseret (teknologi/tingslighed fx hospitaler) (Larsen m.fl. 2013). Begrebet kan altså være med til at skabe en analytisk bro mellem urbane marginaliseringsprocesser og de konkrete sundhedsrelaterede mulighedsbetingelser, som præger ældre multisyge borgeres hverdagsliv, et forskningsområde- og -perspektiv der i lyset af parallelsamfundsaftalen viser sig at være både relevant og efterspurgt i en dansk kontekst (Bech-Danielsen m.fl. 2023). Vores artikel kan i den sammenhæng ses som et bidrag der kobler analyser af territorielt stigma og politiske ambivalenser til sundhedskapital i en dansk velfærdsstatslig kontekst, med særligt fokus på de mikrosociale processer i hverdagen der afspejler en vægtning af den Goffmanske interaktionisme i Wacquants teori (2022, 64,70).

Teoretisk inspiration og analytiske perspektiver

Loïc Wacquant (2008) peger på, hvordan marginalisering i senmoderne velfærdsstater ikke blot handler om borgernes materielle afsavn og klassificering af sociale grupper, men i stigende grad indlejres i urbane rum såsom boligområder og former sig som territorial stigmatisering, symbolsk splintring og social fragmentering. Disse begreber indgår hos Wacquant som dele af i alt seks typologier, der kendetegner det, han betegner ”advanced marginality” (2008, 251–61). Vi vælger ikke at oversætte dette til ”avanceret marginalisering”, da ”advanced” i denne sammenhæng i højere grad betegner et tidsligt brud end forestillingen om en kompleks eller ”avanceret” form for marginalisering (Delica og Hansen 2014). I denne artikel anvender vi derfor betegnelsen urban/stedslig marginalisering som den

overordnede kategori, om end vi analytisk koncentrerer os om territorial stigmatisering, symbolsk splintring og social fragmentering som særligt relevante mekanismer.

Territorial stigmatisering og stigma-maskineri

Med begrebet "territorial stigmatization" viser Wacquant (Wacquant 2007; 2008; 2022), hvordan bestemte boligområder får status som "social skærsild" – ikke kun set udefra, men også indefra blandt beboerne selv (2008, 254). Allerede i *Urban Outcasts* (2008) fremhævede han, at stigmatisering i det 21. århundrede ikke alene kan forklares med demografiske kategorier som fattigdom eller etnicitet, selvom disse spiller en rolle. Snarere er der tale om en stigmaproduktion, hvor stedet i sig selv bliver bærer af miskendelse og eksklusion.

I *Bourdieu in the City* (2022) videreudvikler Wacquant dette med begrebet territorial taint – et billede på, hvordan stigma hæfter ved steder som en plet eller besmittelse. Denne plet opstår gennem politiske kategoriseringer, mediedækning og administrative indgreb, og den har tendens til at hænge ved, selv når de oprindelige forhold ændrer sig (2022, 61-62; 78-81). Wacquant beskriver bl.a. dette som "autonomization and stickiness" (2022, 72), hvor stigmaet bliver selvstændigt og vanskeligt at udviske. Med reference til Schultz Larsen & Delicas review (2019) betegner han endda territorielt stigma/taint som en form for "symbolic dynamite" – et redskab, som statslige og kommunale aktører kan aktivere for at legitimere nedrivning, ommærkning eller skærpet kontrol (Wacquant 2022, 62-63).

Supplerende hertil kan Imogen Tylers (2020) perspektiv på stigma ses som en parallel pointe; et samfundsmæssigt maskineri, hvor politiske og administrative praksisser systematisk producerer forestillingen om bestemte grupper som mindre værdige. Set i kombination viser begreberne, hvordan stigma ikke blot er et spørgsmål om hverdagslige blikke og diskrimination af grupper, men også en institutionelt forankret kraft og struktur, som kan fastholde og forstærke ulighed og positioner af marginalisering uafhængigt af hvilke borgere der bebor det givne område.

Social fragmentering og symbolsk splintring

En anden central typologi hos Wacquant (2008, 261-62) er social fragmentering og symbolsk splintring. Hvor de klassiske arbejderkvarterer var præget af et vist fælles sprog og kollektive organisationer, ser vi i dag en erosion af sådanne fællesskaber under pres fra prekarisering og klasseopløsning. Fragmentering betegner her fraværet af stabile sociale bånd og rytmer, mens splintring henviser til de symbolske brud, hvor beboere distancerer sig fra "de andre" – en proces, der også kan ses i relation til Wacquants begreb horisontal nedgørelse (lateral denigration) om end dette er vores fortolkning da denne proces primært er udfoldet af Wacquant i forhold til territorielt stigma i forbindelse med hans typologiseringer af urban marginalisering (2008, 251-61). I en dansk kontekst har Schultz Larsen (2018, 1144-46) fremhævet, hvordan politiske forskydninger fra en klasseorienteret ulighedsdagsorden til en lokaliseret "politik for rum" har bidraget til netop fragmentering og splintring. Det beskrives hvordan "area-based policy" har haft succes med at skabe nye sociale rum, men sjældent har ændret boligområdernes sociale og symbolske position i samfundet. Denne periferisering forstærker marginaliseringens dobbelte karakter: Lokal-

samfund støttes indefra, mens de samtidig fastholdes i en stigmatiseret position og fragmenteret tilstand.

Policy-skizofreni og overskudsbefolkning

Denne dobbelte logik er af Schultz Larsen & Delica (2021; 2024) begrebsliggjort som policy-skizofreni. Begrebet der kan ses som en velfærdsstatslig tilføjelse til Wacquants teori om urban marginalisering betegner, hvordan destigmatisering og kontrol sameksisterer i neolibérale velfærdsstater. Politiske tiltag kan på en og samme tid forbedre nogle aspekter af levevilkår – ofte kortsigtet og på lånt tid – og forstærke oplevelsen af overvågning, regulering eller eksklusion. Denne opmærksomhed på og analyse af ambivalenser har også inspireret os i vores analytiske tilgang og bidraget til at vi har fået øje på, hvordan de dobbelte logikker kommer til udtryk gennem beboernes erfaringer og interaktioner. I denne sammenhæng bliver også Adler-Bolton & Vierkants (2022) begreb overskudsbefolkning relevant, da de viser, hvordan grupper – fx ældre, multisyge eller økonomisk “uattraktive” – risikerer at blive placeret i en kategori af borgere, der ikke i samme omfang som andre grupper anses som værd at investere i. Denne klassifikation kan være underforstået snarere end direkte udtalt, men den legitimerer, at ressourcer og boligstrategier prioriteres mod andre befolkningsgrupper, som vurderes at have større produktiv samfundsmæssig værdi.

Sundhedskapital som analytisk bro

Vores analytiske kobling mellem sted og sundhed er inspireret af Kristian Larsens begreb sundhedskapital (2021b; 2021a), som bygger videre på Bourdieus kapitalbegreb (1986; 1984). Hvor Bourdieu analyserer, hvordan økonomiske, sociale og kulturelle ressourcer omsættes i sociale felter og bliver positionerende for sociale grupper, nuancerer Larsen dette med fokus i det sociale rum men også på sundhedsfeltet. Sundhedskapital betegner i den sammenhæng de kropslige, sociale og symbolske ressourcer, der gør mennesker i stand til at handle; fx på måder, der understøtter trivsel, deltagelse og anerkendelse i samfundets sundhedsinstitutioner – som også Shim (2010) har fokus på med det mere snævre og interaktionistiske begreb cultural health capital – men også de forestillinger og logikker der mere bredt betragtet knytter sig til, værdisætter og positionerer krop og sundhed (Larsen m.fl. 2022).

Sundhedskapital konceptualiseres som noget der findes i kropsliggjorte, materialiserede og institutionelle former (Larsen m.fl. 2013) og er tæt knyttet til de materielle vilkår i hverdagen – såsom trapper, elevatorer, adgangsveje, fællesrum og bygningers tilstand. Dermed viderefører Larsen på sin egen måde Bourdieus pointe om, at magt udøves og status opnås gennem felters regler (doxa) og aktørers differentielle adgang til og mobilisering af ressourcer. Hvor Wacquant (2008; 2022) trækker på Bourdieu forat vise, hvordan symbolsk magt fastholder stigma og eksklusion – der kan ses som marginal-status og indsnævring af mulighedsrum – viser Larsen, hvordan ulighed også materialiseres i kroppens muligheder for at handle og deltage i sociale og fysisk-materielle sammenhænge som vi på både et organisatorisk og institutionelt plan og et samfundsplan kan forbinde med distinkte sundhedsfeltlogikker (Larsen 2021b).

Vores analytiske blik er således i særdeleshed informeret af en kombination af Wacquants analyser af urban marginalisering, Schultz Larsen & Delicas begreb policy-skizofreni og Larsens sundhedskapital. Yderligere suppleres der med Tylers perspektiver på stigma som et samfundsmæssigt maskineri (2020) samt Adler-Bolton & Vierkants begreb overskudsbefolkning (2022). Tilsammen udgør disse begreber en ramme, der gør det muligt at analysere, hvordan urban marginalisering og sundhedsulighed griber ind i hinanden – i vores analyse i spændingsfeltet mellem beboeres mikrointeraktioner, det kommunale og boligadministrative mesoniveaus strategier og diskurser samt makrosociale policy-mekanismer- og effekter.

Metode

Forskningsdesign og epistemologisk tilgang

Artiklen bygger på kvalitative data fra forskningsprojektet VORES (Velfærd Og Relationer – Et Sundhedsprojekt), der har til formål at undersøge og understøtte lokal sundhedsfremme i Stæremose Have – et alment boligområde i Københavns (Gamle) Sydhavn, som vi her omtaler i pseudonym form. Pseudonymiseringen er valgt for at reducere risikoen for at reproducere stigmatiserende symboler, selvom flere beboere selv ønskede at fremstå åbent og der ikke undervejs har været nogen der gav udtryk for at hverken de eller området ønskedes anonymiseret.

VORES-projektet er initieret af forskergruppen bag artiklen og udviklet i tæt samarbejde med lokale beboere og beboerbestyrelse og gennem sparring med og støtte fra interessenter såsom den lokalt velgørende fond ”Industrien i Valbys Sociale Fond” og Hvidovre Hospital der har patientoptag i dette område. På et overordnet niveau er projektet inspireret af principper fra ”community-based participatory research” (CBPR) (Wallerstein m.fl. 2018; Israel m.fl. 2012) og forankret i en relationel og situeret vidensforståelse (Hersted m.fl. 2019; McNamee 2019; 2024). Det har bl.a. resulteret i at samskabelse og lokal forankring både er blevet til ontologisk objekt samt epistemologisk og etisk ramme for vidensproduktionen – en form for ethico-onto-epistemologisk tilgang. Det vil sige at måden hvorpå viden produceres og erkendes herunder (konstruktionen af) vidensobjektet anses som integrerede med etiske anliggender (Geerts m.fl. 2019). Mere konkret har det betydet, at det for os har været vigtigt at skabe betingelser for at forskellige beboerstemmer kunne blive hørt og anerkendt undervejs i projektet; at de problemstillinger som er blevet identificeret herigennem har få lov at fylde i projektets aktiviteter og analyser; og at dialogiske og relationelle processer har været centrale for vidensproduktionen – fra adgang til felten, til produktion af empiri, og videre til analyser som på forskellig vis afspejler denne forankring (*anonymiserede kilder i forbindelse med review*).

VORES fungerer samtidig som en form for eksplorativ intervention, hvor fælles aktiviteter og mødesteder ikke blot genererede empiri, men også havde til formål at modvirke (effekterne af) social og sundhedsmæssig ulighed lokalt. I kontekst af denne artikel kombinerer vi den relationelle aktionsforsknings vægt på proces, dialog, kontekstfølsomhed og forandring (Hersted m.fl. 2019) med en sociologisk forståelse af sted, symbolsk magt og marginalisering især inspireret af Wacquants videreudvikling af Bourdieus begreber

(Wacquant 2008; 2022) og Kristian Larsens (2021b; 2021a) videreudvikling af Bourdieus kapitalbegreb i forhold til at indfange perspektiver på ulighed i sundhed.

Empirisk kontekst og adgang

Adgangen til feltet blev etableret gradvist fra sommeren 2021 gennem førsteforfatterens (NTM) gentagne besøg i området og uformelle møder med beboere. Senere blev relationerne forankret gennem samarbejde med beboerbestyrelsen, som udelukkende består af beboere, og som gav projektgruppen adgang til at anvende lokale faciliteter, især selskabslokalet, hvor hovedparten af VORES-aktiviteterne fandt sted.

I tråd med CBPR-tilgangen var projektets første faser præget af relationsdannelse og tillidsskabende aktiviteter (Israel m.fl. 2012). Lokale agendaer – fx udvikling af sociale arrangementer efter COVID-19-nedlukningerne – satte retningen for, hvilke aktiviteter VORES faciliterede. Beboerbestyrelsen ønskede at fungere som bindeled mellem forskere, sundhedsprofessionelle og boligadministrationen, hvilket vi vurderede som hensigtsmæssigt i på baggrund af vores erfaringer med beboere der gav udtryk for spændinger mellem beboere og administrationen. På den måde blev samarbejdet forankret lokalt frem for institutionelt, hvilket i retrospekt kan ses som et forsøg på at af-institutionalisere processerne og reducere de subtile kontrolmekanismer der er et af kendetegnende ved velfærdsstatens ambivalente logikker (Schultz Larsen og Delica 2024). Dette valg understøttede samtidig ambitionen om en stærk forankring i lokale agendaer. Som vi viser andet sted (Anonymiseret/peer-review, 2025) har det været både berigende, men også udfordrende at involvere multiple interessenter i projektet, da hver interessentgruppe bl.a. involverer sig med afsæt i deres respektive perspektiver og agendaer som vidensproduktionen må navigere i forhold til. Her har det været en fordel ikke at have boligadministrationen som en yderligere engageret interessent. Fremadrettet kunne det dog blive aktuelt at etablere et samarbejde med dem, særligt nu hvor det vil være mindre risikabelt for beboersamarbejdet i takt med at relationer og tillid er etableret til beboere og beboerbestyrelse.

Feltarbejdet strakte sig over ca. 24 måneder, med hovedvægten på de første 18 måneder. Førsteforfatteren gennemførte samtlige interviews, mens første- og anden -forfatter begge bidrog med feltnoter fra VORES-aktiviteterne som blev faciliteret gennem samarbejde med forskere og fire sundhedsprofessionelle – henholdsvis en geriater, sygeplejerske, fysioterapeut og ergoterapeut – i konstellationer af 2-3 faciliterende aktører. Sundhedsprofessionelle deltog oftest uden at de projektledende forskere havde instrueret dem i at producere feltnoter, men de blev opfordret til at notere erfaringer og refleksioner over deres praksis i det omfang de fandt det muligt og hvis der var noget særligt som de hæftede sig ved i forhold til beboerinteraktioner og udtryk. De sundhedsprofessionelles erfaringer og roller er behandlet i andre publikationer relateret til VORES-projektet (Anonymiseret/peer-review, 2025).

Datamateriale

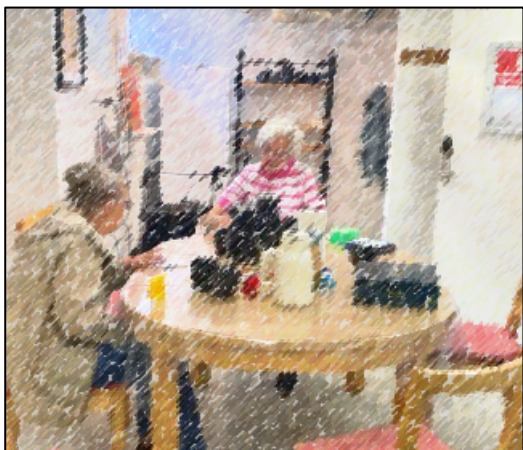
Artiklens analyser bygger på følgende materialer:

Feltnoter fra ca. 200 timers deltagerobservation i forbindelse med aktiviteter faciliteret gennem VORES (fx fællesspisninger, tirsdagscaféer og diverse sociale arrangementer såsom krea-værksted, og fællessang).

Lydoptagelser og transskriptioner af otte dialogkonferencer af ca. 90 minutters varighed, hvor beboere, sundhedsprofessionelle og forskere drøftede temaerne livskvalitet (4) og fællestræning (4). Førstnævnte med henblik på konceptualisering af lokale perspektiver på livskvalitet og sidstnævnte med henblik på at revitalisere et lokalt gruppetræningstilbud for en gruppe ældre beboere der tidligere havde trænet i fællesskab og ikke blot ønskede at genoptage det, men også at rekruttere flere lokale beboere til at deltage.

Interviews, i alt 19 semistrukturerede (Bilag 1), heraf 12 med otte forskellige beboere, fire med sundhedsprofessionelle og tre med hospitalsledere. I nærværende artikel er det primært beboerinterviewene, der danner grundlag for analysen.

Supplerende materiale: fotodokumentation (sløret med effekter der bevarer anonymitet), dagbladsartikler og kontekstuelle dokumenter om Stæremose Haves historie og boligpolitiske udvikling.



Analyselstrategi

Analysen er udarbejdet gennem en iterativ proces, hvor vi har vekslet mellem empiriske nedslag og teoretiske perspektiver. På den baggrund har vi produceret empiriske udsnit som bl.a. fremstilles gennem fem vignetter af varierende længde og varierende form, der indleder de fem første analyseafsnit. De fem vignetter formidler konkrete oplevelser, interaktioner og erfaringer fra hverdagen i Stæremose Have – fra afspærrede altaner og sociale klikker til protester mod kommunens boligpolitik. Det er vigtigt at understrege at selvom vignetterne i nogle sekvenser er udformet som én persons udtalelse, så er de i nogle sammenhænge konstrueret af forskellige udtalelser og det samme gælder for observationer. Dette valg er truffet af flere hensyn: pragmatisk (plads), stilistisk (dramaturgi), og etisk (anonymisering). Vignetterne skal desuden ikke læses ud fra kriterier om repræsentativitet, da målsætningen og formålet aldrig har været en afdækning og kortlægning af marginalisering og sundhedsulighed i Stæremose Have. Vignetterne er – omvendt – udvalgte erfaringer fra vores eksplorative forskningsaktiviteter, der har haft lokale agendaer og

samskabende processer for øje. Rækkefølgen er altså *fra empiri til teori*, hvor stedets betydning for ulighed i sundhed er en tematik som vi har udledt fra åbne fortolkninger og dialogiske refleksioner over lokale agendaer og som vi efterfølgende har haft behov for at udfolde og perspektivere teoretisk. På baggrund af det teoretiske apparat vi har konstrueret i denne artikel, bliver vignetterne således empiriske indgange, der åbner for fortolkning af urban marginalisering og ulighed i sundhed på flere niveauer:

Mikro: hverdagslivets kropslige og sociale erfaringer, formidlet gennem beboernes egne ord og vores observationer af interaktioner.

Meso: boligforeningens praksisser og kommunale beslutninger, som sætter rammerne for beboernes handlemuligheder.

Makro: de bredere politiske og institutionelle logikker, der kan forstås gennem begreber som urban marginalisering, territorielt stigma, policy-skizofreni og sundhedskapital.

Som nævnt er analysen produceret gennem iterative processer af empirisk fokus på sundhed, relationer og materialitet på den ene side og teoretiske læsninger af empirien på den anden side. Det har resulteret i, at det empiriske materiale, som udgør vignetterne, bl.a. er udvalgt fordi det tydeliggør marginaliseringens dobbelte logik: hvordan materielle og symbolske forhold på samme tid kan producere marginalisering og inklusion; stigma og anerkendelse. Denne analytiske følsomhed over for ambivalenser er, som også fremhævet tidligere, inspireret af Schultz Larsen & Delicas begreb policy-skizofreni, der netop indfanger de dobbelte bevægelser i velfærdsstatens møde med forsømte boligområder.

Analyse

Når hjemmets åndehul bliver et tegn på forsømmelse



Vi er i gang med en faciliteret gruppesamtale i beboerselskabslokalet; en af i alt fire ”dialogkonferencer” med det overordnede tema: livskvalitet – eller som vi hurtigt i fællesskab får det oversat til: ”de gode og mindre gode sider af livet i Stæremose Have”.

Ti beboere er mødt op i dag. Ikke overraskende falder snakken på altaner og materialiseringen af midlertidige foranstaltninger; de skal gøre det sikkert at færdes mellem blokkene i forbindelse med altanernes ”nedfaldstruede” tilstand som det hedder sig. En beboer fortæller, hvordan foranstaltningerne har ændret hverdagen:

”Det fylder meget i mit liv; containerne og de der stålhegn – 80.000 kr. om måneden har jeg har hørt at det koster, men nye altaner er der ikke råd til... Det ser frygteligt ud! Man kan jo dårligt være bekendt at invitere gæster.”

Hun beskriver altanen som sit lille ”åndehul,” et sted for morgensol og kaffe, som nu er spærret af. Flere af de tilstedeværende fortæller at de og andre de kender har taget pladerne af. I forlængelse af frustrationerne nævner nogen beboerbestyrelsen mens andre retter kritik mod boligadministrationen og kommunen.



Altanernes tilstand og de midlertidige afspærringer bliver i beboernes fortællinger mere end et teknisk problem. De fungerer som synlige tegn på forsømmelse og fravær af omsorg, hvor materielle rammer oversættes til symbolske erfaringer af, at stedet ikke prioriteres. Det er netop i dette krydsfelt mellem materialitet og symbolik, at urban marginalisering træder frem: en oplevelse af at være fastholdt i en position, hvor både bygninger og beboere fremstår mindre værdige. For de ældre beboere er tabet af altanen mere end en praktisk gene. Det indebærer tab af lys, frisk luft og de små hverdagsinteraktioner, der styrker trivsel – et nik til naboen, en kort samtale over rækværket. Kroppene mærker mørket fra træpladen der skærmer adgang og den aktivitet og interaktion med omgivelserne udenfor hjemmet – men fra hjemmet – der nu er afgrænset, mens sindene mærkes – nogen med isolation andre ringeagt. Dermed bliver ulighed i sundhed ikke alene et spørgsmål om sygdomsforekomst, men også om de materielle betingelser. Dvs. den materielle dimension af sundhedskapital. Kroppene bliver hver dag og hele tiden eksponeret for grimme, forsømte bygninger hvilket kommunikerer tilsvarende ringeagtelse overfor kroppene (Martinussen & Larsen 2018). Krop og rum dialogen samt hverdagslivets rytmer i boligområdet reducerer således muligheden for at opbygge kropslig sundhedskapital. Beboere i privilegerede boligområder oplever synergi når smukke boligområder understøtter deres egne kropsinvesteringer i fysisk træning, hensigtsmæssig ernæring, samvær med naboer, dyrkelse af meditation & yoga mv.

Beboerne er lige dele frustrerede, skuffede og forundret over at intet sker som svarer til det de føler de er blevet stillet til udsigt. Hvis vi imidlertid ser det som en effekt af urbane marginaliseringsprocesser, så giver sådanne forringelser der udsætter forbedringer imidlertid mening. Måske er det en begyndende cyklus af territorial taint – en plet eller besmittelse, der får lov at hæfte sig ved stedet gennem administrative praksisser, der bliver til politiske kategoriseringer og forstærkes gennem mediedækning (Kjeldtoft 2017; Pedersen 2021; Københavns Kommune 2022a).

Spørgsmålet er imidlertid, om Stæremose Have entydigt kan forstås som et “tainted” sted. I modsætning til de boligområder, der er blevet direkte udpeget under parallelsamfundspakken, har Sydhavn ikke været genstand for samme landsdækkende mediediskursive miskendelse. De lokale mediediskurser peger lidt i forskellige retninger, hvor lokale fællesskaber fremhæves, men også oplevelser af utryghed og manglende anerkendelse og prioritering af ældre borgeres interesser og livsbetingelser (Kjeldtoft 2017; Pedersen 2021). Beboerne peger selv på, at marginaliseringen snarere er et resultat af kommunens visitationsstrategi (Københavns Kommune 2022a), hvor for mange “tunge” borgere blev anvist til området, hvilket siden har gjort det vanskeligt at afsætte boligerne. Dermed forbliver det åbent, om stigmaet her vil udvikle sig som en langtidshæftende territorial taint – eller om det primært er bundet til midlertidige effekter og mikrosociale lokale oplevelser af forsømmelse og kommunal fejlprioritering.

Når fællesskaber splittes i kliker og små kredse

En beboer fortæller, at hun først efter tre år i Stæremose Have begyndte at lære nogen at kende. Andre beskriver, hvordan større sociale arrangementer altid ender med, at de samme små grupper sætter sig sammen – mandeklubben dér, pigeklubben dér, bestyrelsen dér, havefolkene dér. ”Her er for stille for sådan en som mig der kun lige er fyldt 60 år og er vokset op på Amager. Her er ikke nok liv; larm kan der sommetider være nok af, men ikke på den sjove måde. Jeg savner noget at tage mig til med andre og gider ikke kaffe-og-sladreklub”

Hverdagslivet i Stæremose Have præges af fællesskaber, der snarere organiserer sig i lukkede cirkler end i et samlet “vi.” Arbejderkvarteret, som det Gamle Sydhavn og Stæremose Have kan betragtes som, tilhørte en historisk kontekst (Københavns Kommune 2022b), der bl.a. var holdt sammen gennem fagforeninger, foreningsliv og en fælles klasseidentitet, og i kontrast hertil er nutidens sociale væv kendetegnet ved fragmentering: kliker, selektive fællesskaber og parallelle hverdagsrytmer. Vi ser dette som mikrosociale processer af social fragmentering og symbolsk splintrang: fraværet af stabile sociale bånd og fælles institutioner og symbolske markeringer, hvor beboere distancerer sig fra hinanden og derved opløser et fælles socialt sprog.

Et eksempel på dette sås under en dialogkonference, hvor en ældre kvinde udtalte: “De skændes ofte højlydt nedenunder. Jeg bliver lidt urolig. Jeg tror, det er grønlandere. Grønlandere larmer.” Hendes udsagn blev straks afmonteret af en anden beboer med grønlandsk baggrund, der bemærkede: “Danskere larmer også.” Scenen indfanger, hvordan stigma kan forskydes horisontalt – det, Wacquant kalder lateral denigration – men også, hvordan sådanne forskydninger kan udfordres i selve interaktionen. Dermed fremstår fragmentering

ikke som en endegyldig tilstand, men som en proces, der hele tiden forhandles: Sociale skel kan både forstærkes og midlertidigt afmonteres. For sundhed og trivsel har dette stor betydning. Når stigma forskydes internt, øges risikoen for isolation og tab af sociale ressourcer. Når det afmonteres i fællesskab, kan der opstå små lommer af solidaritet, hvor forskelle ikke bliver determinerende. Denne dobbelte bevægelse understreger, at beboernes hverdagspraksisser ikke blot reproducerer splintring, men også kan skabe åbninger for nye forbindelser. Spørgsmålet er, om sådanne mikroøjeblikke af samling kan udvikle sig til mere, eller om de forbliver skrøbelige øer i et landskab præget af fragmentering.



Når politiske løfter bliver til ventetid og forskydninger

En beboer fortæller om de år, hvor kommunen anviste terminalt syge og misbrugsplagede borgere til området: “Vi protesterede og sagde, det kan ikke være rigtigt, at Stæremose Have skal bruges som hospice. Og det lovede de at stoppe. Det gjorde de også – men så lavede de ommærkningen, så ældreboligerne blev til ungdomsboliger i stedet.”

Andre beskriver ventetiden på altanrenoveringen som en endeløs føljeton:

“Vi får jo den ene fede løgn efter den anden... De venter på Godot, han kommer aldrig.”

Disse erfaringer peger på et paradoksalt mønster. Beboernes protester anerkendes tilsyneladende, men løsningerne foldes ind i nye logikker, hvor ældres behov skubbes i baggrunden. Når altanrenoveringen kobles til omfattende helhedsplaner eller ændringer i beboersammensætningen, bliver de konkrete forbedringer underlagt bypolitiske rationaler, der først og fremmest tjener andre grupper. Schultz Larsen & Delicas (2021, 2024) begreb policy-skizofreni indfanger netop denne dobbelte bevægelse: Imødekommelse og

tilsidesættelse eksisterer side om side. Beboerne oplever, at deres stemmer bliver hørt, men også at de oversættes ind i planer, der ikke tager afsæt i deres egne behov. Den formelle anerkendelse bliver dermed ledsaget af en oplevelse af fortsat negligering. Samtidig spejler mønsteret den logik, Adler-Bolton & Vierkant (2022) beskriver som overskudsbefolkning: ældre og multisyge borgere placeres ikke som uværdige, men som mindre investeringsværdige end grupper, der forbindes med fremtid og produktivitet. Dette sker ikke nødvendigvis eksplicit, men via prioriteringer, hvor ressourcer kanaliseres mod andre beboergrupper. For de ældre betyder dette, at tid bliver en særlig knap ressource. Hvor yngre beboere kan se en altanrenovering som et langsigtet projekt, opleves ti års ventetid som uoverstigelig for en krop præget af multisygdom og begrænset mobilitet. Ventetiden bliver i sig selv en form for ulighed i sundhed: Forbedringerne kan i princippet være på vej, men de kommer ofte for sent til at få reel betydning for dem, der behøver dem mest.



Når kroppen bliver både byrde og ressource

Ved tirsdagscaféen er der dækket op med kaffe, te, sodavand, frugt og småkager på de efterhånden velkendte lyslilla velourduge, der dækker rækken af sofaborde. En mand med senfølger efter kræftbehandling kæmper sig igennem ordene så de får lyd nok til at rejse gennem lokalet, mens andre deler erfaringer med smerter, medicin og længere sygdomsforløb. Samtalerne glider fra individuelle beretninger til fælles refleksioner om, hvordan sygdom former hverdagen, og hvordan man kan hjælpe hinanden med små råd og støtte. De sundhedsprofessionelle der deltager, giver svar på spørgsmål om symptomer og behandling, men deres tilstedeværelse sætter også en særlig ramme for samtalerne: det private bliver gjort fælles, og hverdagsviden kan omsættes til noget, der får karakter af både læring og anerkendelse.



Her træder kroppens dobbelte rolle tydeligt frem. På den ene side begrænser sygdom og skrøbelighed muligheden for at deltage i fællesskaber og sociale aktiviteter. På den anden side kan netop erfaringer med og viden om sygdom, når de deles og anerkendes i et socialt rum, fungere som en institutionaliseret sundhedskapital dvs. en fælles viden med konsensus og divergencer ift. Sundhed, sygdom, krop mv. Den institutionaliserede sundhedskapital som - understøttet af de sundhedsprofessionelle – bliver under de rette betingelser konverteret og omformet til en fælles kapital til rådighed for beboerne. (Larsen 2021). De individuelle symptomer og historier bliver til ressourcer, der styrker sammenhold, gensidig støtte og lokal handlekraft. Denne dynamik viser, at sundhedskapital ikke alene består af individuel kropslig dyrkelse, men også udgøres af ressourcer, som skabes og udvikles i sociale og symbolske processer. At tale om medicin, smerter eller forløb i sundhedsvæsenet kan fungere som adgangsbillet til fællesskab, fordi erfaringerne genkendes og valideres af andre. Kroppen bliver således både byrde og bro: et vilkår, der kan lukke mennesker ude, men også samle dem i nye former for solidaritet. Samtidig peger erfaringerne fra tirsdagscaféen på, at denne proces er ujævnt fordelt. Det kræver både fysisk overskud og adgang til rammer som selskabslokalet at kunne gøre sine erfaringer sociale og dermed mobilisere og opbygge institutionaliseret/fælles og individuel/kropslig sundhedskapital. For de mest isolerede beboere – dem, der sjældent forlader hjemmet på grund af sygdom, udmattelse eller manglende mobilitet – forbliver sygdomserfaringer tavse byrder, der aldrig oversættes til fælles erkendelser eller institutionel genkendelse. Dermed viser tirsdagscaféen sundhedskapitalens dobbelte natur. Den kan fungere som en ressource, hvor fællesskab, anerkendelse og læring opstår gennem delte sygdomserfaringer og facilitering hvor velfærdsstatens sundhedspersonale indgår som institutionel kontaktflade, men samtidig udelukke dem, der ikke har mulighed for at mobilisere de nødvendige kropslige, materielle og institutionelle ressourcer. Kroppen fremstår således både som barriere og bro – et vilkår, der forbinder ulighed i sundhed med stedets sociale dynamikker og materielle rammer.



Når institutionaliserede fællesskaber både samler og sorterer

Ved VORES-fællesspisning i selskabslokalet summer samtalerne, men deltagerne placerer sig rigtigt nok i de samme mønstre hver gang: mandeklubben dér, bestyrelsen dér, havefolkene dér. Indre fremmedgørelse understreges da en beboer kommenterer at hendes mand ikke længere vil deltage i fællesspisning. Hun peger mod en lille gruppe der er mødt op for at deltage i fællesspisningen som de har gjort så ofte før. De ankommer gerne lidt tidligere for at hjælpe til og går snart efter de har spist, altid efter at have takket for maden og beklaget at de ikke lige kunne blive og hjælpe til, men energien var ikke til mere. Kvindens pegefinger ledsages af en kommentar om at hendes mand ikke vil sidde ved siden af "dem" og spise – altså med beboerne fra bostedet.

Hvor afsnit 2 pegede på beboeres oplevelser der understøtter hverdagslivets fragmentering i kliker og små kredse der ikke er åbne eller kan rumme den diversitet der er i boligforeningen, viser disse scener en anden dimension af de institutionaliserede men også fragmenterede fællesskaber, der opstår i organiserede sammenhænge som mandeklubben, pigeklubben, haverne eller VORES' fællesspisninger. De fungerer som på den ene side som rum for samvær, rutiner og social støtte, men er samtidig præget af subtile og eksplicitte grænser. Medlemskab, køn, invitation og sproglige markører afgør, hvem der er "indenfor" og hvem der bliver placeret "udenfor." Analytisk kan dette forstås som en videreføring af Wacquants (2008) begreb om symbolsk splintrang: selv i rammer, der tilsyneladende er inkluderende, reproduceres grænser og distance mellem grupper der mangler fælles sprog og identitet. Den symbolske afstand bliver i dette scenarie praktiseret i selve fællesskabet, hvor forskelle markeres – eksempelvis mellem "beboerne" og "dem fra bostedet," hvilket kan være med til at maskere fragmenteringen og splintrangen og give illusionen af et spirrende fællesskab som opløses når tallerknerne og glassene tømte og oprydningen står tilbage som den fælles sag som kun en lille dedikeret skare i regi af VORES finder sammen omkring.

VORES' fællesspisninger illustrerer dobbeltdynamikkerne tydeligt. Projektet havde som formål at skabe et åbent socialt forum, hvor beboere på tværs kunne mødes, og hvor de gamle skel kunne udfordres. I praksis lykkedes det delvist – deltagelsen var bredere end i de faste klubber, og enkelte beboere fra bostedet blev faste deltagere i tirsdagscaféerne efter at have været med til fællesspisning. Men også her satte de kendte mønstre sig igen-

nem: Deltagerne valgte ofte de samme pladser, og de sociale skel blev genopført i nye former. Dermed bliver institutionaliserede fællesskaber en arena for både inklusion og eksklusion. De skaber rum, hvor sundhedskapital kan mobiliseres gennem samvær, erfaringsudveksling og adgang til sundhedsprofessionelle. Men samtidig ekskluderer de dem, der ikke kan eller vil deltage under disse vilkår – og dermed forbliver de mest marginaliserede usynlige.



Set i et større perspektiv kan VORES-projektet forstås i lyset af Schultz Larsen & Delicas (2021, 2024) begreb policy-skizofreni. Lokale initiativer adresserer effekterne af marginalisering og forsøger at skabe nye fællesskaber, men de gør det inden for rammer, der også bærer velfærdsstatens ambivalente logik: investering og imagepleje på den ene side, fastholdelse af skel og selektion på den anden. Institutionaliserede fællesskaber i Støremose Have rummer således en dobbelthed. De kan fungere som steder for omsorg og nærvær som når hospitalets sundhedsprofessionelle indgår i udvikling og facilitering af lokale sociale aktiviteter, men de bliver også mekanismer, hvor marginalisering reproduceres i miniature når rammerne for deltagelse stiller subtile og ubevidste krav til ressourcer der her kan ses som sundhedskapital.

Når marginalisering mærkes på kroppen, i murene og i politikken

På tværs af vignetterne tegner der sig et mønster, hvor materielle, sociale, politiske og kropslige dimensioner væves tæt sammen i beboernes erfaringer. Altanernes tilstand og de midlertidige sikkerhedsforanstaltninger (afsnit 1) fremstår ikke blot som et praktisk tab, men som et synligt uæstetisk tegn på forsømmelse, der samtidig reducerer mulighederne for trivsel og sundhed. Fællesskabernes skrøbelighed (afsnit 2) viser, hvordan sociale bånd har svært ved at formes og kan fragmenteres og opløses gennem mikro-processer af

symbolsk splintring og horisontal nedgørelse (lateral denigration), men også hvordan sådanne forskydninger kan udfordres i interaktioner, hvor solidaritet kortvarigt træder frem og nye mulige fællesskaber kan anes. Ventetiden på renoveringer og ommærkningen af boligtyper (afsnit 3) indfanger en særlig dobbeltdynamik: beboernes stemmer bliver hørt, men løsningerne omformes til politiske strategier, der nedprioriterer ældre og multisyge. Kroppen fremstår på samme måde dobbelt (afsnit 4): både som en byrde, der begrænser deltagelse, og som en ressource, der gennem fælles erfaringer kan omsættes til sundhedskapital. Endelig viser de institutionaliserede fællesskaber (afsnit 5), hvordan inkluderende rum samtidig kan sortere og udelukke – en logik, der gentager sig i både større og mindre skalaer.



Tilsammen peger disse nedslag på, at marginaliseringens logik er ambivalent snarere end entydig. Den manifesterer sig ikke kun i murenes forfald, i politikernes beslutninger eller i kroppens sårbarhed, men i samspillet mellem disse niveauer. Marginalisering er både materiel og symbolsk, både begrænsning og mulighed, både eksklusion og inklusion. Analysen viser dermed, hvordan urban marginalisering og ulighed i sundhed ikke kan adskilles, men må forstås som to sider af samme proces – en kontinuerlig forhandling af hvem der placeres og positioneres hvor, i hverdagen, i Støremose Have.



Diskussion

Som Schultz Larsen (2018, 1144–46) viser, har den såkaldte locality turn i urban politik betydet, at staten i stigende grad har trukket sig fra klassepolitiske anliggender og i stedet overladt ansvaret til lokale aktører som kommuner, boligforeninger og NGO'er. Denne politiske periferisering indebærer, at indsatser i højere grad retter sig mod effekterne af marginalisering – sociale problemer, isolation, kriminalitet – snarere end de mekanismer, der producerer marginalisering. Schultz Larsen & Delicas (2021; 2024) begreb policy-ski-zofreni indfanger den dobbelte bevægelse, hvor destigmatisering og kontrol sameksisterer: Områder gøres til genstand for investeringer og imagepleje, men samtidig for skærpet regulering og eksklusion.

I denne sammenhæng bliver Wacquants (2022) betegnelse *symbolic dynamite* særlig relevant. Territorialt stigma fungerer ikke blot som en beskrivelse, men som et instrument, der kan aktiveres af politiske og administrative aktører til at legitimere omdannelser, nedrivninger eller styrket social kontrol. I Støremose Have har den kommunale konstatering af, at ældreboligerne var svære at afsætte, kombineret med beboernes protester mod at området blev brugt som "hospice", givet anledning til en permanent ommærkning af ældreboliger til studieboliger og en omdannelse til familieboliger. Resultatet er en reducere af ældreboliger, hvor de ældres behov reelt nedprioriteres til fordel for beboergrupper, der forbindes med fremtid og produktivitet. Vores materiale viser dermed, hvordan *symbolic dynamite* aktiveres lokalt: Renoveringer og strategier lover forbedringer, men ledsages af beslutninger, der for beboerne opleves som en fortsat negligering.

Som nævnt indledningsvis så har sociohistoriske analyser af urban marginalisering og stedsbestemt stigma fremhævet, at effekterne af disse kræfter ligger uden for den enkelte borgers indflydelse. Alligevel rummer forskningsfeltet også en nuancering af dette; bl.a. empiriske studier der fremhæver modstrategier og modfortællinger (Jensen og Christensen 2012; Fallov og Birk 2022; Sand m.fl. 2020; Eriksson m.fl. 2022). Dermed fremstår sted som dobbeltsidet (Delica og Hansen 2014): både fanget i stigma og samtidig fuldt af spirer til nye fællesskaber. VORES-projektet indskrives sig i denne dobbelthed på flere måder. Bl.a. kan det ses som et eksempel på *locality turn* (Schultz Larsen 2018, 1144–46), hvor regionale og lokale aktører forsøger at kompensere for statslige tilbagetrækninger; hvor VORES-projektet bliver en måde at rette sig mod effekterne af marginalisering og ikke de strukturelle mekanismer; men det kan så til gengæld synliggøre, hvordan disse effekter opleves og håndteres i hverdagen. Projektet tilbyder således også en arena, hvor ældre multisyge beboere kan mødes, artikulere erfaringer og afprøve nye former for fællesskab – dog med varierende grader af inklusion og deltagelse som følge af både materielle, sociale og symbolske mulighedsbetingelser, der strukturerer livet som ældre multisyg borger i Støremose Have.

Som også nævnt indledningsvis bliver sundhedsperspektivet her centralt. Som Bambra (2016) understreger, kan stedets betydning for sundhed ikke reduceres til individuelle (kompositionelle) eller kontekstuelle faktorer, men må også forstås gennem politiske og symbolske mekanismer. Halliday et al. (2020) påpeger, at de symbolske dimensioner længe har været underprioriteret i folkesundhedsforskningen, selvom det er underbygget at negative repræsentationer af steder kan have direkte helbredsmaessige konsekvenser. Empiriske studier med fokus på kliniske sundhedsmarkører viser, at oplevet spatial stigma kan kobles til forhøjet blodtryk og BMI (Duncan m.fl. 2016), ligesom strukturel racisme på område-niveau kædes sammen med øget dødelighed blandt sorte amerikanere (Chae m.fl. 2015). Når stigma klæber til steder (Wacquant 2022) kan det således også ramme beboeres helbred lige så vel som det kan betinge deres sundhedskapital i bredere forstand (Larsen m.fl. 2013; Larsen 2021b) – dvs. deres muligheder for trivsel, mobilitet, gensidig læring og deltagelse med deres respektive kroppe i det lokale sociale rum.

Denne pointe finder også støtte i nyere danske observationer. Følgeforskningsgruppen til Parallelsamfunds aftalen har påpeget, at de fysiske omdannelser opleves som særligt belastende for ældre beboere, der mister hjem, naboskaber og tryghed (Bech-Danielsen m.fl.

2023). Selvom disse iagttagelser ikke er peer-reviewed, understøtter de relevansen af at undersøge, hvordan territorielt stigma og social fragmentering hænger tæt sammen med ældres livsbetingelser og sundhed i forsømte eller stigmatiserede boligområder der mærker de symbolske, sociale og politiske effekter der følger med en sådan position.

VORES kan i denne forstand forstås som et forsøg på at etablere en centripetalkraft (Larsen og Sodemann 2024), hvor visse beboere drages ind i nye fællesskaber, om end konstateringen er at andre fortsat skubbes ud af en centrifugalkraft, der fastholder isolation og symbolsk nedgørelse. Denne ambivalens er ikke et tegn på projektets mangler, men snarere et vidnesbyrd om de vilkår, der præger community health arbejde i forsømte boligområder. Projektet kan ikke ophæve de makrosociale strukturer, som periferiserer almene boligområder, men det kan fungere som et sted, hvor erfaringer med fragmentering og stigma gøres synlige og omsættes til fælles erkendelser. I denne forstand fremstår VORES både som en form for symptombehandling og som et kritisk spejl på de større mekanismer, der former ulighed i sundhed.

Konklusion

Artiklen har undersøgt, hvordan ældre multisyge beboere i Stæremose Have oplever og håndterer marginaliseringens konsekvenser – og hvad disse erfaringer kan fortælle os om sammenhængen mellem sted, stigma og ulighed i sundhed. Analysen har vist, hvordan marginalisering træder frem gennem en række dobbelte logikker. På det materielle plan fungerer forfaldne altaner og langvarige ventetider på renoveringer både som konkrete tab af trivsel og som synlige tegn på forsømmelse. På det sociale plan fremstår fællesskaber som skrøbelige og fragmenterede, men rummer også små øjeblikke af solidaritet, hvor forskelle udfordres. På det politiske plan ledsages anerkendelse af beboernes stemmer af en sideløbende forskydning af ressourcer mod grupper, der anses som mere “investerbare.” Og på det kropslige plan fremstår sygdom og aldring både som barrierer og som ressourcer, når erfaringer deles (institutionaliseret sundhedskapital) og omsættes til individuel sundhedskapital (kropsliggjort sundhedskapital). I dette lys bliver urban marginalisering og ulighed i sundhed ikke to adskilte fænomener, men indlejrede processer, hvor stedets fysiske rammer, sociale dynamikker og politiske prioriteringer griber ind i hinanden. Marginalisering er hverken entydig eller statisk, men et vilkår præget af ambivalenser – eksklusion og inklusion, forsømmelse og omsorg, isolation og fællesskab. VORES-projektet illustrerer denne dobbelthed. Som lokalt initiativ kan det skabe sprækker af samling, hvor ældre beboere artikulerer erfaringer og opbygger nye fællesskaber. Men det spejler samtidig de makrostrukturer, der fastholder udsatte boligområder i en perifer position. Projektets styrke ligger derfor ikke i at ophæve marginaliseringens mekanismer, men i at synliggøre deres konsekvenser og skabe grundlag for fælles erkendelse og modstrategier. Dermed bidrager artiklen med en empirisk forankret forståelse af urban marginalisering som en kilde til ulighed i sundhed – og med et analytisk blik for de dobbelte logikker, der både skaber og udfordrer marginalisering i forsømte boligområder.

Nicolas Tristan Munk (1. Copenhagen University Hospital – Rigshospitalet, UCSF – Center for Health Research, 2. Copenhagen University Hospital – Hvidovre, Clinical Research Department, 3. Ph.D.-student Department of Public Health, University of Copenhagen)

Trine Schifter Larsen (1. Copenhagen University Hospital – Hvidovre, Clinical Research Department & Department of orthopedic surgery, 2. Associate Professor at Department of People and Technology, Roskilde University).

Tom Møller (1. Copenhagen University Hospital – Bispebjerg, Department of Geriatrics, 2. Professor at Department of Public Health, University of Copenhagen).

Kristian Larsen (1. Copenhagen University Hospital – Rigshospitalet, UCSF – Center for Health Research, 2. Professor at Department of Public Health, University of Copenhagen; 3. Professor 2 OsloMet University Oslo, Norway).

Kontakt: nicolas.tristan.munk@regionh.dk

Litteratur

- Adler-Bolton, Beatrice, og Artie Vierkant. 2022. *Health communism: A surplus manifesto*. Verso Books.
- Bambra, Clare. 2016. *Health divides: where you live can kill you*. Policy Press.
- Bech-Danielsen, Claus, Mette Mechlenborg, Lene Wiell Nordberg, Marie Stender, og Rikke Skovgaard Nielsen. 2023. "Build-forskere om nye resultater fra Parallelsamfundsftalen: Beboere mister både deres bolig og sociale netværk." *Byrumsmonitor*.
- Bourdieu, P. 1984. *Distinction: a social critique of the judgement of taste*.
- Bourdieu, P. 1986. "The Forms of Capital". I *Handbook of theory and research for the sociology of education*, redigeret af J.G. Richardson. Greenwood Press.
- Chae, David H., Sean Clouston, Mark L. Hatzenbuehler, m.fl. 2015. "Association between an Internet-Based Measure of Area Racism and Black Mortality". *PloS One* 10 (4): e0122963. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122963>.
- Delica, Kristian Nagel, og Christian Sandbjerg Hansen. 2014. "Den sociale krop, den avancerede marginalisering og den straffende stat: Introduktion til Loïc Wacquants oeuvre". *Praktiske Grunde. Tidsskrift for kultur-og samfundsvidenskab* 2014 (1–2): 5–26.
- Delica, Kristian Nagel, og Troels Schultz Larsen. 2020. "Er ghettolisten en syg liste eller udtryk for et sygt samfund?" *Jyllands-Posten*.
- Duncan, Dustin T., Ryan R. Ruff, Basile Chaix, m.fl. 2016. "Perceived Spatial Stigma, Body Mass Index and Blood Pressure: A Global Positioning System Study among Low-Income Housing Residents in New York City". *Geospatial Health* 11 (2): 399. <https://doi.org/10.4081/gh.2016.399>.
- Eriksson, Birgit, Anne Mette Winneche Nielsen, Anne Scott Sørensen, og Mia Falch Yates. 2022. *Kunst i almene boligområder. Mellem udsathed, inddragelse og forandring*. Aalborg Universitetsforlag.
- Fallov, Mia Arp, og Rasmus Hoffmann Birk. 2022. "The 'Ghetto' strikes back: resisting welfare sanctions and stigmatizing categorizations in marginalized residential areas in Denmark". *Nordic social work research* 12 (2): 217–28.
- Frandsen, Martin Severin, og Jesper Visti Hansen. 2020. "Parallelsamfundspakkens genealogi". *Dansk sociologi* 31 (1): 8–30.
- Geerts, Evelien, Delphi Carstens, og DePaul University. 2019. "Ethico-onto-Epistemology". *Philosophy Today* 63 (4): 915–25. <https://doi.org/10.5840/philtoday202019301>.

- Halliday, Emma, Jennie Popay, Rachel Anderson de Cuevas, og Paula Wheeler. 2020. "The elephant in the room? Why spatial stigma does not receive the public health attention it deserves". *Journal of Public Health* 42 (1): 38–43. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy214>.
- Hersted, Lone, Ottar Ness, og Søren Frimann, red. 2019. *Action Research in a Relational Perspective: Dialogue, Reflexivity, Power and Ethics*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429289408>.
- Israel, Barbara A., Eugenia Eng, Amy J. Schulz, og Edith A. Parker, red. 2012. *Methods for Community-Based Participatory Research for Health*. 2nd edition. Jossey-Bass.
- Jensen, Sune Qvortrup, og Ann-Dorte Christensen. 2012. "Territorial stigmatization and local belonging: A study of the Danish neighbourhood Aalborg East". *City* 16 (1–2): 74–92.
- Jensen, Tina Gudrun. 2021. "Fra» udsat boligområde «til» ghetto «: udviklingen i nationale og lokale forestillinger om sociale boligområder og urban diversitet i Danmark". *Dansk Sociologi* 32 (1): 9–33.
- Kjeldtoft, Af Sebastian Stryhn. 2017. "Det er svært at skabe byrum til ældre, men i Sydhavnen gør to arkitekter forsøget i tæt alliance med beboerne og den lokale mandeklub. Information har besøgt pensionisterne i Tranehavegård, som føler sig glemt af politikerne og derfor har taget sagen i egen hånd". *INFORMATION*.
- Københavns Kommune. 2022a. "Godkendelse af fysisk helhedsplan og nye almene boliger, Boligforeningen 3B, afd. 470 Tranehavegård, Vesterbro/Kgs. Enghave | Københavns Kommune". Referat. <https://www.kk.dk/dagsordener-og-referater/Borgerrepr%C3%A6sentationen/m%C3%B8de-15122022/referat/punkt-9>.
- Københavns Kommune. 2022b. "Sydhavnens egenart og fakta om bydelen". Kongens Enghave Lokaludvalg. <https://kongensenghavelokaludvalg.kk.dk/bydelsplan/om-bydelen/sydhavnens-egenart-og-fakta-om-bydelen>.
- Larsen, Kristian. 2021a. "Rekonstruktion af sundhedskapital - Formelle og informelle kilder og veje i et konstruktionsarbejde over 15 år". *Bourdieu efter Bourdieu* 15 (1): 93–114.
- Larsen, Kristian. 2021b. *Sundhedskapital | Investeringer i kroppen*. 1. udgave. Samfundslitteratur.
- Larsen, Kristian, Malcolm P. Cutchin, og Ivan Harsløf. 2013. "Health Capital: New Health Risks and Personal Investments in the Body in the Context of Changing Nordic Welfare States". I *Changing Social Risks and Social Policy Responses in the Nordic Welfare States*, redigeret af Ivan Harsløf og Rickard Ulmestig. Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137267191_8.
- Larsen, Kristian, Anette Lykke Hindhede, Mikkel Haderup Larsen, Mathias Holst Nicolaisen, og Frederik Møller Henriksen. 2022. "Bodies Need Yoga? No Plastic Surgery! Naturalistic versus Instrumental Bodies among Professions in the Danish Healthcare Field". *Social Theory & Health* 20 (1): 1–20. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00151-z>.

- Larsen, Kristian, og Sodemann. 2024. *Ulighedens drejebog | Sådan virker ulighed i sundhed*. Samfundslitteratur. <https://samfundslitteratur.dk/bog/ulighedens-drejebog>.
- Larsen, Troels Schultz. 2011. "Med Wacquant i Det Ghetto politiske Felt". *Dansk Sociologi* 22 (1): 47–67. <https://doi.org/10.22439/dansoc.v22i1.3475>.
- Larsen, Troels Schultz, og Kristian Nagel Delica. 2019. "The production of territorial stigmatisation: A conceptual cartography". *City* 23 (4–5): 540–63.
- Martinussen, Marie & Larsen, Kristian (2018): Formning gennem ny og gammel arkitektur. Et studie af materialitetens kraft, når vi opdrager børn. I: Kristian Larsen & Marie Martinussen (red.): Materialitet og læring. København: Hans Reitzels Forlag, s. 211–239.
- McNamee, Sheila. 2019. "Action Research as Ethical Practice | 2 | Coordinating Voices, Expandi". I *Action Research in a Relational Perspective Dialogue, Reflexivity, Power and Ethics*, 1st udg., redigeret af Hersted, Lone, Ottar Ness, og Søren Frimann. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780429289408-2/action-research-ethical-practice-sheila-mcnamee>.
- McNamee, Sheila. 2024. "Humanising our practice: The radical possibilities of a relational approach". I *Relational Practice: New Approaches to Mental Health and Wellbeing in Schools*. Routledge.
- Pedersen, Pia Weise. 2021. "Holder kommunen overhovedet opsyn med boligerne i Tranehavegård? | ugeavisen.dk". februar 4. <https://ugeavisen.dk/sydhavnen/holder-kommunen-overhovedet-opsyn-med-boligerne-i-tranehavegaard>.
- Rasmussen, Iben Ørum. 2023. *Liste over parallelsamfund pr. 1. december 2023*.
- Regeringen, Økonomi- og Indenrigsministeriet. 2018. "Ét Danmark uden parallelsamfund". *Ingen ghettoer i 2030*.
- Sand, Anne-Lene, Gro Hellesdatter Jacobsen, og Nikolaj Frydensbjerg Elf. 2020. "Fra 'ghetto' til GAME-zone – territorial stigmatisering og stedslige taktikker for selvudtryk blandt unge". *Nordisk tidsskrift for pedagogikk og kritikk* 6 (maj): 69–87. <https://doi.org/10.23865/ntpk.v6.1642>.
- Schultz Larsen, Troels. 2018. "Advanced Marginality as a comparative research strategy in praxis: the Danish 'Grey Belt' in conversation with the French 'Red Belt'". *Urban Geography* 39 (8): 1131–51.
- Schultz Larsen, Troels, og Kristian Nagel Delica. 2021. "Territorial destigmatization in an era of policy schizophrenia". *International Journal of Urban and Regional Research* 45 (3): 423–41.
- Schultz Larsen, Troels, og Kristian Nagel Delica. 2024. *Fragmenting Cities: The State, Territorial Stigmatization and Urban Marginality*. Edward Elgar Publishing.
- Shim, Janet 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. <https://doi.org/10.1177/0022146509361185>.
- Social- og Boligministeriet. 2024. *Liste over parallelsamfund pr. 1. december 2024*. december 1. <https://www.sm.dk/Media/638684861239315095/Liste%20over%20parallelsamfund.pdf>.

Tyler, Imogen. 2020. *Stigma*.

Wacquant, Loïc. 2007. "Territorial stigmatization in the age of advanced marginality". *Thesis eleven* 91 (1): 66–77.

Wacquant, Loïc. 2008. *Urban Outcasts: A Comparative Sociology of Advanced Marginality*. Polity Press.

Wacquant, Loïc. 2014. "Marginalisering, etnicitet og straf i den neoliberale by af Loïc Wacquant". *Praktiske Grunde. Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. https://bibliotek.dk/materiale/marginalisering-etnicitet-og-straf-i-den-neoliberale-by_loic-wacquant/work-of:870971-tsart:36586575.

Wacquant, Loïc. 2022. *Bourdieu in the city: Challenging urban theory*. John Wiley & Sons.

Wallerstein, Nina, Bonnie Duran, John G. Oetzel, og Meredith Minkler, red. 2018. *Community-Based Participatory Research for Health: Advancing Social and Health Equity, 3rd Edition Wiley*. 3rd edition. Jossey-Bass. <https://www.wiley.com/en-dk/Community+Based+Participatory+Research+for+Health%3A+Advancing+Social+and+Health+Equity%2C+3rd+Edition-p-9781119258858>.

Bilag

Bilag 1

Spørgeguide Livet i "Stæremose Have". Udarbejdet 10. august 2022.

- Livet som beboer i "Stæremose Have"
 - Hvad er godt?
 - Hvad er mindre godt?
- Fællesskab, netværk og aktiviteter
 - Omgås du nogle af de lokale beboere herude?

Hvis "Ja":

- Hvem?
 - Hvordan har I lært hinanden at kende?
 - Hvad laver I sammen?
 - Er der noget andet du godt kunne tænke dig at I lavede sammen herude?

Hvis "Nej"

- Hvorfor ikke?
 - Har du haft lyst til det?
 - **Hvis "Ja"**: Hvad forhindrer dig i det?
 - **Hvis "nej"**: Hvorfor ikke?
- Har du på et tidspunkt været social med nogle herude eller deltaget i aktiviteter?

Hvis "Ja":
- Hvad har ændret sig?

Bilag 2

Invitation til dialogkonference som bilag til informationsbrev om aktiviteter

Vi er optaget af, hvordan man kan forstå livskvalitet. Derfor vil vi undersøge, hvad livskvalitet er for jer beboere. Spørgsmålene herunder er blot eksempler på, hvordan livskvalitet er blevet målt i andre sammenhænge, så de skal bare ses som inspiration til den dialog vi gerne vil invitere jer til. Vi opfordrer jer derfor til at møde op til vores beboercafée om tirsdagen kl. 11.00-13.30. Har I ikke mulighed for at deltage, så er I meget velkomne til at skrive jeres kommentarer og forslag til spørgsmål om livskvalitet til [anonymiseret](#) eller ved at lægge en seddel med jeres forslag i bestyrelsens postkasse i nr. 14.

Jeres mails og forslag behandles fortroligt og anonymt.

Eksempler på spørgsmål, som ikke skal besvares, men blot udvikles:

- Føler du at dit helbred begrænser dig i **dagligdagsaktiviteter eller gøremål**, som du gerne ville udføre? I så fald hvilke?
- Har dit humør eller din sindstilstand i løbet af den sidste måneds tid været årsag til at du ikke har udført **dagligdagsaktiviteter eller gøremål**, som du gerne ville udføre? I så fald hvilke?
- Har dit humør eller din fysiske tilstand forhindret dig i at deltage i **sociale aktiviteter eller begivenheder**, som du gerne ville deltage i, i løbet af den sidste måneds tid? I så fald hvilke?
- Hvordan føler du at dit helbred er, overordnet set?

Beboercaféeerne og dialogerne om livskvalitet faciliteres af et mindre udvalg fra den samlede projektgruppe som består af anonymiseret. Ved spørgsmål, kontakt anonymiseret på anonymiseret.

Teknologistøttet aldring som Politisk visjon og det velferds-teknologiske markedets genese

Yngvild Brandser Alvsåker

Abstract

Technology-Supported Aging as a Political Vision and the Genesis of the Telecare Market. The combination of an ageing population and a decline in healthcare personnel has raised concerns about the sustainability of Western welfare states. In this context, technological innovation in the healthcare sector has emerged as a central political vision in Norway and other comparable welfare states. Drawing on Bourdieu's (2005) theorisation of the interwoven relationship between the state and the economic field, the article examines how technology came to dominate the policy agenda, taking precedence over alternative measures. Empirically, the analysis draws on policy documents from 1973 to 2018, as well as advertisements for telecare devices from the same period. The article argues that both the state bureaucracy and market forces have contributed to prevailing opinions, which position technological innovation as an inevitable response to the challenges facing the healthcare sector.

Keywords

Bourdieu, welfare state, technological innovation, elderly care, policy analysis, doxa, symbolic power

Introduksjon: Aldring som sosialt problem og teknologi som problemløser

Demografiske endringer med en aldrende befolkning, men også utfordringer knyttet til en økende andel kronisk syke og mangel på arbeidstakere i helsevesenet, har fått myndighetene i vestlige velferdsstater til å satse på teknologisk innovasjon i offentlig sektor (Dahl 2017, s. 163–169, Tøndel og Seibt 2019, Haukelien 2020, Dowling 2021, s. 121–126). I norsk kontekst har teknologisk innovasjon dels handlet om digitalisering av velferdsstatens

tjenester, slik som digitale journalløsninger, samhandlingsverktøy eller applikasjoner for nettbasert oppfølging av pasienter/klienter (Hauge 2017, Thygesen 2019). I kommunene er det blitt satset mer på såkalt ‘trygghetsskapende velferdsteknologi’ for hjemmeboende (Helsedirektoratet 2015, 2017, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og KS 2021). Eksempler på slik teknologi er trygghetsalarm med bruk av ulike sensorer og alarmer i boligen, samt løsninger slik som GPS-sensor og elektronisk medisindispenser (Berge 2017, Thygesen 2019).

Det er ifølge myndighetene gode grunner for å ta i bruk velferdsteknologi i eldreomsorgen: Den kan bidra til at eldre opplever økt trygghet, deltagelse og mestring av egen hverdag, i tillegg til at knappe personellressurser kan brukes der de trengs mest (Meld. St. 29 (2012-2013) 2013, Helsedirektoratet 2015). En sentral tese er at teknologien kan redusere behovet for fysiske tilsyn og derved være personellbesparende (Helsedirektoratet 2015, 2017). Forskning har pekt på at velferdsteknologi også kan virke frigjørende, ved at unødvendige og forstyrrende tilsyn unngås, i tillegg til at hverdagen blir på egne, og ikke helsepersonellens premisser (Berge 2017, Karlsen 2019). Foruten mange fordeler på individ- og tjenestenivå, har myndighetene også vært opptatt av at velferdsteknologi kan representere en ny og innbringende næring i en oljeavhengig norsk økonomi (St. meld. nr. 7 (2008-2009) 2009, Meld. St. 18 (2018-2019) 2019).

Kritikerne av satsningen hevder på sin side at teknologi aldri kan erstatte menneskelig omsorg, hvor man risikerer at ensomme eldre blir fratatt sosial kontakt ved å innføre digital avstandsoppfølging (Eccles 2015, Nilsen et al. 2016, Alvsvåg 2022). Slike posisjoneringer er del av en lengre historisk drakamp i det medisinske feltet, hvor deler av sykepleieprofesjonen og annet helsepersonell har posisjonert seg kritiske til ensidig teknologioptimisme, der en dikotomi mellom varm, menneskelig omsorg og kald, teknisk instrumentalisme er blitt fremmet (Martinsen og Wærness 1979, Pols og Moser 2009, Alvsvåg 2022). Kritiske røster har også ytret bekymring for teknologiens overvåkende og disiplinerende sider, som i ytterste konsekvens kan få eldre og andre hjelpetrequende til å få mindre frihet – stikk i strid med myndighetenes målsettinger (Mortenson, Sixsmith og Woolrych 2015, Martinsen 2017). I tillegg til tekniske feil og personvernutfordringer, er det også sådd tvil om teknologiens potensiale for besparelser, ettersom innføring av teknologi krever personellressurser, kostbart utstyr, omorganiseringer og opplæring, i et allerede overbelastet felt (Haukelien 2020, Tøndel og Søraa 2021, Alvsåker 2023, Hansen, Haukelien og Fagertun 2024). På et mer strukturelt nivå diskuteres det om teknologisatsningen på en skjult måte bidrar til å bygge ned den offentlige velferden, for eksempel ved å forskyve ansvaret for omsorgen over på den hjelpetrequende selv og uformelle omsorgsgivere (Tøndel og Seibt 2019, Haukelien 2020, Alvsvåg 2022, Kovalainen 2022). Denne artikkelen er et bidrag til disse mer strukturelle diskusjonene, som relaterer teknologiseringen av eldreomsorgen til kamper om velferdsstatens ressurser.

Forskningsspørsmål og metodologi

Artikkelen bygger på en ph.d.-studie som undersøkte hvorfra teknologisk innovasjon i eldreomsorgen hadde sin opprinnelse, hvilke markedskrefter som var til stede og hvordan velferdsteknologi som politisk visjon strukturerte praktikkene i hjemmetjenestefeltet

(Alvsåker 2023). Studiens ‘bourdieuske’ optikk bidro til å stille spørsmål ved måten ulike sosiale problem posisjoneres, samt hvilke forståelser og løsninger som vinner frem over andre og ender opp som et doxa i feltet (Bourdieu og Wacquant 1993, s. 221, Bourdieu 2014, s. 29–31). Etter flere studier av det norske velferdsteknologifeltet, inklusiv feltarbeider i flere norske kommuner, var en av konklusjonene at nåtidens doxa om teknologibruk i eldreomsorgen var teknologioptimistisk og konsensuspreget, sammenlignet med fortidens doxa (Brandser 2015, Alvsåker 2023). Spørsmålet var *når* dette teknologioptimistiske doxaet oppstod og på bakgrunn av hvilke kamper? I tillegg var et sentralt spørsmål *hvilke* posisjoner som hadde engasjert seg i saken gjennom historien, og hva som står på spill i dag?

Empirisk bygger artikkelen på registrantanalyser av helse- og omsorgspolitiske dokumenter fra 1973–2018, for å undersøke hvilke kamper om saken som hadde utspilt seg i statsbyråkratiet i denne perioden. Måten teknologinæringen – identifisert som en annen sentral posisjon i feltet – posisjonerte seg på, ble analysert ved hjelp av reklameannonser fra perioden 1984–2022. Dette metodologiske grepet var inspirert av måten Bourdieu (2005) studerte staten og det økonomiske felts sammenvevde relasjon i *The Social Structures of the Economy*¹, der en nyliberal politikk påvirket boligmarkedet og vice versa markedskreftene virket inn på boligpolitikkenes utvikling. Statsbyråkratiet og velferdsteknologinæringen ble analytisk definert som ‘produksjonsfeltet’², med større grad av definisjonsmakt over doxa enn teknologiens sluttbrukere (helsepersonell, tjenestemottakere og deres pårørende), definert som ‘konsumpsjonsfeltet’ der politiske visjoner settes ut i livet (Alvsåker 2023). For å få frem de bakenforliggende kampene om saken i ‘konsumpsjonsfeltet’, ble helsefaglige organisasjoners høringsuttalelser i forkant av en offentlig utredning om teknologisk innovasjon i omsorgstjenestene (NOU 2011:11) analysert.

Kamper om velferdsstatens ressurser

Staten er ifølge Bourdieu inndelt i en rekke byråkratiske subfelter som kjemper om grensene for *hvilke* sosiale problem staten skal ivareta og *hvordan* de skal ivaretas (Bourdieu og Wacquant 1993, s. 220–222, Wacquant 2014, s. 97). Definisjonen av ulike sosiale problemer kan fremstå som selvevidente, men har derimot vært gjenstand for kamper i statsbyråkratiet før de erkjennes som legitime problem som garanteres for av staten (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 219). For eksempel har ansvaret for hjelpetrengende eldre som ‘sosialt problem’, som denne artikkelen befatter seg med, beveget seg fra å primært være et familiært anliggende til å i økende grad få status som et offentlig ansvarsområde, ivaretatt av kommunal helse- og omsorgssektor (Schjötz 2019, Haukelien 2021). I pågående akademiske diskusjoner om en global omsorgskrise³ er det velferdsstatlige ansvaret for hjelpetrengende eldre noe av det som hevdes å stå på spill, hvor teknologisering posisjoneres som et av flere nyliberale grep i en gradvis omdreining av velferdsstaten (Dahl 2017, s. 163–169, Dowling 2021, s. 121–126, Kovalainen 2022). Nyliberalismens påvirkning av europeiske velferdsstater var også et tema som opptok Bourdieu, især i hans seneste arbeider (Bourdieu 1999, 2005, 2011).

For eksempel hevdes det i Bourdieus (2011) bilde av staten som bestående av en venstre og en høyre hånd, at statens venstre hånd – som ivaretar reproduktiv sektor og tjenesteområder som sosialt arbeid, utdanning og helse (de statlige utgiftspostene) – i økende grad ble

undertrykket av statens høyre hånd (ivaretaaker av finanssektoren, bankene, næringsliv m.m.). Undertrykkelsen skjedde blant annet ved å ignorere hva “venstrehånden” bidro til (også av økonomisk gevinster) i samfunnet, i tillegg til manglende finansiering av velferden og strammere grep om utsatte grupper⁴ (Bourdieu 2011). I Bourdieus (2005) studie av reformeringen av den franske boligpolitikken på 1970- og 80-tallet, vant en nyliberal del av statsbyråkratiet frem. Dette innebar et skifte fra en kollektivistisk politikk som støttet opp om marginaliserte grupper, til en individualistisk politikk som stimulerte markedet for selveide eneboliger for middelklassefamilien (Bourdieu 2005, s. 185–192). Studien viste at markedskreftene påvirket boligpolitikken, men også at det økonomiske felt i stor grad er “bebodd av staten”, hvorpå staten også påvirker ulike markeds levedyktighet (Bourdieu 2005, s. 12). Ettersom bruk av teknologi i eldreomsorgen både er en politisk visjon i den norske velferdsstaten og det er sterke markedskrefter involvert, ble teorien om staten og det økonomiske felts sammenvevde relasjon funnet relevant å tenke med i artikkelens analyse.

Staten og det økonomiske feltets sammenvevde relasjon

Bourdieu viste i den overnevnte studien av boligpolitikken/markedet, hvordan staten påvirket etterspørselen av boliger (og andre varer og tjenester) gjennom på den ene side produksjon av disposisjoner hos individene, og på den annen side gjennom ulike ‘statlige praksisformer’ (Bourdieu 2005, s. 16). Denne tosidige påvirkningskraften i staten ble teoretisk definert som statens ‘dobbelte sosiale konstruksjon’, som på den ene side får frem statsbyråkrationenes besittelse av symbolsk makt, som på et ikke-bevisst plan kan bidra til å påvirke borgernes smak, preferanser og det som tilkjennes verdi (Bourdieu, 2005, s. 16-17). Den andre delen av den ‘dobbelte sosiale konstruksjonen’ viser til mer synlige politiske tiltak og virkemidler slik som politiske vedtak, reguleringer, finansieringsordninger og lovendringer (Bourdieu 2005, s. 92–99). Politisk oppnevnte kommisjoner spiller ifølge Bourdieu (2005, 2014) en sentral rolle i både symbolske og mer konkrete statlige praksisformer. Ved å fremstå som nøytrale fagekspert på vegne av staten og vise til fakta og beregninger har kommisjoner den symbolske makten som kreves for å skape et offisielt syn, som senere blir det naturaliserte doxa – det som ingen lenger stiller spørsmål ved (Bourdieu, 2014, s. 114).

Når det gjelder markedskreftenes rolle var et sentralt poeng hos Bourdieu (2005, s. 71-93) at også kommersielle marked må analyseres som et kampfelt der ulike leverandører posisjonerer seg og noen vinner terreng foran andre på bakgrunn av firmaenes kapitalvolum i møtet med feltets (markeds plassens) struktur, samt firmaenes evne til å tilpasse sin markedsføring i tråd med myndighetenes målsettinger. For eksempel speilet boligprodusentenes reklamer⁵ i økende grad den statlige boligpolitikken, i tillegg til å henvende seg til kollektive habituelle disposisjoner, som følgelig gjorde reklamen like virkningsfull som en ‘forhekselse’ (Bourdieu, 2005, s. 24, 55).

Registrantanalyse som metodikk

Historiske feltanalyser av dokumenter, også kalt registrantanalyser, er en Bourdieu-inspirert metodikk for dokumentanalyse som er velegnet til å få oversikt over store

tekstmengder, samt identifisere brudd i måten den tematikk man studerer er blitt framstilt på historisk (Mathiesen og Delica 2007, Kropp 2009). Metodikken adskiller seg fra mer deskriptive former for dokumentanalyser ved å ha en sosiologisk ambisjon om å forstå og forklare de relasjonelle forholdene bak bruddene (Kropp 2009, s. 182). Metodikken er egnet til å bryte med det herskende doxa, eller hverdagsforståelsen, om den sosiale praktikken man studerer (Mathiesen og Delica 2007, s. 177–178). Ved å rekonstruere historien og få frem “det glemte”⁶ om hvordan en praktikk oppstod, får man øynene opp for at det som i dag fremstår som selvsagt og ubestridelig (det naturaliserte) blant feltets agerende, snarere kan representere et syn på saken som har vunnet frem over andre ståsteder, på bakgrunn av historiske drakamper (Kropp, 2009, s. 182; Mathiesen og Delica, 2007, s. 177–179). De historiske analysene kan i så måte kaste nytt lys over den historiske utviklingen, samt belyse posisjoner og ståsteder som ikke har vunnet frem (Kropp 2009, s. 186–188).

Målet med registrananalysen som denne artikkelen bygger på, var å undersøke kampene bak synet (doxa) på teknologibruk i eldreomsorg gjennom historien (første del av staten som ‘dobbel sosial konstruksjon’), samt undersøke om myndighetene inntok en aktiv rolle i å fremme det velferdsteknologiske markedet (andre del av staten som ‘dobbel sosial konstruksjon’). Videre ble reklameannonser analysert for å undersøke om, og i så tilfelle på hvilke måter, teknologinæringens markedsføringsstrategier bidro i transformasjonen av doxa.

Søkeprosess og utvalg av politiske dokumenter

For å finne frem til de mest relevante helse- og omsorgspolitiske dokumenter omkring den aktuelle tematikken, ble det tatt utgangspunkt i to innflytelsesrike og mye siterte dokumenter fra nyere tid: NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* og Stortingsmelding nr. 29 fra 2013 om *Morgendagens omsorg*, som kom i kjølevannet av den førstnevnte utredningen. Dokumentene har begge et betydelig fokus på teknologi som problemløser for eldreomsorgen, og markerte et brudd med tidligere policy-dokumenter (Alvsåker og Ågotnes 2022, Hansen, Haukelien og Fagertun 2024). Videre ble det undersøkt hvilke tidligere policy-dokumenter de overnevnte dokumentene henviste til når det ble argumentert for økt teknologibruk i eldreomsorgen. Prosessen ledet frem til dokumenter helt tilbake til 1970-tallet, som antydte at det velferdsteknologiske markedets genese var på denne tiden i Norge⁷.

Det var ikke et inklusjonskrav at dokumentene hadde et eksplisitt fokus på teknologi, men politiske dokumenter som omhandlet kommunehelsetjenesten, omorganisering av eldreomsorg, hjemmesykepleie, hjemliggjøring av omsorg osv., ble vurdert å være relevante ettersom velferdsteknologi ofte ble posisjonert som et middel på vei mot målet om en hjemmebasert eldreomsorg. To-tre dokumenter per tiår ble inkludert, som til sammen utgjorde elleve helse- og omsorgspolitiske dokumenter. I tillegg ble det, som nevnt innledningsvis, gjort analyser av høringsuttalelser fra ulike helsefaglige pressgrupper for å få frem et bilde av kampene som utspilte seg i forkant av Innovasjonsmeldingen fra 2011, ettersom denne representerte et brudd med hvordan teknologi i eldreomsorg tidligere hadde blitt posisjonert.

Tidsperiode	Forfatter/utgiver og regjering	Dokumenttittel
1970-1979	Sosial- og helsedepartementet	NOU 1973:26 <i>Eldres helse, aktivitet og trivsel.</i>
	Sosial- og helsedepartementet	St. meld. nr. 104. (1972-73) <i>Om hjemme-sykepleievirksomhet.</i>
1980-1989	Sosial- og helsedepartementet	NOU 1982:10 <i>Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v: spesialist-, tannhelse- og transporttjenestene, pleie-, alkoholist- og barnevernsinstitusjonene, oppgave- og ansvarsfordeling. Finansieringsordninger.</i>
	Sosialdepartementet	St.meld. nr. 41 (1987-88) <i>Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan.</i>
1990-1999	Sosialdepartementet	NOU 1992:1. <i>Trygghet - verdighet - omsorg.</i>
	Sosial- og helsedepartementet	St. meld. nr. 50 (1996-97) <i>Handlingsplan for eldreomsorgen Trygghet - respekt - kvalitet.</i>
2000-2009	Sosial- og helsedepartementet	St.meld. nr. 28 (1999-2000) <i>Innhald og kvalitet i omsorgstenestene - Omsorg 2000.</i>
	Helse- og omsorgsdepartementet	St. meld. nr. 25. (2005-2006) <i>Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.</i>
2010-2019	Helse- og omsorgsdepartementet	NOU 2011:11 <i>Innovasjon i omsorg.</i>
	Helse- og omsorgsdepartementet	Meld. St. 29 (2012-2013) <i>Morgendagens omsorg</i>
	Helse- og omsorgsdepartementet	Meld. St. 29 (2017-2018) <i>Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre</i>

Tabell 1: Utvalgte politiske dokumenter for registrantanalysen

Søkeprosess og utvalg av reklameannonser

Søk etter velferdsteknologiske reklameannonser ble gjort på Nasjonalbibliotekets database⁸ med bruk av søkeordene: *tekniske hjelpemidler*, *trygghetsalarm/telefon*, *smarthus*, *omsorgsteknologi* og *velferdsteknologi*, da disse begrepene i den kronologi er blitt brukt gjennom historien i norsk kontekst (Thygesen 2009, s. 78–79, 2019, s. 27). Det ble funnet til sammen ni reklameannonser fra perioden 1984–2022 med bruk av de overnevnte søkeordene, både i tidsskrift som rettet seg inn mot velferdsstatens helsefaglige profesjoner og i ukeblader rettet mot byggeteknisk eller informasjonsteknologisk interesserte privatpersoner.

Årstall	Primærkilde	Firma	Teknologisk produkt
1970-1979	X	X	X
1980-1989	Kommunalt tidsskrift. 1984, vol. 71 nr. 9	Securitas	Trygghetsalarm
	Byggenytt 1984, vol 29 nr. 8	Midat A/S	Smarthussystemet Mictrotrol
	Hjelpepleieren 1988, vol 22, nr. 9	Scanvest Ring Communications	Ring Master Trygghetstelefon
1990-1999	Kommunal rapport 1990 vol 4 nr. 21	Alcatel Business systems	Trygghetstelefon
	Kommunal rapport 1992 vol 6 nr. 1	Scan Multitrading	Trygghetsalarm
	Handikapnytt 1994, vol. 72 nr. 4	Trygghetssentralen Telegruppen (Televerket)	Trygghetsalarm
2000-2009	Tidsskriftet Snø og Ski nr. 2 2000	Falken	Trygghetsalarm
2010-2019	PC World Norge nr. 6 2010	Emcon	GSM-bordapparat med RF-modul
2020-d.d.	Tidsskriftet Sykepleien nr. 3 2022	Sensio	Velferdsteknologi, multiple sensorer i boligen

Tabell 2: Utvalgte reklameannonser for registrantanalysen

Registrantanalysen av politiske dokumenter og reklameannonser fra 1973-2022

Først ble bibliografiske data slik som dokumentnavn, type, årstall og utgiver kartlagt. Deretter ble dokumentet eller dokumentforfatterens sosiale posisjon via disposisjonene (indikatorer på kapital) kartlagt i henhold til registrantanalysens relasjonelle feltoptikk, der dokumentet eller forfatterens posisjon i det sosiale rom ikke er ubetydelig (Kropp 2009, s. 180–182). Det var først og fremst i NOU-ene⁹, en dokumenttype der en navngitt gruppe eksperter hadde fått mandat til å utrede et tema på oppdrag fra staten, at data om dokumentforfatterne var mulig å innhente. En kort gjennomgang av utvalgsmedlemmenes sosiale bakgrunn¹⁰, i den grad de var tilgjengelig i dokumentet, ble innhentet i registranten og referert til i fotnoter i analysen. Stortingsmeldinger og andre offisielle dokumenter skrevet på vegne av staten og dets byråkratier, kan derimot defineres som et forfatterløst dokument som representerer den aktuelle regjeringen (statens) posisjon/doxa på et bestemt tidspunkt av historien (Bourdieu, Christin og Will 2010). I denne typen dokumenter ble ulike posisjoneringer til saken, dokumentets posisjon i relasjon til andre dokumenter, samt dokumentets innflytelse på saksområdet undersøkt. Det tematiske fokuset i analysen var posisjoneringer om en aldrende befolkning som ‘sosialt problem’ og teknologi som mulig problemløser. Det ble undersøkt om det var noen motstridende posisjoneringer til saken i

dokumentene, som kunne være uttrykk for kamper om saken (teknologibruk i eldreomsorgen), i statsbyråkratiet.

I lys av Bourdieus (2005, 2014) utlegginger om statens besittelse av symbolsk makt, ble det undersøkt om dokumentene henviste til fagrapporter, forskning, tall og statistikk for å underbygge posisjoneringene. I tråd med første del av teorien om staten som ‘dobbel sosial konstruksjon’ ble bildebruk, poetiske virkemidler, fyndord eller endringer i begrepsbruk kartlagt som mulige symbolske virkemidler i dokumentene. Til sist ble mer konkrete statlige virkemidler og tiltak, slik som lovendringer, finansieringsordninger, reguleringer og andre myndighetsinitierte initiativ som fremmet eller hemmet det velferdsteknologiske markedet undersøkt inspirert av andre del av teorien om staten som ‘dobbel sosial konstruksjon’.

Bibliografiske data	Posisjon	Disposisjon	Posisjoneringer	Symbolske virkemidler	Statlige tiltak
Forfatter, tittel, årstall og utgiver	Dokumentets overordnede ståsted og innflytelse	Dokumentet eller forfatterens disposisjoner, via indikatorer på kulturell, sosial og økonomisk kapital	Om aldring som sosialt problem og teknologi som problemløser	Henvvisning til forskning og statistikk, bildebruk, poesi, fyndord og begrepsbruk	Lovendringer, finansiering, regulering, statlige programmer etc. som fremmer eller hemmer markedsvekst

Tabell 3: Analysetabell for registrantanalysen av de utvalgte dokumenter

Reklameannonsene for velferdsteknologi ble analysert ved hjelp av samme analysetabell, men siste kolonne om statlige virkemidler ble modifisert til å undersøke om statens visjoner, tiltak og virkemidler ble gjenspeilt i reklamens budskap. I likhet med de forfatterløse byråkratiske dokumentene var det utfordrende å analysere firmaets sosiale posisjon i relasjon til andre firmaer i den aktuelle tidsepoken, blant annet fordi en oversikt over alle tilstedeværende firma i den aktuelle tidsperioden ikke var tilgjengelig. Hovedfokuset i analysene av reklameannonsene ble i så måte budskap, symbolbruk og i hvilken grad reklamene speilet statsbyråkratiets posisjon til saken.

1970-1979

Det velferdsteknologiske markedets genese

Den første formen for teknologi rettet mot hjemmeboende eldre var trykknhetstelefonen¹¹, lansert i USA på begynnelsen av 1970-tallet. Amerikanerne var også først ute med alarmsystemer i boligen som kunne påkalle hjelp (Fisk 2003, s. 58). Det ble ikke funnet reklamer for slik teknologi fra norsk kontekst dette tiåret, men fra britisk og nordamerikansk kontekst spilte de første reklamene ofte på frykt og stereotypiske fremstillinger av eldre som hjelpe-trengende (oftest kvinner), utsatt for sykdom, ulykker og innbrudd (Fisk 2003, s. 2–8).

Teknologiske hjelpemidler for eldre ble satt på den politiske dagsordenen i Norge dette

tiåret, men det var først fra midten av 1980-tallet at trygghetsalarmen ble en utbredt del av den offentlige hjemmetjenesten (Bølstad 1985, s. 78–80). NOU (1973:26) var det første politiske dokumentet som tok opp ‘tekniske hjelpemidler’ som et mulig tryggingstiltak for ‘enslige eldre pensjonærer’. Dokumentet ble skrevet av den regjeringsoppnevnte Komitéen for eldreomsorgen¹², som hadde fått i mandat å utrede tiltak som kunne bidra til at eldre opplevde trivsel og trygghet (NOU 1973:26, s. 2–7). Fasttelefon er en teknologi som nevnes i utredningen, der det problematiseres at ikke alle pensjonister hadde telefon i hjemmet (NOU 1973:26, s. 88–89). Videre viste komitéen til ulike former for avstandsoppfølging via telefontjenester¹³, som var under utprøving i andre land (NOU 1973:26, s. 88–89). Det ble også vist til at mer avanserte alarmsystemer fantes på markedet, hvorpå det diskuteres om bruken av slike systemer bør utredes før videre satsning fra statens side, samt om telefontjenester er noe som bør organiseres av det offentlige (NOU 1973:26, s. 88–91).

Teknologiens potensiale var ifølge komitéen at eldre kunne oppleve trygghet, hvor det i likhet med næringens reklameannonser ble vist til skrekkeeksempler der eldre hadde blitt liggende hjelpeløse over dager uten å få varslet (NOU 1973:26, s. 63). På den andre siden ytrer komitéen bekymring for hensynet til personvern, verdighet og autonomi, der teknologien ikke må ikke bli en inngripen i privatlivet. Videre ble det problematisert at pårørende kanskje sjeldnere ville besøke eldre slektninger om de ble ivaretatt av teknologi (NOU 1973:26, s. 63). Skepsisen til overvåking og kontroll som man finner i dokumentet kan trolig også relateres til “samfunnsånden” i denne tidsperioden. Denne generasjonen hadde andre verdenskrig friskt i minne og Europa var fortsatt preget av kald krig og autoritære regimer, der overvåking og kontroll av borgerne ikke ble tatt lett på. Videre satte Watergate-skandalen fart på juridiske diskusjoner om personvern og overvåking på denne tiden (Stensrud 2020, s. 32).

De motstridende posisjoneringene i dokumentet kan også tolkes som uttrykk for en pågående kamp om doxa i den helsefaglige delen av statsbyråkratiet. Bourdieu (2005, 2010, 2014) var opptatt av kommisjonenes høye grad av symbolsk makt. Ved å oppnevnes “av staten på vegne av staten” for å utrede ulike sider av en sak fremstilles de som nøytrale, men de er på bakgrunn av sin symbolske makt i posisjon til å endre doxa på et politikkområde (Bourdieu 2010, s. 130, 2014, s. 24–34). En måte å legitimere et nytt ståsted på kan være å vise til tall, statistikk og annen “fakta” (Bourdieu, 2005, 2014), for å overbevise om at, i dette tilfellet, en aldrende befolkning representerer et ‘sosialt problem’ som velferdsstaten i økende grad må håndtere. Denne typen bruk av tall og fakta er noe man finner i begge de analyserte dokumentene (NOU 1973:26, Sosialdepartementet 1972–1973). Samtidig er fremleggelse av tall og fakta forventet av et ekspertutvalg, der en veloverveid balansering av ulike hensyn står sentralt (Christensen og Holst 2020).

Fotografier, illustrasjoner og begrepsbruk kan også ha en symbolkraft ved å spille på levd erfaring og mottakerens habituelle disposisjoner (Bourdieu 2005). Fotografier¹⁴ brukes aktivt i NOU (1973:26). For eksempel er det flere bilder av sosiale aktiviteter og servicetjenester som eldre hjemmeboende kan benytte seg av. Videre er det et foto av en smilende hjemmehjelp som vasker gulvet samtidig som hun retter blikket mot en eldre tjenestemottaker (s. 56). Dette fotografiet kan tolkes som symboltungt ved å formidle at de mellommenneskelige relasjoner ikke vil trues av en hjemmebasert eldreomsorg. Fotografier av

teknisk utstyr som trygghetstelefoner eller avanserte varslingssystemer er interessant nok fraværende i dokumentet, som kan tolkes i retning av at teknologi ennå ikke fremstilles som den primære problemløseren i feltet, samt at hovedfokuset i dokumentet er på sosiale aktiviteter og tilbud for eldre hjemmeboende i overgangen til en mer hjemmebasert organisering.

Ser man de analyserte dokumentene under ett vies teknologi relativt lite oppmerksomhet, sammenlignet med utbyggingen av hjemmetjenesten. Eldreomsorgen hadde lenge vært dominert av institusjonsomsorg, hvorpå det mest sentrale bruddet i denne perioden er overgangen til mer hjemmebasert omsorg (Christensen og Wærness 2018). I *Stortingsmelding nr. 104* fra 1973 er eksempelvis en opprustning av hjemmetjenestefeltet på dagsordenen. Teknologi spiller en mindre rolle også i dette dokumentet, men når temaet tas opp er det i tråd med meldingens hovedbudskap om behovet for et kompetanseløft i hjemmetjenesten.

Oppsummert kan man peke på at teknologiens potensiale for å trygge hjemmeboende eldre lanseres i det politisk-byråkratiske felt allerede på 1970-tallet, hvor ideene interessant nok minner mye om dagens visjoner om teknologisk avstandsoppfølging (trygghetsalarm, sensorer, digitale tilsyn etc.). På den annen side fremstår det fremdeles uavklart hvor stor rolle staten skal ha i organiseringen av denne typen tjenester, i tillegg til at teknologisk overvåking fremstår som mer kontroversielt enn i dag. Det er følgelig ikke etablert et teknologioptimistisk doxa på denne tiden, men temaet er tilsynelatende gjenstand for kamper i 'produksjonsfeltet'. Teknologinæringens fryktbaserte argumenter for teknologibruk er nevnt ved et eksempel i NOU'en fra 1973, men hovedfokuset er motsatt på at trygghet og sosial deltakelse er mulig i overgangen til hjemmebasert omsorg. Statsbyråkratiets posisjon er at det trengs mer kunnskap om teknologiens potensiale, men også problematiske sider, mens næringen allerede har utviklet avanserte systemer for avstandsoppfølging av eldre, som det higes etter å få testet ut i norsk kontekst. Tiåret synes i så måte å være preget av teknologidrevet fremfor markedsdrevet innovasjon, der markedet i større grad enn staten og konsumpsjonsfeltet (tjenestene) driver utviklingen fremover (Di Stefano, Gambardella og Verona 2012). Denne maktasymmetrien kan også forklares av at teknologien fremdeles er lite kjent for både statsbyråkratiet og 'konsumpsjonsfeltet' på denne tiden.

1980-1989

Økonomiske krisetider retter tvil mot teknologiens potensiale

På 1980-tallet ble trygghetsalarmen gradvis introdusert i de kommunale hjemmetjenestene, mens smarthusløsninger ble markedsført mot private forbrukere (Bølstad 1985, s. 78–80, Thygesen 2009, s. 78). Disse produktgruppene virker å ha ulike målgrupper, om man tar et blikk på hvem reklamene rettes mot, budskap og symbolske virkemidler. Reklamene for trygghetsalarmer rettes tilsynelatende mot mennesker med funksjonsnedsettelse og eldre, via velferdsstatens helseprofesjonelle, i tidsskriftene *Hjelpepleieren* og *Kommunalt tidskrift*. I likhet med 1970-tallets reklameannonser spilte disse reklamene tilsynelatende på hjelpetrengende menneskers sårbarhet. En reklameannonse for trygghetstelefon fra selskapet Scanvest Ring Communications i *Hjelpepleieren*, promoterte for eksempel produktet

som et trygghetssystem for nødsituasjoner under slagordet: “Livets rett – en trygg tilværelse”. Illustrasjonsbildet var av en eldre kvinne med trygghetsalarm rundt halsen og hånden på alarmknappen (Scanvest Ring Communications 1988). Videre reklameres det for alarmselskapet Securitas i *Kommunalt tidsskrift* under slagordet: “Trygg i eget hjem – trygghetsalarm for enslige, funksjonshemmede og eldre” (Securitas 1984). Reklamen for smarthussystemet Midat ble derimot promotert under slagordet: “Det intelligente huset”, og ble til sammenligning med trygghetsalarmen fremstilt som en luksusvare for middelklassefamilien (Midat 1984). I likhet med Bourdieus (2005, s. 52-63) tese om at boligfirmenes reklameannonser var rettet mot mannen i huset og ‘familiens overhode’, synes Midats smarthus-reklame å være rettet mot familiefedre, annonsert i magasinet *Byggenytt* (1984, s. 46) – et magasin det ut ifra datidens kjønnsrollemønster er rimelig å anta at i størst grad var rettet mot menn.

Smarthuset¹⁵ ble introdusert under jappetidens USA og Japan, men ble dog ingen stor kommersiell suksess (Thygesen 2009, s. 78). Markedet for trygghetsalarmsystemer hadde derimot fått et oppsving, på tross av helsepolitiske kutt under 1980-tallets økonomiske krisetider (Bølstad 1985, s. 78–79). Innsparingspolitikken gjorde seg gjeldende i det første analyserte dokumentet NOU 1982:10. Dette utvalget¹⁶ hadde fått i mandat å utrede finansierungsordninger og ansvarsfordeling i helsetjenesten utenfor institusjon, og anbefalte en desentralisering og deinstitusjonalisering av eldreomsorgen, både som et sparetiltak, men også under et nytt (heterdox) budskap om at å bo hjemme var den beste løsningen for de eldre selv:

Gamle bør få bo lengst mulig hjemme eller iallfall i sitt eget miljø. For at dette skal kunne realiseres må hjelpeapparatet, den gamle selv og pårørende føle trygghet. Trygghet oppnås ved å sikre tilstrekkelig veiledning og hjelp i hjemmet gjennom utbygging av det lokale hjelpeapparatet og lette adgangen til å komme på sykehjem for kortere eller lengre avlastning eller rehabiliteringsopphold. Slik avlastning der den gamle får hvile og pleie vil kunne utsette eller forhindre permanent innlegging i sykehjem (NOU 1982:10, s. 152).

Dokumentet kan hevdes å markere et endelig brudd med en paternalistisk (ortodox) eldreomsorg dominert av institusjonspleie, i tråd med globale nyliberale impulser og styresett som ble innført under dette tiåret (Dahl 2017, s. 106). Med den nyliberale ideologien fulgte et økt fokus på individets egenomsorgsansvar som kommer eksplisitt til uttrykk i NOU 1982:10 (s. 152), når utvalget viser til behovet for et nytt syn på eldreomsorgen, der det offentlige hjelpeapparatet ikke lenger skal løse alle aldersrelaterte problemer (på institusjon), men heller stille opp når det *virkelig* er behov. Skiftet fra institusjonell til hjemmebasert eldreomsorg kan dog ikke bare forklares av nyliberale impulser, men var også del av en “empowerment-bevegelse” som kjempet for myndiggjøring av mennesker med funksjonsnedsettelse (Hauge 2005, s. 161, Aadnanes 2007, s. 227–229). Med myndiggjøring som ideal endret språkbruken seg fra pasient til *bruker* i helsesektoren, samtidig som en økende ansvarliggjøring av den hjelpetrengende ble en annen mer omdiskutert konsekvens (Aadnanes 2007, s. 228). Teknologi nevnes interessant nok ikke som middel på veien mot

målet om en hjemmebasert og myndiggjørende eldreomsorg, men blant mer konkrete virkemiddel fra staten foreslås straffegebyr ved mangel av kommunalt tilbud ved utskrivelse fra sykehus, samt tilskudd til hjemmesykepleiedrift (NOU 1982:10, s. 168-170).

I det andre analyserte dokumentet fra 1980-tallet, *St.meld. nr. 41 (1987-88)* kommer det tydelig frem at innstramminger for helsepolitikken vil videreføres på tross av et politisk skifte mot venstresiden, noe som kan vitne om at internasjonale nyliberalistiske strømninger hadde fått fotfeste på tvers av politiske skillelinjer, også i oljerike Norge. I motsetning til 1970-tallets teknologioptimistiske posisjoner er det interessant å merke seg at teknologi nå problematiseres som en potensiell kilde til vekst i helsetjenesten: “Til tross for at ny teknologi muligens kan gi bedre behandlingstilbud eller ressursinnsparing i helsetjenesten, må en bl.a. vurdere om det på lengre sikt er bedre med økt innsats i forebyggende tiltak på andre sektorer” (St.meld. nr. 41 (1987-88), s. 97).

Det pekes videre på et uoversiktlig hjelpemiddelmarked der myndighetene og tjenestene har liten reel påvirkning på teknologikutviklingen (St.meld. nr. 41 (1987-88), s. 95). Foruten tiltak for å regulere og kvalitetssikre markedet for medisinsk teknologi og tekniske hjelpemidler, peker regjeringen også på kompetanse og personell som viktige faktorer for å lykkes med utviklingen (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 117-129). Hverken ensomhet eller personvern hensyn problematiseres, men det ytres derimot en bekymring for om teknologi vil kunne forsvares ut ifra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Oppsummert kan det pekes på at myndighetene fremstår som mer kritisk og avventende til teknologi på 1980-tallet, men av mulige positive effekter trekkes det frem at behandling i større grad kan utføres hjemmefra og at tekniske hjelpemidler kan forebygge belastningsskader (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 96-133). Tenker man med Bourdieu (2005) teori om at staten kan fremme eller hemme et marked i form av både symbolske og konkrete virkemidler, kan det vises til at trygghetsalarmen på 1980-tallet hadde blitt en integrert del av den kommunale hjemmetjenesten, som nødvendigvis innebar både faglig og finansiell støtte fra staten, mens mer avanserte alarmsystemer som smarthuset ennå ikke hadde blitt prioritert av myndighetene. Analysene av reklame viser på sin side hvordan næringen som del av ‘produksjonsfeltet’ bedrev det innovasjonslitteraturen omtaler som ‘technology-push’ (Di Stefano, Gambardella og Verona 2012), på norsk ‘teknologidrevet innovasjon’. For eksempel ved å rette sine reklamer mot konsumpsjonsfeltets agerende (velferdsstatens helseprofesjoner) og introdusere mer avanserte alarmsystemer for myndighetene. På et symbolsk plan fremmes hverken rendyrket teknologioptimisme eller skepsis i statsbyråkratiet, som kan indikere at teknologiens rolle i eldreomsorgen fortsatt er et kampfelt.

1990-1999

Nye målgrupper og markedsføringsstrategier oppstår

Ettersom smarthuset ikke ble noen stor kommersiell suksess i privatmarkedet på 1980-tallet, endret leverandørene fokus til målgrupper innen offentlig sektor (Sosial- og helsedirektoratet 2004, Thygesen 2009, s. 78–79). Fra å være en luksusvare rettet mot middelklassens eneboliger, skjedde det i overgangen til offentlig sektor også et brudd med teknologiens målsettinger. Man spurte seg nå hvordan smarthusteknologi kunne brukes til å varsle ved farer eller uønskede hendelser blant nye grupper, slik som personer med fysiske

funksjonsnedsettelse eller demens, pilotert via statlig støttede prosjekter (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Tenker man med Bourdieus (2005) teori om staten og nærings sammenvevde relasjon, kan en statlig pilotering av smarthusteknologi hevdes å være et eksempel på statens dobbelte påvirkningskraft av markedet. Ikke bare åpner staten opp markedet for nye brukergrupper i regi av offentlige tjenester, den bidrar også til finansieringen. Videre kan det også ha symbolsk betydning at statlige fagdirektorat i samarbeid med akademia står ansvarlige for piloteringen, og på den måten legitimerer mer inngripende teknologibruk mot sårbare brukergrupper.

På den andre siden var 1990-tallet tilsynelatende preget av kamper om doxa i statsbyråkratiet vedrørende hjemlig eldreomsorg generelt sett og teknologiens rolle mer spesifikt. Mens Gjærevoll-utvalget¹⁷ i NOU 1992:1 posisjonerte seg positive til velferdsteknologi og ga tematikken mye oppmerksomhet, var det i det andre analyserte dokumentet fra perioden lite fokus på teknologi (Sosial- og helsedepartementet 1997). Den førstnevnte utredningen fremmet en rekke statlige virkemidler for å øke bruk av teknologi i eldreomsorgen, deriblant at Folketrygden (staten) fikk det fulle ansvaret for finansiering av hjelpemiddelsentralene¹⁸. Videre ble kommunene oppfordret til å delta i piloteringer av nytt utstyr for å drive utviklingen fremover (NOU 1992:1, s. 30). Det andre analyserte dokumentet fra perioden fremstår mer ortodoks ved å stille seg kritisk til den hjemmebaserte eldreomsorgens dominans, der en for ensidig prioritering av hjemmetjenestene foran utbygging av sykehjem siste par tiår kritiseres (Sosial- og helsedepartementet 1997).

Tar man et blikk på markedsføringsstrategiene på 1990-tallet vil man oppdage at det skjer et gradvis skifte i reklamens budskap fra å primært handle om farer og risikoer eldre hjemmeboende står overfor, til å fremstille hjemmebasert aldring som et trygt alternativ for *alle* eldre. Videre løftes verdien av tryggheten for pårørende frem som en ny dimensjon, der ideen om at uformelle omsorgsgivere kan stå på en liste over mulige respondenter lanseres. For eksempel er det i Alcatels reklame for trygghetsalarmer i *Kommunal rapport* fra 1990 (s. 10) både et bilde av en eldre kvinne på vei ned trappen (farefull situasjon), en illustrasjon av en eldre kvinne som har falt, samt en illustrasjon av nettverket av mulige respondenter (legevakt, nabo/slektning, alarmsentral). I en reklame for Televerkets Trygghetssentral i *Handikapnytt* (1994, s. 40) ble det vist til at trygghetsalarm gir trygghet for hele familien ettersom pårørende ikke alltid kan respondere om de er på arbeid eller ferie. For å underbygge denne "vinn-vinn" situasjonen for familiene anvendes et bilde av en far og hans sønn som ser på hverandre og smiler tilfredse, mens selve teknologien ikke er avbildet, i motsetning til de tidligere reklamene (Trygghetssentralen 1994).

Budskapet i reklamen samsvarer på mange måter med statlige visjoner i dette tiåret, der eldres trygghet og verdighet i hjemmet løftes frem (NOU 1992: 26). De eldre som avbildes er ikke lenger like sårbare, men snarere friske og selvstendige individer som lever trygge hverdagsliv, i tråd med et skifte i myndighetenes heterodokse beskrivelser av eldre som gruppe. Skiftet i bildebruk fra fokus på ting til mennesker kan tolkes i retning av at sosiale relasjoner brukes for å tilsløre teknologiens potensielt motsatte effekter – far sitter igjen alene med sin trygghetsalarm når familien reiser på ferie. Budskapet om teknologiens trygghetsskapende funksjon for både hjelpetrequende og deres familier kan også tolkes i retning av å skjule en gradvis forskyving av ansvar fra staten til familiene, som en rekke

bidrag fra velferdsforskningen kritiserer (Christensen 2012, Dahl 2017, Ågotnes, Moholt og Blix 2021). En måte å tolke disse funnene er at reklamen speiler statlige fremstillinger og visjoner, især når myndighetenes ståsted (doxa) underbygger behovet for firmaenes produkter i løsningen på velferdsutfordringene.

2000-2009

Kampen om teknologisk omsorg tilspisser seg

Der 1990-tallet var en periode med relativt få kamper om teknologibruk i helse- og omsorgssektoren, hvor en gradvis utbredelse av teknologien fant sted, blussert kampene om doxa opp igjen i overgangen til 2000-tallet. Basert på statsstøttede “pilot-prosjekt” på midten av 1990-tallet anbefalte helsefaglige byråkrater at kommunene burde satse på bruk av smarthusteknologi i både nybygg og eksisterende omsorgsboliger (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Videre anbefalte Teknologirådet¹⁹ å satse på ‘omsorgsteknologi’ for å møte en aldrende befolkning (Teknologirådet 2009). I tillegg til et skifte i begrepsbruk fra smarthus til omsorgsteknologi – som man i en Bourdieu-optikk kan hevde har symbolverdi – skjer det tilsynelatende også en dreining av fokuset tilbake til ‘statens venstre hånd’, der kjerneverdier i omsorgstjenestene og menneskemøtene vektlegges:

Regjeringa ser det slik at god omsorg først oppstår i møtet mellom menneske, mellom dei som gir hjelp og dei som får, og i mange tilfelle også i møtet med pårørende og lokalsamfunnet... I den omskiftande situasjonen vi har i dag, med aukande krav til omstilling og effektivitet, er det viktig å setje fokus på verdiar, etiske dilemma og kvaliteten på tenestene (Sosial- og helsedepartementet 2000, s. 3)

Regjeringen posisjonerte seg videre kritisk til teknologi som effektiviseringsstrategi på bakgrunn av etiske utfordringer og personvern hensyn. Posisjoneringen bryter med siste par tiårs dokumenter, der man nå ser en eksplisitt fraråding fra bruk av: “overvåkingsteknologi mot enkeltpersoner” (St. meld. nr. 28, 2000, s. 8). I et eget kapittel om den teknologiske utviklingen modereres denne kritiske posisjoneringen noe, der myndighetene hevder det er omdiskutert: “i hvilken grad teknologi kan erstatte og redusere behovet for arbeidskraft i omsorgssektoren” (St. meld. nr. 28, 2000, s. 50). Det vises til at mange er redde for teknologiens fremmedgjørende egenskaper, der man risikerer å miste kontrollen over privatlivet. Videre at teknologi for mange representerer en kald motsetning til varm omsorg: “Regjeringa vil understreke at dersom det berre er mogeleg å yte tilfredsstillande hjelp, jf. krav til eit forsvarleg tenestetilbod og kvalitet i tenestetilbodet, ved bruk av menneskeleg omsorg, skal det ikkje nyttast tekniske løysingar som ikkje gir slik tilfredsstillande hjelp. Dette vil vere både fagleg og etisk uforsvarleg” (St. meld. nr 28, 2000, s. 51).

Av synlige statlige virkemidler for å fremme teknologibruken (andre del av staten som ‘dobbel sosial konstruksjon’), tas juridiske hindringer opp. På dette tidspunktet var det slik at verge måtte samtykke til bruk av inngripende teknologi, dersom den aktuelle bruker hadde demens eller av andre årsaker manglet samtykkekompetanse (St. meld. nr. 28, 2000, s. 86). Forslaget om lovendringer som ville muliggjøre mer utbredt teknologibruk, avviker fra de overnevnte teknologiskeptiske posisjoneringer. Dette kan på en side tolkes som

motstridene posisjoner innad i statsbyråkratiet mellom de som kjemper for de såkalte utgiftspostene og de som kjemper for innsparing, eller et resultat av statsbyråkratiets integrerende rolle mellom ulike pressgruppers synspunkter (Bourdieu 2010, s. 128–131). Det andre analyserte dokumentet fra 2000-tallet; *Stortingsmelding nr. 25* fra 2006 representerer på sin side et enda mer eksplisitt brudd med de ortodokse og teknologikritiske posisjoneringene som kom til uttrykk i det første analyserte dokumentet. I dette dokumentet relanseres teknologiens viktige rolle som problemløser for ‘fremtidens eldreomsorg’, og teknologi fremstilles som et *premiss* for velferdsstatens overlevelse (St.meld nr. 25 2006). Det hevdes videre at majoriteten av eldre er friske, høyt utdannede og med en god økonomi, som vil ønske seg en mer aktiv og autonom alderdom (St.meld nr. 25, 2006, s. 42):

...å skifte fokus i synet på brukerne: fra brukere bare som passive mottakere av omsorgstjenester og storforbrukere av offentlige ressurser, til brukere som aktive bidragsytere og ressurser både for familiene og samfunnet, som ønsker å bo i egne hjem og klare seg selv så lenge som mulig. Med dette utgangspunktet blir det viktig å spørre: Hva skal til for at vi i størst mulig grad kan aldres som sunne, aktive, deltakende, selvhjulpne, autonome og trygge individer? (St.meld nr. 25, 2006, s. 43).

Sitatet fremmer legitime spørsmål, men får også frem hvordan staten grunnleggende sett er tvetydig (Bourdieu 2010, s. 131). På den ene siden kan sitatet tolkes i retning av nyliberale visjoner om økt egenomsorg og individualisering av eldreomsorgen. På den andre siden vil det alltid være grupper av det byråkratiske felt som er integrerende, og har gode intensjoner i overenstemmelse med allmennhetens interesser (Bourdieu 2010, s. 122). Statsbyråkratiet må på den andre siden ifølge Bourdieu (2010, s. 128) ha evnen til å integrere for å kunne dominere og gjøre krav på det universelle.

Posisjoneringen av teknologi som ressursbesparende og effektiviserende i form av å: “...gi muligheter til å forbedre produktiviteten i en svært arbeidsintensiv sektor” (St.meld nr. 25 (2005-2006), 2006, s. 92), kan i likhet både tolkes som en nyliberal effektiviseringsstrategi eller en måte å realisere allmenhetens interesser. Bourdieus (2010) poeng med å studere staten som et rom der ulike byråkratiske subfelter møtes handler om å overkomme en vanlig dualisme i fremstillingen av staten, som inneholder av enten gode eller onde hensikter. Man kan imidlertid peke på at to markante teser fremmes i det siste analyserte dokumentet fra perioden: 1. teknologi sparer tid og penger og 2. teknologi bidrar til mestring og økt egenomsorg. Et enda mer teknologioptimistisk doxa kommer i så måte til syne i tillegg til at aldring ikke posisjoneres som et offentlig sosialt problem på samme måte som tidligere, men noe, individet og deres familier i større grad må ta ansvar for.

I motsetning til de foregående tiårene retter teknologinæringen nå i større grad sin markedsføring mot privatpersoner. Reklame for trygghetsalarm ble for eksempel annonsert i magasinene *Snø og Ski* og *PC World*, som begge har privatpersoner som lesergruppe. Under slagordet “*Falken – trygghet for deg og familien*” i magasinet *Snø og Ski* (Falken 2000), rettes ansvaret for familiens trygghet til familiefaren, der løsningen som presenteres er å anskaffe smarthusteknologi og alarmtjenester for hjemmet, samt trygghetsalarm til eldre slektninger. Reklamen portretterer hovedsakelig menn i posisjonen som hjelper (vekker,

alarmoperatør etc.), mens kvinnene i større grad avbildes i en hjelpetrengende posisjon (kvinne med baby på armen som tilses av en mannlig vokter, eldre kvinne med trygghetssalarm på armen). Annonsen speiler både det statlige doxaet om økt selvivaretagelse gjennom livsløpet ved hjelp av teknologi, mens det å spille på nedarvede stereotypiske kjønnsrollemønstre kan hevdes å ha en enda sterkere symbolsk slagkraft. Det kan her være tale om det Bourdieu (2000, s. 11) omtalte som: “en sosialisering av det biologiske og en biologisering av det sosiale”, der reklamen nettopp er virkningsfull fordi den spiller på nedarvede og naturaliserte sosiale strukturer som man ikke er bevisst (Bourdieu, 2005, s. 23-24).

2010-2022

Økt teknologioptimisme og målrettede statlige virkemidler

I NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*²⁰, ble de kommunale helse- omsorgstjenestene omtalt på en ny måte som vekket både begeistring og harme blant leserne (Tøndel og Søråa 2021, Jacobsen 2022). Behovet for innovasjon i omsorgssektoren ligger som et udiskutabelt premiss eller doxa i utredningen, fra forside²¹ til sluttnote. Innovasjonsbehovet begrunnes med nasjonal statistikk og demografiske beregninger, samt internasjonale impulser fra særlig OECD og EU, som argumenterte for at helse- og omsorgssektoren hadde særlig stort potensiale for innovasjon (NOU 2011:11, s. 34–43). Videre blir de kommunale helse- og omsorgstjenestene devaluert som en kostnadskrevende og lavteknologisk sektor preget av:

...store døgntkontinuerlige virksomheter som drives med få ledere, høy personalfaktor, en høy andel ansatte uten fagutdanning, mange deltidsarbeidende, en svært høy andel kvinner og ofte enkle hjelpemidler (NOU 2011:11, s. 9).

Et annet sentralt brudd i utredningen er hvordan mer avansert teknologi (intelligente oppsett av sensorer i eldres hjem) vies økt oppmerksomhet, sammenlignet med de foregående tiårs policy-dokumenter. Et hovedargument for en slik satsning fra staten relateres til tesen om at teknologi kan underbygge en mer “aktiv profil” på omsorgstjenestene med forebygging, økt egenomsorg og involvering av uformelle omsorgstakere (NOU 2011:11, s. 9-11). Disse posisjoneringene kan tolkes som en gradvis omdreining av en tjenesteintensiv velferdsstat, som kommer både implisitt (symbolske virkemidler som bilder, begrepsbruk ol.) og eksplisitt til uttrykk:

Begrepet *omsorg* inviterer til en for passiv og avhengighetsskapende mottakerrolle, som er lite tilpasset de krav vi må stille for å møte framtidens utfordringer... Utvalget tilrår videre at det offentlige Norge unngår å bruke omsorgsbegrepet som navn på organisasjoner, lovgivning, bygninger og tilskuddsordninger. Det lover som oftest mer enn det holder, og fungerer dårlig på lang sikt (NOU 2011:11, s. 42).

Begge sitatene kan hevdes å være eksempler på statlige kommisjoners bruk av symbolske makt og vold, dog ofte skjult for både maktutøver og offer (Petersen 1995, s. 134). Makta-symmetrien i utredningen kommer blant annet til uttrykk ved at omsorgssektoren posisjoneres som ineffektiv, lavteknologisk og kvinnedominert sektor som trenger hjelp av en

effektiviserende, høyteknologisk og mannsdominert teknologisektor, som i tillegg vil kunne bidra til å skape “en ny næring med et eksportpotensiale for Norge” (NOU 2011:11, s. 11). At omsorgsbegrepet som har stått sentralt for velferdsstatens helseprofesjoner foreslås fjernet fra offentlig begrepsbruk og ordskifte, er også en uvanlig sterk maktbruk fra et offentlig utvalg.

I analysene av høringsuttalelser fra ulike pressgrupper i forkant av utredningen fremkom det at helsefagarbeiderne posisjonerte seg kritiske til å fjerne omsorgsbegrepet, da det ifølge deres fagforbund fortsatt ga mening og ville være viktig å snakke om omsorgsarbeid i fremtiden (Fagforbundet 2011, s. 4). Det fremkom videre av analysene at det var større grad av skepsis til teknologi blant helsepersonell, enn den ensidige teknologioptimistiske fremstillingen i utredningen skulle tilsi. I den teknologioptimistiske polen av ‘konsumsjonsfeltet’ var ingeniører, datateknikere og ergoterapeutenes forbund representert, i tillegg til brukerorganisasjoner. Sykepleieforbundet (NSF), Den norske legeforening og Fagforbundet, som i denne saken representerte helsefagarbeiderne, plasserte seg derimot i en mer avventende eller teknologikritisk pol (Alvsåker 2023, s. 237–250). Sykepleieforbundet understreket for eksempel at teknologi *kun* måtte bli et supplement til den menneskelige omsorgen, i de tilfeller der teknologi kunne gi bedre tjenester (NSF 2011, s. 3). Videre var sykepleierne opptatt av kompetanseheving og forankring i tjenestene, samt personvernmessige og etiske utfordringer knyttet til teknologiens overvåkende bakside (NSF 2011, s. 3). Legeforeningen ytret bekymring for at teknologi ville bli rettet mot eldre med demens, ettersom symptombildet til denne gruppen kunne gjøre det vanskelig å nyttiggjøre seg av avansert teknologi, i tillegg til at mangel på sosial kontakt kunne påvirke livskvaliteten og sykdomsutviklingen (Den norske legeforening 2011, s. 4). Legeforeningen mente videre at mange av de teknologiske nyvinningene var lite dokumentert i forskning og kunne være kostbare å kjøpe inn. I selskap av både NSF og Fagforbundet bekymret Legeforeningen seg for at: “Bruk av GPS o.l. overvåkningsinstrumenter medfører etiske utfordringer vedrørende pasienter med demens som ikke er i stand til å gi informert samtykke til å bli overvåket” (Den norske legeforening 2011, s. 4). Fagforbundet stilte seg undrende til om det først og fremst var de offentlige helse- og omsorgstjenestene, eller teknologibedriftene, som ville tjene på innovasjon i omsorg (Fagforbundet 2011, s. 3). De var positive til hjelpemidler som ansatte og brukere fant nyttige, men ville ikke støtte reduksjon av menneskelig kontakt og “de varme hendene” (Fagforbundet 2011, s. 6).

På tross av at Hagen-utvalget presiserte at: “teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet” (NOU 2011:11, s. 98), viser analysene av høringsuttalelsene at de overnevnte posisjoneringene fra fagforbundene vies lite plass i utredningen. Dette funnet er analogt med Bourdieus (2005, s. 98-99) analyser av Barre-kommisjonens utredning av boligpolitikken, der det også var en rekke pressgrupper som kjempet for bevaring av statens venstrehåndsverdier som ble stillegjort (‘silenced’).

Mot slutten av tiåret tones imidlertid det ensidige fokuset på teknologi ned, om man tar utgangspunkt i det siste analyserte dokumentet: Stortingsmelding nr. 15 *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*. Her fremmes en mer holistisk tilnærming til aldring som sosialt problem, mye inspirert av Verdens helseorganisasjons visjon om ‘aldersvennlige samfunn’, der det argumenteres for bredere løsninger på “eldreproblemet” som involverer både

individet selv, sivilsamfunn og næringsliv. For eksempel posisjoneres frivillighet, fellesskap i lokalsamfunnet, samt nye kollektive boformer som del av løsningen (Meld. St. 15 (2017–2018) 2018, s. 70).

Ser man hele tiåret under ett markerer perioden et tydelig brudd med tidligere tiår i form av mer konkrete statlige virkemidler for å stimulere teknologimarkedet (andre del av staten som ‘dobbel sosial konstruksjon’). For eksempel står opprettelsen av et nasjonalt velferdsteknologiprogram i 2013 sentralt (Meld. St. nr 29 (2012–2013), 2013, s. 15–28). Norske kommuner fikk gjennom dette programmet anledning til å søke om både faglig rådgiving og finansielle støtteordninger til velferdsteknologiprojekter i kommunene (Breivik, Rotvold og Boysen 2019). Videre ble det arbeidet med lovendringer som muliggjorde mer inngripende teknologibruk (sensor og lokaliseringsteknologier) – også for personer med demens – som markerte et viktig politisk gjennombrudd (Thygesen 2019, s. 38–41).

Tar man et blikk på næringens markedsføringsstrategier fra siste tiår, speiler de tilsynelatende mer enn noen gang myndighetenes posisjoneringer til saken. I en reklameannonse fra et ledende velferdsteknologifirma i *Tidsskriftet sykepleien*, spilles det både i bildebruk og slagord på historiens nedarvede disposisjoner. Fotoet i annonsen viser en sykepleiers fot (hvit bukse og sandal) som tar steget fra et romskip til månen under slagordet: “Et lite skritt for deg, et gigantisk sprang for omsorgen” (Sensio 2022). Annonsens spiller på månelandings fremskritt for menneskeheten og kan vitne om et teknologioptimistisk ståsted der menneskehetens fremskritt likestilles med de teknologiske. Det er også interessant å merke seg at når trygghetsalarmer og sensorer relanseres som noe nytt og banebrytende under overskriften ‘digital velferdsteknologi’, blir reklamens målgruppe på ny velferdsstatens helseprofesjoner.

Diskusjon

Denne artikkelen drøfter prioriteringsspørsmål i velferdsstaten under en pågående global omsorgskrise, der et misforhold mellom behov og tilgjengelige ressurser blant annet har tvunget frem en satsning på teknologisk innovasjon i omsorgssektoren (Dahl 2017, Dowling 2021, s. 121–126, Kovalainen 2022, s. 163–169). Analysene viser at bekymringer for en velferdsstat i krise ikke er noe nytt, men har pågått siden 1970-tallet – tiåret da også det velferdsteknologiske markedet hadde sin genese. Det argumenteres videre for at det har pågått kamper i den helsefaglige polen av statsbyråkratiet fra 1970-tallet til i dag, vedrørende doxaet om teknologibruk i eldreomsorgen. En tese er at det har pågått og fremdeles pågår kamper mellom motstridende interesser i staten, mellom den omsorgsfulle ‘venstre-hånden’ som kjemper for velferdsstatens kollektive og universelle karakter, og en teknisk-økonomisk ‘høyrehånd’ som i tråd med nyliberal ideologi er mer opptatt av effektivisering gjennom økt individualisering av omsorgsansvaret (ved hjelp av teknologi), samt understøttingen av teknologiens potensiale som ny næring i en fortsatt oljeavhengig norsk velferdsstat.

På den andre siden er det blitt vist til at staten ifølge Bourdieu (2010) grunnleggende sett er tvetydig, ettersom det i statsbyråkratiet til enhver tid må foretas en balansering av ulike faglige hensyn og kompromiss mellom ulike pressgruppers ståsteder. For eksempel har teknologisk innovasjon både positive og negative effekter for eldre som gruppe, men

det er opprinnelsen til doxaet der teknologi posisjoneres som et *premiss* for velferdsstatens overlevelse, som analyseres. I den sammenheng er teorien om det økonomiske felt og statens sammenvevde relasjon blitt brukt som en del av forklaringen på hvordan det dominante synet på teknologi som problemløser ble mulig. Staten og næringen er blitt analysert som et 'produksjonsfelt' der forståelser om teknologiens siktemål skapes og videreformidles som et dominant syn, eller doxa, til et 'konsumpsjonsfelt' bestående av velferdsstatens helseprofesjoner. I denne overgangen fra politikk til praksis er det ved hjelp av Bourdieus (2005) teori om staten som 'dobbelts sosial konstruksjon' blitt argumentert for at staten både har bidratt til å endre opinionens syn på teknologi i eldreomsorg via kollektive disposisjoner, samtidig som staten har fremmet markedskreftene via politiske føringer, faglige retningslinjer, finansielle støtteordninger, samt endring av lovverket. På det norske velferdsteknologiområdet hevdes det at denne dobbelte statlige makten har kommet til syne ved at doxaet om teknologisk eldreomsorg har endret seg fra å være et kontroversielt tema på 1970-tallet og dels 1990-tallet, til å gradvis ha vunnet aksept i de nyeste politiske føringene. Med opprettelsen av et statlig velferdsteknologiprogram i 2013 ble de politiske målsettingene på en ny og mer målrettet måte iverksatt i norske kommuner. For eksempel ble det gitt finansielle støtteordninger til både kommunale pilotprosjekter og teknologiske 'startups' innen privat næringsliv, mens endringer av lovverket på en ny måte muliggjorde bruk av mer inngripende teknologier (f.eks. sensorer i hjemmet og GPS-lokalisasjon) blant sårbare grupper.

Tesen om at staten og næringen er sammenvevd og fungerer som et felles 'produksjonsfelt' er også blitt vist ved å analysere teknologinæringens markedsføringsstrategier. Analysene har pekt på hvordan reklameannonserne for velferdsteknologi over tid – i likhet med andre former for reklame – retter seg mot individer og gruppers habitus og levde erfaringer. For eksempel ved hjelp av ulike symbolbruk til ulike mottakergrupper. Der reklamen på 1970-tallet og 80-tallet spilte på alderdommens farer og trusler når den ble introdusert og rettet mot eldre (især kvinner) og andre hjelpetremende, ble teknologien fremstilt som et luksusprodukt og et gode for å ivareta familiens sikkerhet, når den ble rettet mot familiefaren og privatmarkedet. Videre har det i analysene blitt vist hvordan markedsføringsstrategiene speilet statens offisielle ståsted og gradvis endret seg i takt med det rådende doxaet om teknologisk omsorg i det helsebyråkratiske felt. For eksempel fremstilles ikke teknologiens primære målgruppe (eldre) som sårbare og hjelpetremende i de nyere reklameannonserne. Yngre og selvhjulpne pensjonister i delikate middelklassehjem er derimot i front, mens teknologien avbildes i bakgrunnen. Videre ble de mellommenneskelige relasjonene mer fremtredende i reklamen i den perioden der politikken paradoksalt nok fremmet økt individualisering av omsorgen. Reklamen fungerte slik sett også på en tilslørende måte ved å fremstille velferdsteknologi som et hjelpemiddel primært for pasienten, ikke statens gode. Teknologiens negative konsekvenser slik som økt ensomhet, overvåking og disiplinering, samt overføring av et kollektivt velferdsstatlig omsorgsansvar til individet og familien, forble derimot skjult i samvirket mellom reklamens magiske kraft og statens symbolske makt.

Noter

- ¹ De empiriske studiene som boken bygger på ble gjort sammen med forskerne Salah Bouhedja, Rosine Christin, Claire Givry og Monique de Saint-Martin. Publikasjonene fra dette samarbeidet finnes i *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. Vol. 81-82, mars 1990 med tittelen *L'économie de la maison*, og mer sammenfattet i *The Social structures of the Economy* utgitt i år 2000 (Lebaron 2009, s. 19).
- ² Teorien om 'produksjonsfelt' hos Bourdieu handler om at det innenfor et samfunnsområde er visse posisjoner som besitter større symbolsk makt og innflytelse over måten 'fotfolket' anskuer et problemområde, hva som tillegges verdi etc. 'Konsumpsjonsfeltet' består på sin side av dominerte grupper av samfunnet som konsumerer de dominante ideene, og har i oppgave å sette ideene ut i livet (Broady, 1998, 3, 21). I Bourdiues (2005, s. 51-56) studie om reformeringen av fransk boligpolitikk, ble markedskreftene definert som produksjonsfeltet, mens boligkjøperne ble posisjonert som konsumentene i studien.
- ³ Begrepet 'omsorgskrise' har opphav i poststrukturalistisk feministisk omsorgsforskning, med den fremtredende amerikanske feministen og kritiske teoretikeren Nancy Fraser i spissen (Fraser 2016). Begrepet har mange definisjoner og nyanser, men handler i korte trekk om at god omsorg ikke lenger kan sikres. Krisen forklares av en nyliberal omforming av velferdsstaten, hvor omsorg er blitt markedsisert, standardisert, teknologisert og delvis privatisert, og der ansvaret skyves fra staten til familier og enkeltindivider, som utfordrer både likestillingen og bærekraften i velferdssamfunnet (Hansen og Dahl 2022, Kovalainen 2022).
- ⁴ Den fransk-amerikanske sosiologen Loïc Wacquant (2014, s. 96) viser til lignende tendenser i nyere studier fra USA, hvor han hevder at nyliberaliseringen har bidratt til et skifte fra en feminin og sosial integrerende stat, til en maskulin, disiplinerende og individualiserende stat.
- ⁵ I de første analyserte boligreklamene ble tradisjonell, aristokratisk byggestil og håndverkstradisjoner vektlagt, mens kataloghusene i virkeligheten var billige, masseproduserte og lite avanserte bygg. Videre endret den mannlige frontfiguren i boligfirmaenes markedsføringsstrategier seg i takt med endringer i den statlige boligpolitikken på 1970- og 1980-tallet. Reklameannonsene som tidligere i historien hadde vektlagt godt håndverk ved å avbilde byggetekniske kvaliteter, endret gradvis fokus og karakter. Mureren ble erstattet av en brudgom og senere familiefar, som spilte på tradisjonelle forventinger til mannsrollen og underbygget de statlige visjonene om den selveide eneboligen som normen for middelklassefamilien (Bourdieu 2005, s. 52-64).
- ⁶ Bourdieu (2005, s. 3-5) omtaler det ahistoriske ved både hverdagsforståelsens og ulike vitenskapelige fagtradisjoners doxa som uttrykk for "the amnesia of genesis", dvs. at man har glemt hva som muliggjorde opprinnelsen til den praktikken man studerer.

- ⁷ Denne tidfestingen stemmer overens med andre historiske gjennomganger av velferdsteknologiens opprinnelse fra andre sammenlignbare vestlige kontekster, slik som Storbritannia og USA (Fisk 2003).
- ⁸ Nasjonalbiblioteket samler inn, arkiverer og tilgjengeliggjør publikasjoner som er utgitt for norsk offentlighet, slik som bøker, politiske dokumenter, aviser- og tidsskrifter, videoreportasjer, fotografier m.m. (Nasjonalbiblioteket 2022).
- ⁹ Norges offentlige utredninger
- ¹⁰ Indikatorer på sosial kapital (stilling, nettverk, verv), kulturell kapital (utdanning, språkføring) og økonomisk kapital (gjennomsnittlig lønnsnivå for aktuell stilling).
- ¹¹ Senere i historien omtalt som trygghetsalarm. Trygghetsalarm (på engelsk ‘social alarm’) er en alarmknapp som tjenestemottaker kan trykke på for å varsle helsetjeneste eller pårørende ved behov for hjelp (Berge 2017, s. 1–7). I nyere tid er trygghetsalarmen videreutviklet med mulighet for å koble på annet velferdsteknologisk utstyr slik som røykvarslere, fallsensor og elektroniske medisindispensere, koblet opp til den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Alvsåker 2023, s. 161).
- ¹² Komiteen bestod i stor grad av høytstående posisjoner og sakkyndige slik som en direktør, en lege, samt flere byråkrater og politikere, i tillegg til en pensjonist og en husmor (NOU:1973:26, s. 1).
- ¹³ Telefonsjener kunne innebære at pensjonister ringte til hverandre for å høre om alt stod bra til, hvorpå det ble varslet om man ikke fikk tak i en person i ‘telefonkjeden’. En annen utprøvd løsning i Sverige var at de eldre selv kontaktet en sentral for å rapportere sitt velbefinnende eller hjelpebehov til helsepersonell, som videre kunne rykke ut ved behov (NOU 1973: 26, s. 89-90).
- ¹⁴ Foto av en transporttjeneste for eldre (s. 77), pensjonister utenfor en buss klare til å dra på tur (s. 78), en eldre kvinne som deltar på en håndarbeidsgruppe (s. 81), en eldre mann som deltar på et matlagingskurs (s. 82), dans på et eldresenter (s. 83) og eldretrim (s. 94).
- ¹⁵ Smarthusteknologi er et nettverk av sammenkoblet elektroniske komponenter i boligen som kan bidra til automatisk styring av f.eks. lys og varme (Sosial- og helsedirektoratet 2004, s. 8).
- ¹⁶ Samtlige av NOU-utvalgets bidragsytere hadde en høy sosial posisjon (høyt samlet kapitalvolum), der majoriteten tilhørte helsepolitiske, finanspolitiske eller det arbeids- og kommunalpolitiske felt med dertilhørende byråkratiske subfelter. Det er noen fagfolk representert, dog i høye sosiale posisjoner (overlege, sjefshelsesøster, adm.dir. i Norske Kommuners Sentralforbund etc.), men ingen fagfolk fra praksisfeltet som utvalget har fått i oppgave å utrede og foreslå omorganiseringer for (NOU 1982:10, s. 1).
- ¹⁷ Utvalgslederen Olav Gjærevoll hadde et prestisjefyllt yrkesliv bak seg som bl.a. professor i botanikk og yrkespolitiker (Ap) i rollen som stortingsrepresentant, som Norges første miljøvernminister, ordfører i Trondheim, i tillegg til en rekke offentlige verv (Stortinget 2023). Majoriteten av komitemedlemmene hadde høy sosial posisjon i form av sine yrkestitler (ordfører, underdirektør, stortingsrepresentant, forskningsleder etc.)

eller i kraft av å representere kjente organisasjoner. Foruten høyt posisjonerte faglig kyndige utvalgsmedlemmer oppgis det at eksterne forskningsinstitusjoner ble rådført (NOU 1992:1, s. 13-14).

- ¹⁸ Hjelpemiddelsentralene tildeler hjelpemidler til mennesker ved ulike former for funksjonsnedsettelse.
- ¹⁹ Uavhengig offentlig fagorgan som gir råd til norske myndigheter om ny teknologi (Teknologirådet 2009, s. 5).
- ²⁰ Utvalgslederen Kåre Hagen er professor med fagbakgrunn i statsvitenskap og økonomi (bla. fra Handelshøyskolen BI). Hagen vært med i flere ekspertutvalg, senest Velferdsutvalget i 2020 som i likhet med NOU 2011:11 vekket til live mange kamper på grasrota mellom ivrige innovatører på den ene siden og forkjempere av velferdsstaten eksistensgrunnlag på den andre (Øgrim og Otterdal 2019). De øvrige utvalgsmedlemmene hadde ulik fagbakgrunn og ble i dokumentet posisjonert som representanter for fagområdene helse- og omsorg, arkitektur og boligtilpasning, e-helse/teknologifeltet eller brukergrupper (statlige kategoriseringer) slik som helsepersonell, funksjonshemmede, utviklingshemmede og eldre.
- ²¹ Forsideillustrasjonen viser svenske skihopperen Jan Boklöv som var en innovatør innen hoppporten med oppfinnelsen av V-stilen (Sundby 2019). Foruten å henvise til innovasjon kan illustrasjonen hevdes å spille på nedarvede symbolske representasjoner og verdier innen norsk kultur (natur, dyktighet i vintersport) og kan også indikere at det er noe stort, nytt og banebrytende vi nå skal bli vitne til.

Referanser

- Aadnanes, Per. 2007. "Den uavhengige avhengige. Empowerment-idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse- og sosialsektoren." I *Meistring og myndiggjering : -reform eller retorikk?*, Red av Tor-Johan Ekeland and Kåre Heggen, 223–245. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Alvsvåg, Herdis. 2022. "Omsorgsteknologi – motsetningsfullt?" I *Å tenke sykepleiefaglig*, Red av Herdis Alvsvåg, 109–118. Bergen: Fagbokforlaget.
- Alvsåker, Yngvild Brandser. 2023. *Velferdsteknologi i norske hjemmetjenester : en praxeologisk studie om statlige visjoner i møte med markedskrefter og kommunale realiteter*, Medisinsk fakultet, Universitetet i Bergen.
- Alvsåker, Yngvild Brandser, and Gudmund Ågotnes. 2022. "Technology as 'time saver' and the 'saviour' of older adult care: Analysing doxical representations in Norwegian healthcare policies." *Praxeologi – Et Kritisk Refleksivt Blikk På Sosiale Praktikker* no. 4 (e3637).
- Berge, M. S. 2017. "Telecare – where, when, why and for whom does it work? A realist evaluation of a Norwegian project." *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering* no. 4. doi: 10.1177/2055668317693737.

- Bourdieu, Pierre. 1999. *The Weight of the World : social suffering in contemporary society*. Translated by Priscilla Parkhurst Ferguson, *La misère du monde*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, Pierre. 2005. *The Social Structures of the Economy*. Cambridge, UK: Polity. Original edition, 2000.
- Bourdieu, Pierre. 2010. "Motstridende interesser i staten." *Praktiske Grunde . Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* no. Nr. 1-2.
- Bourdieu, Pierre. 2011. "Statens venstre og høyre hånd." *Agora (Oslo, Norway)* no. 29 (1):166–173.
- Bourdieu, Pierre. 2014. *On the state: lectures at the Collège de France, 1989-1992, Sur l'État*. Cambridge: Polity. Original edition, 1991.
- Bourdieu, Pierre, Oliver Christin, and Pierre-Étienne Will. 2010. "En videnskap om statens praksisformer." *Praktiske grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. (1-2):144–154.
- Bourdieu, Pierre, and Loïc J. D. Wacquant. 1993. *Den kritiske ettertanke: grunnlag for en samfunnsanalyse*. Oslo: Samlaget.
- Brandser, Yngvild. 2015. *Smarte hus, sensorer og teknologistøttet omsorg – en praxeologisk studie om det norske velferdsteknologiområdet* Master, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Breivik, E., G.H. Rotvold, and E.S Boysen. 2019. Evaluering av virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. red. av Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Bølstad, Jan. 1985. *Hjemmesykepleie : kommunehelsetjenestens grunnpilar*. Oslo: TANO.
- Christensen, Johan, and Cathrine Holst. 2020. *Ekspertenenes inntog*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Karen. 2012. "Towards a mixed economy of long-term care in Norway?" *Critical social policy* no. 32 (4):577–596. doi: 10.1177/0261018311435028.
- Christensen, Karen, and Kari Wærness. 2018. "Long-term care services in Norway." I *The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World*, Red av Karen Christensen and Doria Pilling, 15–28. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Dahl, Hanne Marlene. 2017. *Struggles in (elderly) care : a feminist view*. London: Palgrave Macmillan.
- Den norske legeforening. 2011. [Høringsuttalelse] NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg.
- Di Stefano, Giada, Alfonso Gambardella, and Gianmario Verona. 2012. "Technology push and demand pull perspectives in innovation studies: Current findings and future research directions." *Research policy* no. 41 (8):1283–1295. doi: 10.1016/j.respol.2012.03.021.
- Dowling, Emma. 2021. "The care crisis : what caused it and how can we end it?" I. London, New York: Verso.
- Eccles, Andrew. 2015. "Telecare technologies and isolation: some ethical issues." *Smart homecare technology and TeleHealth* no. 3 (default):81–90. doi: 10.2147/SHTT.S56244.

- Fagforbundet. 2011. [Høringsuttalelse] NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Oslo.
- Falken. 2000. "Falken – trygghet for deg og familien." *Snø & ski* (1):38.
- Fisk, Malcolm J. 2003. *Social Alarms to Telecare : older people's services in transition*. Bristol: The Policy Press.
- Fraser, Nancy. 2016. "Capitalism's Crisis of Care."30–37. doi: info:doi/.
- Hansen, Lise Lotte, and Hanne Marlene Dahl. 2022. "Introduction: A care crisis in the Nordic welfare states?" I *A Care Crisis in the Nordic Welfare States?: Care Work, Gender Equality and Welfare State Sustainability*, 1–19. Bristol: Bristol: Policy Press.
- Hansen, R., H. Haukelien, and A. Fagertun. 2024. "The Glamour and Grammar of Innovation: Notes on the Spectacular Reimagination of Municipal Care in Norway." I *The Political Economy of Care. Welfare state capitalism, universalism and social reproduction*, Red av Fagertun Anette, Halvard Vike and H. Haukelien, 181–209. Scandinavian University Press.
- Hauge, Hans 2017. *Den digitale helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hauge, Solveig. 2005. "Frå pleieheim til bu- og behandlingssenter. Ei historisk analyse av sjukeheimens rolle og funksjon dei siste 150 år." I *Eldre i en brytningstid*, Red av Randi Nord, Grethe Eilertsen and Torhild Bjerkreim, 156–164. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haukelien, Heidi. 2020. "Alderdom i det teknologiske Utopia? Velferdsteknologi i norske kommuner." I *Velferdstjenestenes vilkår –nasjonal politikk og lokale erfaringer*, Red av Johans Tveit Sandvin Cecilie Høj Anvik , Janne Paulsen Breimo & Øystein Henriksen (red.), 213–235. Universitetsforlaget.
- Haukelien, Heidi. 2021. "Aldring, eldreomsorg og den nye velferdsstaten." *Norsk antropologisk tidsskrift* no. 32 (3-4):179–195. doi: 10.18261/issn.1504-2898-2021-03-04-06.
- Helsedirektoratet. 2015. Første gevinstrealiseringsrapport – Nasjonalt velferdsteknologi-program. Oslo.
- Helsedirektoratet. 2017. Andre gevinstrealiseringsrapport- Nasjonalt velferdsteknologi-program. Oslo.
- Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, and KS. 2021. Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram.
- Jacobsen, Frode Fadnes. 2022. "Ti år med mer innovasjon i omsorgstjenestene? Søkelys på teknologi i omsorgstjenester til eldre." *Tidsskrift for omsorgsforskning* no. 8 (1):1–4. doi: <https://doi.org/10.18261/tfo.8.1.3>.
- Karlsen, Cecilie. 2019. *Telecare services to enable ageing in place. Exploring the experiences of older adults, family caregivers, and municipal employees*. Doktoravhandling, Fakultet for helse- og idrettsvitensk, Universitetet i Agder, Grimstad.
- Kovalainen, Anne. 2022. "Crisis of care: a problem of economisation, of technologisation or of politics of care?" I *A Care crisis in the Nordic Welfare States?*, Red av Lise-Lotte Hansen, Hanne Marlene Dahl and Laura Horn, 60–79. Bristol University Press.

- Kropp, Kristoffer. 2009. "Registrantanalyse. Historiseringen av et felt via dokumenter." I *Refleksiv sosiologi i praksis*, Red av Ole Hammerslev, Jens Arnholtz Hansen and Ida Willig, 173–231. København: Hans Reitzel forlag.
- Lebaron, Frédéric. 2009. "How Bourdieu "Quantified" Bourdieu: The Geometric Modelling of Data." I *Quantifying Theory: Pierre Bourdieu*, Red av K Robson and C. Sanders, 11–29. Dordrecht: Springer Netherlands.
- Martinsen, Kari. 2017. "Fra diakonisse til robot." *Klinisk sygepleje* no. 31 (1):20–32. doi: 10.18261/issn.1903-2285-2017-01-03.
- Martinsen, Kari, and Kari Wærness. 1979. *Pleie uten omsorg? : norsk sykepleie mellom pasient og profesjon*. Oslo: Pax.
- Mathiesen, Anders, and Kristian Delica. 2007. "Historiserende feltanalyse." I *Teknikker i samfundsvidenskabene*, Red av Lars Fuglsang, Peter Hagedorn-Rasmussen and Poul Bitsch Olsen, 177–203. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforl.
- Meld. St. 15 (2017–2018). 2018. Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 18 (2018-2019). 2019. Helsenæringen. Sammen om verdiskaping og bedre tjenester. red. av Nærings- og fiskeridepartementet.
- Meld. St. 29 (2012-2013). 2013. Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Midat. 1984. "Det intelligente huset." *Byggenytt* no. 29 (8):46.
- Mortenson, W. Ben, Andrew Sixsmith, and Ryan Woolrych. 2015. "The power(s) of observation: theoretical perspectives on surveillance technologies and older people." *Ageing and Society* no. 35 (3):512–530. doi: 10.1017/S0144686X13000846.
- Nasjonalbiblioteket. *Hva gjør Nasjonalbiblioteket?* 2022. Available from <https://www.nb.no/om-nb/>.
- Nilsen, Eddy R., Janne Dugstad, Hilde Eide, Monika Knudsen Gullslett, and Tom Eide. 2016. "Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services - a longitudinal case study." *BMC Health Serv Res* no. 16 (1):657–657. doi: 10.1186/s12913-016-1913-5.
- NOU 1973:26. Eldres helse, aktivitet og trivsel. Oslo: Sosialdepartementet.
- NOU 1982:10. *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v: spesialist-, tannhelse- og transporttjenestene, pleie-, alkoholist- og barnevernsinstitusjonene, oppgave- og ansvarsfordeling, finansieringsordninger*. Sosialdepartementet.
- NOU 1992:1. Trygghet - verdighet - omsorg. Sosialdepartementet.
- NOU 2011:11. Innovasjon i omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NSF. 2011. [Høringsuttalelse] NOU-rapport 2011:11 Innovasjon i omsorg. Oslo.
- Petersen, Karin Anna. 1995. "Hvorfor Bourdieu?" I *Fokus på Sygeplejen*, Red av K. Müller, Kusk, U. & Toxboe, M., 123–143. København: Mungsgaard.
- Pols, J., and I. Moser. 2009. "Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies." *Alter - European Journal of Disability*

- research, *Revue européenne de recherche sur le handicap* no. 3 (2):159–178. doi: 10.1016/j.alter.2009.01.003.
- Scanvest Ring Communications. 1988. “Livets rett – en trygg tilværelse.” *Hjelpepleieren* no. 22 (9):37.
- Schiøtz, Aina. 2019. “Omsorgens røtter – et historisk blikk.” *Tidsskrift for Omsorgsforskning* no. 5:1–16. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2019-01-01.
- Securitas. 1984. “Trygg i eget hjem.” *Kommunalt tidsskrift* no. 71 (9).
- Sensio. 2022. “Et lite skritt for deg, et gigantisk sprang for omsorgen.” *Tidsskriftet sykepleien* (3):43.
- Sosial- og helsedepartementet. 1997. St meld nr 50 (1996-1997) Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet-respekt-kvalitet. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet. 2000. St.meld. nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstenestene - Omsorg 2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet,.
- Sosial- og helsedirektoratet, Deltasenteret 2004. Smarthusteknologi. Planlegging og drift i kommunale tjenester. Oslo.
- Sosialdepartementet. 1972–1973. St. meld. nr. 104. (1972-73) Om hjemmesykepleievirksomhet. Oslo: Sosialdepartementet.
- St. meld. nr. 7 (2008-2009). 2009. Et nyskapende og bærekraftig Norge. red. av Nærings- og handelsdepartementet. Oslo: Nærings- og handelsdepartementet.
- St.meld nr. 25. 2006. Mestring, muligheter og mening : framtidas omsorgsutfordringer. red. av Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Departementets serviceavdeling: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 41 (1987-88). *Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan*. Oslo: Departementets servicetjeneste: Sosialdepartementet.
- Stensrud, Iver Tangen. 2020. *Retten i det digitale Norge : Senter for rettsinformatikk 1970-2020*. 1. utgave. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Stortinget. *Olav Gjærevoll (1916-1994)* 2023 [lesedato 06.01.23. Available from https://www.stortinget.no/no/Representanter-og-komiteer/Representantene/Representant/?perid=OLG_E.
- Sundby, Jørn. 2019. Jan Boklöv. I *Store norske leksikon*.
- Teknologirådet. 2009. Fremtidens alderdom og ny teknologi. Oslo: Teknologirådet.
- Thygesen, Hilde. 2009. *Technology and good dementia care : a study of technology and ethics in everyday care practice*. PhD. PhD, Centre for Technology, Innovation and Culture, University of Oslo.
- Thygesen, Hilde. 2019. “Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger.” I *Velferdsteknologi. En ressursbok*, Red av I. Moser, 25–44. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Trygghetssentralen. 1994. “En trygghetsalarm gir økt trygghet for hele familien.” *Handikapnytt* no. 72 (4):40.
- Tøndel, Gunhild, and David Seibt. 2019. “Governing the Elderly Body: Technocare Policy and Industrial Promises of Freedom.” I *Digitalization in Industry : Between Domination*

- and Emancipation*, Red av Meyer Uli, Schaupp Simon and Seibt David, 233–259. Cham: Palgrave Macmillan.
- Tøndel, Gunhild, and Roger A. Søraa. 2021. “Velferdsteknologi: Fra store forventninger til kommunale realiteter.” *Tidsskrift for omsorgsforskning* no. 7 (3):1–7. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2021-03-10.
- Wacquant, Loïc J. D. 2014. “Tre trin til en historisk antropologi om den reelt eksisterende neoliberalisme.” *Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* no. 1-2:91–102.
- Ågotnes, G., J-M. Moholt, and . B. Blix. 2021. “From volunteer work to informal care by stealth: A “new voluntarism” in social democratic health and welfare services for older adults?” *Ageing & Society*:1–17. doi: 10.1017/S0144686X21001598.
- Øgrim, Tellef, and Magne S. Otterdal. 2019. “Stiller velferdsdiagnosen.” *Stat & styring* no. 29 (2):26–30. doi: 10.18261/ISSN0809-750X-2019-02-11.

Beyond the Desk: Concept-Building in Practice

A Bourdieusian, abductive reconstruction of
'health capital' across data, methods,
peer review and student response

Kristian Larsen

Abstract

This article examines the epistemological construction of *health capital* over a twenty-year period of sociological inquiry. Anchored in Bourdieu's relational framework—particularly the concepts of field, habitus, and capital—the study employs abductive reasoning to reconstruct the concept's emergence across diverse empirical and institutional contexts. Methodologically, it draws on document analysis, pedagogical encounters, and reflections on peer review, tracing how theoretical and empirical registers have co-evolved. The results reveal that *health capital* did not develop through linear application of theory, but rather through iterative ruptures, conceptual negotiations, and embodied academic practice. The discussion foregrounds the researcher as both subject and object of inquiry, showing how tacit knowledge, affective investments, and socio-political shifts (e.g. welfare state transformation) have shaped conceptual elaboration. By offering a reflexive account of sociogenesis, this study contributes to discussions on knowledge production, the craft of concept formation, and historical epistemology in sociology. It is relevant to scholars of theory, method, and reflexive practice.

Keywords

Bourdieu, historical epistemology, craft of sociology, health capital, abduction, construction of object, methodology

Why This Paper?

In the social sciences, numerous textbooks and articles provide step-by-step instructions for conducting theoretical empirical studies, often emphasizing structured guides, systematic data collection, and the design of measurable studies (Bryman 2016). A more reflexive

approach to this such control and standardization can be found in Braun and Clarke's (2006) six-phase coding framework for thematic analysis, which outlines analytical phases such as familiarization with data, code generation, and the identification of themes.

While such texts are intended to be useful for students and researchers, my own experience, informed by Bourdieu's *The Craft of Sociology* (1991), suggests that sociological research is far from straightforward. Many scholars in health sociology share this perspective (Allsop and Saks 2019; Cockerham 2017; Collyer 2015; Nettleton 2020). However, there remains a lack of studies that engage in intensive, thoughtful, and in-depth reflection on the multiple inspirations, influences, and constraints that shape the research process.

Much of the available literature focuses on the formal, direct, explicit conditions underlying sociological manuals – what Bourdieu might describe as desk-produced, paper-based instructions that impose a chronological order: beginning with a literature review, followed by theory selection, operationalization, methodological choices, empirical data collection, and proceeding sequentially to coding, analysis, results, discussion, and conclusion.

In this paper, I draw on a case from my colleagues' and my own research on the concept and phenomenon of health capital to analyse and rethink the implicit, indirect, and unobserved factors that shaped our research process. Positivist epistemology removes the researcher from the research, reducing the process to the execution of predefined manuals. In contrast, historical epistemology and social constructivism recognize the researcher as a central instrument in the production of knowledge, requiring that both the research and the researcher be objectified throughout the entire process.

This paper contributes to the theory and history of science, not by engaging in abstract debates on scientific paradigms (e.g., positivism vs. constructivism, qualitative vs. quantitative approaches, or deduction vs. induction), but by offering an empirically grounded reflection that foregrounds complexity and, crucially, the subtle and often hidden factors shaping knowledge production. My aim is to highlight the complexity of sociological research, caution against the oversimplification of manuals, and encourage greater self-reflexivity. I hope that this study, through its objectification – the explication of abstract processes through use of explicit examples - of the research process and the metamorphosis of health capital, will serve as inspiration for both new and experienced researchers.

Introduction: The Evolution of Health Capital

Over the past two decades, I have engaged in research, teaching, and scholarly debate on the sociology of the body and health, particularly in relation to health capital—a concept akin to economic, cultural, and social capital, related to fields or social spaces (Bourdieu 1977, 1986). The basic idea is that some types of body practices can be converted to social advantages. Bourdieu studied as an example how education (cultural capital) could be applied and used as a resource or capital at a job market. Thereby the time, money and energy invested in studying medicine or law can be converted to a job position and economic capital. I expect that investment in the body (physical training, diets, yoga, surgery) in a similar way, can be converted to social advantages at a marriage, housing, or job market. The body performance physical and/or online/virtually gives the 'owner' of the body distinctive advantages compared to those who do not invest.

Initially conceptualised in 2005 as a diffuse welfare state resource, health capital has since undergone significant epistemic transformation. In its contemporary articulation, it now encompasses diverse and contested investment strategies among patients and healthcare professionals, reflecting broader shifts in societal and institutional health practices.

This article examines the evolution of health capital through a reflexive, historical epistemological analysis of my own research production. Drawing on Bourdieu's sociology, I seek to objectify the conditions that have shaped this conceptual transformation, interrogating both explicit factors (empirical frameworks, methodological choices) and more tacit influences (review processes, peer discourse, student engagement). By reconstructing the iterative knowledge-making process, this study demonstrates how theoretical concepts are dynamically co-constructed through academic structures, social interactions, and shifting epistemic contexts.

Abduction and Historical Epistemology

This inquiry aligns with abductive reasoning (Timmermans and Tavory 2012), where theory emerges through iterative engagement with empirical surprises and conceptual refinement. Rather than imposing a fixed theoretical framework, this study traces the contingent and evolving nature of health capital, illustrating how sociological concepts are shaped by empirical encounters, reflexive critique, and shifting theoretical landscapes. The study is also informed by historical epistemology (Bachelard 1968, 2002; Canguilhem 1988, 1991 & Bourdieu 1998a), which emphasises ruptures, transformations, and competing epistemic formations in knowledge production.¹ Much like Canguilhem's exploration of shifting conceptualisations of the body and disease, this work critically examines the social and intellectual forces that have influenced the evolving meaning of health capital. Rather than presenting fixed research findings, this article explores the conditions, limits, and possibilities of constructing sociological knowledge, engaging in a micro-historical epistemological approach (Broadly 1990, 1996) to trace the conceptual trajectory of health capital.

Constructing the Research Object

This study contributes to a sociological understanding of knowledge production, demonstrating that researchers are never external to the objects they study. Following Bourdieu's principle of reflexivity, I critically interrogate my own position within the academic field, recognising how epistemic shifts are shaped by institutional, intellectual, and social forces. In line with Bachelard's assertion that knowledge is the opposite of opinion, this work seeks to move beyond doxa – the taken-for-granted assumptions that underpin spontaneous sociology² – towards a more rigorous, reflexive construction of the research object. By applying this approach, the study underscores how sociological knowledge is not merely discovered but actively constructed through a continuous interplay of theory, methodology, empirical inquiry, and researcher positionality. This challenges linear, step-by-step models of research, advocating instead for a dynamic, recursive process, where empirical findings, theoretical insights, and methodological considerations co-evolve over time.

I hope this study offers a significant contribution to multiple sociological domains,

particularly in theoretical-empirical research, research methodology, and reflexive sociology. It is relevant for scholars, students, and researchers engaged in concept formation, knowledge production, and methodological critique.

Relevance in sociology

This paper engages with historical epistemology (Bachelard 1968, 2002 & Canguilhem 1988, 1991), and abduction (Timmermans and Tavory 2012), showing how knowledge is shaped through theory, methods, and researcher positionality. It challenges linear models of research, instead advocating for an iterative, abductive approach where concepts evolve through empirical surprises, peer critique, and institutional contexts. The following text could be of relevance to:

1. Graduate students and early-career researchers learning about research design and concept development.
2. Methodologists interested in alternative research strategies beyond deductive/inductive reasoning.
3. Interdisciplinary scholars who explore conceptual adaptation across disciplines (e.g., sociology, public health, STS).
4. Researchers interested in reflexive sociology with attention to the researchers' embeddedness within the knowledge production process
5. Researchers interested in autoethnographic and self-reflexive methodologies.
6. Academics engaged in concept-building and critical sociology. I believe this text may be particularly relevant for master's and PhD students when they have to account for and reflect on their work of construction.

Empirical basis and methods of analysis

The empirical material for the study consists of all my research documents accumulated over 20 years, with a computer search for the terms health capital and health/body capital undertaken find all relevant. There are several hundred documents from incomplete and complete Word texts, PowerPoint presentations used for teaching and conferences, PDF files comprising the following categories:

1. Peer-Reviewed Academic Publications. This category includes peer reviewed journal articles that contribute to sociological theory and empirical research: Larsen, Cutchin, and Harsløf (2013); Larsen and Harsløf (2019); Larsen, Hindhede and Henriksen (2020); Larsen, Hindhede, Larsen, Nicolaisen and Henriksen (2020); Harsløf, Larsen and Bamba (2022); Larsen, Røpke and Hindhede (2025).
2. Scholarly Contributions to Edited Volumes. Includes book chapters and edited volumes that engage with theoretical and empirical developments in sociology. Chapters in international and Nordic anthologies and edited collections: Larsen (2009b); Larsen (2010); Jensen et al. (2007); Harsløf, Poulsen and Larsen (2019); Larsen (2021a); Larsen (2018); Larsen and Esmark (2013).
3. Academic and Public Engagement Outputs. This category comprises contributions to

academic and public discourse, including conference presentations, opinion pieces, and research notes. Conference papers, public chronicles, lectures, and research notes: Larsen et al. (2018) [Conference papers]; Larsen (2009a) [Chronicles]; Larsen (2005) [Research notes]; Larsen (2009a) [Chronicles] & plenty of PowerPoint presentations used in lectures and teaching.

4. Empirical and Policy-Oriented Research Reports. comprises reports addressing health inequalities and educational programmes, contributing to applied sociology and policy discussions. Reports on health inequalities and educational programmes: Larsen and Hansen (2014); Larsen and Bystrup (2013); Larsen et al. (2014).

Using criteria relating to differences in definitions of the concept and empirical bases to reconstruct similarities and differences in the way the concept of health capital has been used the search resulted in 21 texts.

The texts were analysed using pragmatic text analysis, focusing particularly on definitions and explanations of the concept of health capital. But also, with attention to the whole context like questions about the type of paper/publication, the empirical data material, use of methods etc. Such definitions and explanations have often been in the form of five to ten lines within a larger body of text, requiring examination, for example, of research questions that were asked, the central empirical material, the methods used, and the literature references cited.

The hidden aspects

Sociological research, indeed, perhaps all research, has its obvious, objective aspects, as can be seen above. However, there are also many hidden, implicit aspects that are difficult to reconstruct. It can be both an advantage and disadvantage being at once the object and subject of this study. With a view to analysing hidden aspects, I have expressly sought to explore the activities, times and places that are linked to the individual articles.

In developing the concept of health capital, various forms of input—beyond what can be seen in a formal text analysis – have influenced my thinking in ways that were not always immediately apparent. For instance, during a lecture at Aalborg University, student discussions on digital health practices made me more aware of how mobile apps are increasingly used to monitor and optimise the body. Their reflections further highlighted how individuals actively engage with technology to track fitness, diet, and wellbeing, reinforcing the idea that health capital, certainly among some of the young students involves a conscious investment in one's body. A student made it very explicit how she invested in her body and the body performance, as an example at a bar, for oral examinations, at job interviews etc. She knew exactly which body performance that was valued and counted in different social positions in social space. This informal input subtly shaped my understanding of the role of self-surveillance in contemporary body (health) practices.

Similarly, at a medical sociology conference, discussions led me to a clearer distinction between health capital and other capital concepts. I learned that the concept was constructed and positively delimited through empirical studies. But also negatively, for example through my attention to how it differs and does not have explanatory power in the same

area as, for example, the concept of cultural health capital (Shim 2010), Healthcare choice (Collyer et al. 2015) or personal capital (Scambler and Newton 2011). Beyond these interactions, expert feedback from colleagues and review processes have also been pivotal in shaping the development of the concept. The book *Health Capital*, published by Samfundslitteratur (Larsen 2021d) presents a collection of the work on the concept, with an autobiographical section and sections on the state, public health, health economics and the body. Below is a description of the changes to the concept.

Health capital as a shared benefit of welfare

In a book about young people, health, and inequality (Jensen et al. 2007), I managed chapters two, four, five and six. The book examined social capital, primarily based on Bourdieu, but also looked at the widely different concepts of social capital defined by Putnam and Coleman (Jensen et al. 2007; Larsen and Morrow 2009). We studied a group of 16-year-olds that was heterogenous by virtue of their parents' mix of different economic and cultural capital, gathering information through qualitative interviews and visiting them at their boarding schools. Health capital ultimately filled the gap when we were unable to explain or interpret using the conventional forms of individual or family related amount and composition of capital (economic, cultural, social). There were huge disparities between the young people in terms of the economic, cultural and social capital they could draw on via their families and networks, but they also shared something, which we described thus:

the youngsters [...] grew up in a Danish setting, which can be seen as having provided them with certain important resources. It could be said that in some countries and regions a certain amount and certain types of capital have accumulated that to a point they are universally available. As described, we can say that these resources have been built up through what we call the state, for example in *basic artefacts* (material and physical products) such as road networks, water supply, sewerage system, hospitals and power supply, but also in institutionalized products like accumulated in health knowledge, e.g. among health professionals (evidence and professional knowledge) and institutionalized as state funding of medical treatment, prevention and care as well as in certificates & authorizations (Jensen et al. 2007, 120).

These reflections, constituting the first contours of health capital, were based on research notes from 2005. The concept had some similarities with health resources and medical care accessible to future generations, as described by Becker (2007), although it was not until many years later that I read about concepts defined by Becker and others that resembled health capital. Furthermore, the point of departure for health capital was much broader compared with the benefits produced by the welfare state in the social, education and health domains. The welfare state grew out of a long historical process spanning a hundred years, with the development of institutions and professions in Denmark (Bonderup 2006; Skydsgaard 2006; Vallgård 2003; Vallgård and Krasnik 1999) and other countries with the intention of reducing morbidity and optimising health (Porter 1995).

This first welfare state perspective of health capital was not oriented towards the body

or investment in the body in terms of health and wellbeing, but rather towards the structural factors that enabled the optimisation of health, wellbeing, and quality of life. Laws and regulations within the social, education and health spheres were built upon enormous investment that was invisible to many. Rights that felt natural were in fact earned or rather fought resources (capital) i.e., products of a long struggle between social groups. These ‘natural health benefits’ were therefore cultural products. Today, with reference to Bourdieu and Wacquant’s theorisation of the dual nature of the state (Bourdieu and Champagne 2014; Bourdieu, Wacquant, and Farage 1994; Wacquant 2009, 2014), I would conceptualise the early formulation of health capital as a resource situated within the left hand of the state—that is, the ensemble of social, health, and educational institutions traditionally tasked with care, redistribution, and the production of social cohesion. This ‘left hand’ has, however, come under increasing pressure and marginalisation in recent decades, as neoliberal governance, austerity, and punitive regulation have strengthened the ‘right hand’ of the state: its repressive apparatus composed of police, military, and coercive bureaucracies. Health capital, in this light, becomes not only a form of embodied resource but also a reflection of the broader structural weakening of the social state and the ascendance of disciplinary forms of governance.

Health capital in materiality, institutions and bodies (of health professionals)

Since writing my PhD dissertation (Larsen 2000) I have been concerned with materiality, undertaking hospital ethnography, where I have seen not only how bodies relate to one another, but how they also relate to physical, built surroundings (Larsen 2005). My attention was drawn to the material dimension of health capital when I began to reflect on the tangible, concrete, physical conditions that influence health outcomes—ranging from access to healthy environments and quality housing to harmful exposures such as damp homes or pollution. These material factors not only contribute to health but can also significantly undermine it, highlighting that health capital is also deeply embedded in lived, physical realities.

Health sociologists clearly show that sewerage systems and clean water have had huge implications for public health (Porter 1995; Skydsgaard 2015). This definitely led to my awareness that hospitals, penicillin, scalpels and scanners also constituted a material contribution that enhanced people’s health. Hospitals were an example of a human-made material product or health technologies that brought together resources, i.e., a form of (health) capital, the key point being that health capital embraced a material dimension. It was emphasised in this next version of the health capital concept, that hospitals could be regarded as being part of shared health capital (Larsen 2009b). In other words, health capital is effective in a material, as it were, physical form, in the same way as schools, nurseries, education institutions, special needs centres, social institutions, and smaller artefacts and health facilities. Hospitals such as Rigshospitalet in Copenhagen or Skejby Hospital in Aarhus were concrete and material structures of brick and glass and not just thoughts or linguistic constructions. These buildings, with their interior and medical technology design constituted universally accessible constructed value. They encompassed knowledge and know-how that had been invested in and developed, from minor technical procedures and routines to

work processes and innovations in health in a broad sense, i.e., regarding medical treatment and care, etc. (Larsen 2009b).

It is difficult for me to reconstruct how the material dimension came in as a supplement and contribution to the work with health capital. This was probably based on my reflections on the material side of health, for example during my travels in remote parts of Asia where sanitation, health technologies or hospitals were absent or rare. With hindsight I was able to arrive at other aspects of health capital by taking inspiration from Bourdieu's concept of cultural capital. Proceeding from Bourdieu's (Bourdieu 1986, 1990; Bourdieu and Wacquant 1992) sociology and cultural capital, you could say that health capital was embedded as mentioned in materiality (in actual buildings, substances such as penicillin and vitamins, in technologies such as measuring devices, scanners and computers); institutionally in texts and theories (science/knowledge of anatomy, physiology, textbooks); and also bodily (in knowledge built up in the health professional's body in the form of knowledge about hygiene, illnesses or, say, use of digital technology).

In this later, changed version, materiality was central, as was the embodied aspect. However, since the analysis was mainly directed at the hospital as one element of a benefit of welfare, the body aspect only comprised knowledge incorporated (embodied) in the health professional.

In summary, the study investigating young people and social inequality (Jensen et al. 2007; Larsen 2005), health capital was about a shared resource such as a welfare state regime that can help to optimise health and minimise illness. In the subsequent version (Larsen 2009b, 2010) the concept was enlarged to include hospitals, vitamins, health technologies, theories about health and disease, and knowledge embedded in the body of the health professional.

Patients must have health or body capital

In the following analyses, capital was more closely related to the patient, user or clients, who used, or potentially wanted to use, the health service. This happened at the same time as sociological health research increasingly focused on the user and client as well as inequality in health. In this connection, I was also concerned with the topic of inequality in general (Larsen 2008; Larsen 2009c) and with an empirical focus on Norway (Larsen and Hansen 2014).

The focus on the user and inequality also had great importance in analyses of the future health service (Larsen et al. 2014). These conditions were probably, more or less, the direct reasons for my increased attention to the patient as an active player in the field. Overtime, the position assigned to the patient in highly specialized hospital institutions has changed. In a study of how the healing institution (the hospital) had become ill (Larsen 2009b; 2010) I describe that patients were objectified through the health professionals' use of standards, fast-track programs and manuals. At the same time, patients also increasingly became individualized subjects, with a larger proportion becoming knowledge seekers, for example through the democratization of knowledge (internet). Each country has several health information websites, for example in England: NHS Choices (nhs.uk), in Australia Healthdirect Australia (healthdirect.gov.au) or in the United States WebMD (webmd.com). These

platforms provide new possibilities for those who have the resources to obtain accessible health information.

With the internet new types of resources were available for some individuals or patients. They, or some of them, occasionally acted as expert patients who entered dialogue with and challenged the health professionals and their knowledge and knowledge monopoly. The patient could be defined as both objects and subjects, but they remained objectified in the institutional fields (Larsen 2010). Looking back, I think it was through studying the historical development of health institutions, professions, and patients that I became interested in the patient's role in relation to the concept of health capital. I remember engaging with 'patientology' – the study of patients' experiences and how they manage illness – especially because I had to teach it. In sum, growing awareness of patients, including how gender and class differences shape their experiences, likely led me to apply the concept of health capital to them.

Detour or support of health body capital

In this context, I described that increasingly more demands were placed on patients during illness, hospitalization and transitions between sectors. The structural changes in the field necessitated that patients should be able to activate a 'health body capital' in order to optimize their own process of becoming healthy (Larsen 2010). That concept was probably described with a focus on the body because I wanted to draw attention to the fact that it was linked to the individual body and this body's habitual dispositions to master illness, suffering, pain, hospitalization and rehabilitation. But the detour of health body capital, which was in a way a detour on the road, became a catalyst for seeing the patient's own bodily capacity (*habitus*, capital and strategy) in relation to managing the course of illness.

Health body capital supported and built on the previous concept of health capital, which referred to resources that in principle everyone could potentially draw on. In this version of health body capital (Larsen, 2010), the focus was on the unequal resources of the users/patients. The point was that if patients could not demonstrate the necessary capital in and through their bodies, it would be difficult for them to reap the fruits of the conquests of medicine and society in relation to health and illness³.

It was described that the healthcare field (medical practice, health care, hospitals) mediated through doctors and nurses expected patients to be subjects, i.e., self-active and self-driven in relation to hospitalization, disease treatment, prevention and care (Larsen 2010, 46-47).

In the (for me empirically new) context where I worked more with patients and hospital processes, health body capital was an important capital because it could be converted, transformed and exchanged for goods on the market, i.e., the health field. The health body capital, which only concerned the embodied dimension, can in retrospect be said to have similarities with Bourdieu-inspired concepts of cultural health capital (Shim 2010, Dubbin, Chang and Shim 2013), which concerned specific capital that was active in the American health system, with a focus on relationships between doctor and patient in general practice. Shim and colleagues were able to show how patients who were proactive, knowledge-seeking and somewhat instrumental and biomedical in their way of relating to their own body

and health received relatively many services from their doctor compared to those who were more expectant, passive, etc. Cultural health capital (Shim 2010) was in the health system what cultural capital was in the education system. I have since collaborated and supervised with Janet Shim and Leslie Dubbin, who have further developed the concept of cultural health capital (Dubbin, Chang and Shim 2013). But in 2008-2010 my concept of health capital was completely virgin and, in any case, not in any way supported, shaped, inspired, guided, or disturbed by other concepts that could have conceptual-empirical similarities.

I was aware of concepts such as health literacy and health competence, etc., but with health capital I wanted to investigate something different. Health capital has been thought of throughout as an analytical counter-concept in relation to the two concepts. At that time – around 2010 – I had not given lectures internationally on health capital and even less done any literature review as a prerequisite for the concept of health capital. My attention was much more directed towards Bourdieu's concepts of field, capital and habitus, linked to the various empirical areas of study such as youth, inequality, materiality, etc. Furthermore, in collaboration with my colleagues, I had received responses from students, colleagues, and other researchers on the different versions of the concept of health capital and its scientific value, for example in relation to body capital, physical capital, cultural capital, or symbolic capital.

The concept of health body capital probably emerged and became meaningful to me due to two factors. First my growing interest in inequality in health and second a simultaneous ideological change. It was increasingly a requirement that patients should be physically active, non-smokers, eat healthily and otherwise be proactive with their bodies to get maximum benefit from the services that health institutions could provide. Time dictated that you were not just the architect of your own luck. You were also the architect of your own health. This focus on inequality was likely also influenced by my strong interest at the time in the broader transformation of the Nordic welfare states, its institutions, and professions, driven by neoliberal reforms and the emergence of New Public Management (NPM). These changes included the outsourcing of services to private health actors, occurring alongside my engagement with Bourdieu's work (Bourdieu, Wacquant and Farage, 1994) and Wacquant's (2009) analyses of state transformation. In this context, I also explored Bourdieu's politically and sociologically motivated critique of neoliberalism, particularly his indignation at its effects on society (Bourdieu, 1998b).

Patients should cultivate and tone their physical body

Health capital and health body capital was generally perceived as being capital that counted as a resource in relation to the healthcare field. Individuals were 'encouraged' or motivated to invest in their own body and health status, for example by being aware of correct dietary habits and accompanying studies and course activities for following authorised diets and nutritional advice.

Individuals were also supposed to look after their bodies by engaging in physical activity, i.e. spending time in gyms and joining in activities such as spinning, body toning, fitness classes, running or possibly even extreme sport. This version (Larsen 2010) involved a wholly conventional medical approach supplied with technologies to measure the body

using biomedical indicators such as pulse rate, blood pressure, body mass index and serum cholesterol to gauge quality of life. Activities associated with health capital also included shopping and use of the correct equipment: running shoes, sweat bands and creams. The last-mentioned items possibly harked back to health capital as capital based on positions in the social space or other fields.

However, at that time there was still only the notion of a resource that could be thought of as having value in a specific health field, i.e., capital that could be converted to benefits directly in this field, such as better treatment and care or the offer of more medical examinations, support and help. This concept shared many similarities with Cultural health Capital (Shim 2010) It was not until later that the concept of health capital was described as and developed into capital that was also more globally convertible.

Health capital as a general theory

The concept has since been used as a tool in a general analysis of how the state as a meta-field and a number of fields and institutions are changing. In Larsen (2021d), I have referred to this as our being ‘liberated by or from the state’ in a double movement. The structure of bodily labour has been changed by a number of transformations, not least of which is the state, e.g., the dominance of the right-hand state (Bourdieu and Champagne, 2014, Bourdieu, Wacquant and Farage 1994; Wacquant 2009) and the emergence of a neoliberal market. The body has been liberated from the protection and security of the state, but at the same time also freed to take care of itself. This liberation does not necessarily indicate that the state has made a strong withdrawal, where it was previously active and supportive.

We are dealing here with new forms of governance, in which the state retreats and delegates responsibility to the market. The individual is, so to speak, further ‘liberated’ and left to navigate life autonomously. Yet crucially, this autonomy is accompanied by intensified regulation—an obligation to optimise one’s own health and bodily well-being (Larsen 2021d, 102). The state reappears not as an external authority, but as an internalised compass or GPS, directing individuals towards the ‘right’ way of living while simultaneously producing feelings of guilt and shame. The notion of this ‘inner compass’ is clearly informed by Foucauldian thought and, more specifically, by my encounters with the work of Nikolas Rose. I first met Rose when I organised a lecture with him at the Danish University of Education in 2006 through the association HEXIS, of which I was – and still am – chair. His presentation, titled Changing Ideas of Normality and Abnormality, left a strong impression. Even in concepts that are fundamentally shaped by a Bourdieusian framework, we find traces – or indeed direct inspiration – from other theoretical traditions. In this case, the influence of both Foucault and Rose is unmistakable.

Thus, changed conditions of opportunity have been constituted for and increased pressure on the individual in relation to optimizing oneself in a societal context. The societal change (Larsen 2021b) underlies the emergence of the fitness, yoga and marathon movements (Larsen, Cutchin and Harsløf 2013). My colleagues and I have since used the concept in relation to rehabilitation processes (Guldager et al. 2018; Harsløf, Poulsen and Larsen 2019). That is, a capital that was still directed towards and had market value linked to the health field.

In summary, the important idea in the next phase of health capital was the development of the concept into a more general theory or assumption that some forms of work with the body could have market value in positions in social space and other fields. My assumption was that, for example, bodybuilding, fitness and yoga could have a certain capital value in very disparate fields. In an interview study that we conducted, a fitness centre manager recounted, by way of example, that he had once employed a woman at the reception desk. He had given her a warning, but when she failed to lose weight, he felt compelled to dismiss her: “We can’t have her representing our centre to the outside world.” (Larsen and Harsløf 2019). The earlier version of health capital accounted for ‘what works’ in the sense ‘is valued and seen as capital’ among patients in the healthcare field (in a health field). Now health capital – i.e., the bodily dimension – was expanded to a general theory about different types of investment in the body and the different receptions in positions in the social space or social fields. We have studied this among Danish health professionals (Larsen and Harsløf 2019; Larsen, Hindhede and Henriksen 2020; Larsen et al. 2022).

Social differentiation and five forms of investment

Further refinement of the concept involved social differentiation (class, sex, geography). Social groups invest differently in the body (habitus) and marketing of these endeavours is different (positions and positionings in social spaces or fields). Furthermore, it became relevant for investment to be differentiated and divided into five types. Previously, in collaboration with a colleague (Larsen and Hansen 2014), I described how it was possible to differentiate between investment in, for example the external and internal body and in the visible and the invisible. These ideas helped me try to approach the body and work on the body in new ways. In recent years I have taken part in marathons and cross-country skiing events (90-km Vasa race) and have considered them objectively for the most part afterwards and wondered why I spent so much energy and time on something that causes pain for several days. One could also similarly approach phenomena such as plastic surgery or strict diets. In doing so, I have tried to see the other person’s point of view (Bourdieu 1986, 1999). As a young man, I was often critical – and somewhat amused – by the idea of jogging and running – especially without a football! However, my own later experiences with mountain biking, road cycling, and marathon running – activities that I earlier found absurd – may have helped me develop a greater ability to ‘put myself in another person’s place’ and act as a midwife for stories from individuals differently positioned in the social space. In the Understanding chapter of *Distinction*, Bourdieu (1986) compares the sociologist to a midwife, illustrating how sociologists do not impose their own ideas, but instead help individuals articulate their own social conditions, experiences, and struggles by bringing to light what is already there. Just as a midwife assists in childbirth, I believe these personal experiences have made me a better sociologist, enabling me to help uncover knowledge that already exists within individuals and groups, making their social realities, struggles, and perspectives more visible.

It is not quite clear how precisely the five forms of investment were developed. I remember ideas about how to make interventions in, on and via the body. The idea was fairly simple: you can put something into it (food), inject something into it (medicine), cut it

(surgery), and activate it physically (physical exercise) or mentally (yoga). The five types of investment were constructed as follows: the surgical body (operation/piercing), the chemical body (medication/micro dosing), the nutrition body (diets), the physical body (physical training) and the mental body (e.g., literature or yoga). The five types of investment are rough categories which, like the rest of this construction endeavour, are a complex interaction between seeking and explorative (inductive) and abstract and broad-based (deductive) processes – in deductive reasoning (Timmermans and Tavory 2012).

Travels abroad and differentiated perceptions of the body's value

The Bourdieusian conceptual world has played a central role throughout the 20 years under study, acting as a doctrine, a set of inherent premises that were indisputable. It is possible that the concepts of investment, market (field), economy, value, conversion and costs became particularly apparent in 2008–2009, i.e., at the same time as the global financial crisis, when similar concepts were circulating in the media. I am not sure, but it may have indirectly provided inspiration for further integrating the concepts into health capital. It became particularly clear to me from my travels abroad, that bodies are cultivated extremely differently to conform to with exceedingly disparate markets. It has not been alien or strange to me to approach endeavours to develop extremely large breasts or muscles with the same objectivity – in sociological terms – with which I approached my own equally absurd efforts to run a marathon.

Dominant and dominated health capital

Another nuance exists in the fact that some health capital can be said to be dominant while other health capital can be described as dominated health capital. It has always been the case, albeit not explicitly, that social groups cultivate the body differently and that there are different and also contradictory perceptions of what a beautiful, proper, normal or healthy body looks like. In my own life, I have experienced myself having contradictory views about body cultivation, going from a period in my youth when we made fun of the fitness craze to my own participation in marathon races (Larsen 2021d). But the actual division into dominant and dominated health capital is inspired by a text about what counts in a school context (dominant cultural capital) and what counts in a ghetto context (dominated cultural capital). Thus, it made sense to construct health capital not just as something quantitative (accumulating to varying degrees), but also as making distinctions (dominant versus dominated).

When it comes to the mental body as part of health capital, it is fair to say investment takes a long time and requires stamina, although it can also be assumed that the capital, which could be likened to bonds, is long-lasting and has relatively general applicability with many positions in diverse fields and in the social space. This is not empirically illuminated but is inspired by Bourdieu's work looking at how school and education capital has a certain general applicability and that it takes a long time to develop. One example is that it requires generations to learn the correct cultural code for ways of walking, standing, speaking and eating (Bourdieu 1986; Bourdieu and Passeron 1977). On the other hand, investment in the medical body could be said to be a direct, immediate investment, the

effects of which are also reaped quickly, as seen, for example, when in some cultural field's diverse medicines, drugs and chemicals are taken to be at one's peak and others are taken to relax (Larsen, Hindhede and Henriksen 2020). When considering the approach to the body, a distinction could be made between long-term investments, like with bonds, and more short-term, risky investments, like with shares, although the latter would include the possibility of a fast yield from the investment (Larsen 2021d).

Forms of investment, market value and fields undergoing change

During my reflections on investment and marked of endeavours regarding the body, I have personally experienced for over 50 years how no stigma used to be attached to having a large body in Denmark in the 1960s (Larsen 2021c). Once associated with power and gravitas—particularly in the case of the male body—the large, smoking, stoic physique formerly idealised by the upper classes has largely lost its symbolic capital in the 2020s. Certain body types – physiognomies⁴ – are persistently devalued across many positions in social fields and the social space. Overweight, smoking, and phlegmatic bodies are now frequently perceived as low-status and are disadvantaged in labour, marriage, housing, and health insurance markets; in some instances, individuals may even be excluded from employment due to a high body mass index. Processes of social inclusion and exclusion based on bodily form are also mediated through state institutions, with the Danish Health Authority and health professionals playing a notable role in these dynamics (Larsen 2021d; Larsen & Brinkkjær 2009). Among Danish health professionals, particular emphasis is placed on the cultivation of the physical – and especially the nutritional – body (Larsen, Hindhede & Henriksen 2020). Instances of weight-based job dismissal have been documented, and Høyer (2019, 42) notes that some American insurance companies now require clients to wear fitness trackers and share personal health data in order to access coverage.

However, the social positions in the respective social spaces or fields change. Something that is valued for one position can change rather fast in the case of some forms of investment. For example, we are seeing that some types of body tattoos, use of piercing, but also plastic surgery to optimise the body's appearance and aesthetic are becoming more widespread in a relatively short period of time and finding new markets. When studying body sociology and health sociology, one must be aware of both the analytical tools, e.g. the concept of health capital - but also the object moves! In the 20-year period I am referring to, significant changes have occurred in who gets tattoos, as well as in the new distinctions that emerge—for instance, in their placement on the body and the identity of the tattoo artist.

Process of construction

Over two decades, the concept of health capital has evolved from analysing welfare state resources to encompassing bodily investments as a form of social distinction. Our research has examined health capital among European workers, healthcare professionals, and patients, showing how practices like diet and exercise vary by class and are shaped by post-industrial occupational structures. A recent mixed-methods study of Danish hospital patients prompted further theoretical and methodological refinements, including new

categories such as ‘mental body investment.’ Across contexts, health capital highlights emerging inequalities and competing body ideals, underscoring its relevance as both a conceptual and empirical tool.

Inter-related factors in the construction process

Thus, the concept has evolved over time. While it is not entirely possible to map out the full development of research as a craft, I will attempt to summarise some of the key factors and components that have actively shaped the construction process. The case of health capital serves merely as an example – a case that can be reflected upon and potentially applied to other types of studies. I believe that preconscious, hidden, or overlooked factors and components are particularly important to consider in sociological research.

Empirical data. The description above shows that research questions and empirical fields in particular have played a central role in how health capital has been constructed. To start with, Bourdieu’s central concepts of capital came into play in the exploration of health inequity among young people (Jensen et al. 2007); however, we were not able to analyse some of the empirical material using the concepts of economic, cultural and social capital. Health capital became a potential answer to the question of what shared resources young people could draw on, and today, I would call this concept the institutionalisation of health capital. The concept was gradually refined and narrowed down in later analyses, mainly because the empirical fields relating to health inequity, young people and the elderly, the healthy and the sick, and materiality constituted different objects of study.

It is evident that the empirical dimension – its impact and focus area – holds a special position in the dialogue between theory and empirical research. Ideally, there should be a degree of alignment between theory and empirical reality. However, even if the empirical field is constantly shifting – a moving target, as seen in the changing patterns of tattoo placement on the body, the most crucial calibration between theory and empirical research occurs precisely when empirical conditions change. For instance, when interviewing young and adult individuals, it may be relevant to conceptualise body investments in terms of ‘optimising’ appearance, functionality, and societal recognition (health capital). However, demographic factors may shape the empirical data collected. For example, it may be argued that older individuals typically do not seek to optimise their bodies. Instead, they may aim to ‘maximise maintenance’ or ‘minimise physical decline’. Such ‘empirical’ factors – here exemplified by age – significantly influence research design. Similarly, other empirical factors – such as whether a body is ‘sick’ or ‘healthy’ or socially privileged or disadvantaged – play a crucial role. Empirical reality can challenge or even reject a theoretical concept if that concept fails to adapt, meaning if it is not sufficiently sensitive to empirical data.

Studies of the literature. I have read and re-read parts of Bourdieu et al.’s (1986) studies dealing with class, body, sex, identity and distinction with the intention of identifying possible classed and gendered differences in a French context dating back 50 years that could be related to the contemporary Danish situation. It was also relevant to explore how these factors

had been examined using a similar approach in Danish (Prieur and Rosenlund 2010) and Nordic studies (Hjellbrekke et al. 2007; Hultqvist and Palme 2009). None of these studies has an equivalent conceptual approach but they provided inspiration for guides and questionnaires. Järvinen, Ellersgaard and Larsen (2014), gave huge inspiration providing their questionnaire from a Danish study on alcohol consumption in a major Danish company. These questions inspired our work with the questionnaire used in a study of health capital among Danish health professionals. In general, studies of literature have played a key role in theoretical and empirical endeavours in health capital.

Methodology. Methodological techniques such as statistical analyses of Norwegian preferences regarding nutrition (Larsen and Hansen 2014) have greatly increased awareness of classed and gendered differences in taste preferences. This has also led to the nutrition body becoming one of the five bodies under health capital. Use of multiple correspondence analysis (MCA) as an illustrative way of presenting all the information obtained via the health questionnaire study provided important insight into distinctions between ‘culture’ and ‘nature’, between the ‘instrumental’ body and the ‘natural’ body (Larsen et al. 2022), which corresponded to class and age. Furthermore, the technique of multiple correspondence analysis (MCA) helped to uncover how the mental body category was ambiguous and vague regarding cultural capital. The advantage of correspondence analysis was to link and relate various data sources such as information about income, education, post codes, practices, preferences and aversions among the informants in the study. MCA is descriptive and explorative and the new studies about different patient groups are interesting as we can interrelate and show distinct patterns of investment in health capital revealing opposed patient groups involving, for example, active vs passive investment related to young vs older, highly vs low educated etc. (Larsen, Røpke and Hindhede 2025).

In summary, methods are a crucial dimension of sociological research. In the previous section, I introduced MCA as a method and technology, but inspired by the concepts of ‘mixed methods’ and ‘triangulation of methods’, I wish to emphasise the importance of methodological approaches in the process of knowledge construction.

Different methods allow us to perceive varying angles and perspectives. We can observe practices (ethnographic observation), listen to informants (interviews), question participants (surveys), analyse documents (ranging from personal diaries to legal records), or reconstruct other forms of evidence, such as human remains or cultural legacies, within both contemporary and historical contexts. The choice of method establishes a central framework for what can be constructed as knowledge within a given research area.

The researcher researched. From a purely methodological point of view, the researcher/object relationship as a basis for the construction endeavour has been extremely interesting. As a researcher, I - me - am the most important research tool. A tool, i.e., a habitus with a perception matrix that, as object and subject, is included in a wide range of social fields beyond the academic field that constitutes the specific work. My interest and attention to social conditions and transformations of the state, institutions, professions, and identities motivates a universal and omnipresent attention to bodies, health, capital, etc. I cannot, so

to speak, abandon or fail to be aware of bodies and the diverse ways in which they are handled. My curiosity has also led me to seek out knowledge about bodies professionally, but also in everyday life. Like asking family, friends, acquaintances, and strangers about their body conditions, e.g., about physical training and diet/nutrition but also about piercing and tattooing, etc.

I have also mentioned how I have used myself more explicitly as a method (Larsen 2021b) by reflecting on the (sociological) absurdity of taking part in a marathon or a 90 km cross-country skiing race. I was able to use this critical insight to understand how other social groups do similarly extreme things to their bodies, such as other types of extreme sports, plastic surgery, piercings and tattoos.

Studying body practices forces the researcher to be open to different and opposite body practices. Bourdieu (1999) makes the point that researchers occupy a position and must be able to adopt the informant's point of view (position) to be able to understand that person's view (positioning). I have a feeling that I from my early upbringing 'learned' to understand that we do not choose our parents and early upbringing. This has been helpful when trying to understand heterodox body practices. For example, interviewing someone for more than two hours about their motivation and incentives for covering virtually their entire body with tattoos was interesting. I read about the growth in popularity of tattoos and observed how designs and tattoo placements have developed, which means I was well-informed for the interview (Bourdieu and Wacquant 1992). It became clear during the interview, however, that tattoos and body decorations can very much lead to exclusion, for example from employment in some sections of the health service but were a plus point in other social positions, such as in some sections of the dating and relationships market.

I grew up in a lower-middle-class family, and my parents' upbringing in the countryside under relatively poor conditions, alongside many siblings, has provided me with profound insights. I experience a form of double habitus or dual socialisation—one that allows me to understand, from within, the experiences of relatively low-privileged individuals, such as those in my family and social circles. At the same time, I also participate in, navigate, and connect with relatively privileged positions within the academic field and the broader social space in my capacity as a professor. This dual socialisation likely underpins my heightened sensitivity, sense of unresolved tension, and critical perspective on inequality, social injustice, and related issues. My own class trajectory—that is, the dispositions (habitus) shaped through movements across social fields and social space—has been highly influential in shaping my research interests, my theoretical choices, and my overall sociological approach.

Academic exchange and conferences. International academic conferences have been an important source of input leading to a more nuanced approach to health capital that encompasses factors such as changes over the years in the way the body is cultivated and, not least, variations between and within individual countries, social classes, the sexes, and various age groups. For example, I met researchers at a conference who discussed the fact that despite the pain and hazards of undergoing surgery, the correction of the body was nonetheless felt to be essential for social recognition (Rahbari et al. 2018).

Another example of direct academic inspiration was a meeting with Karen Willis, who introduced us in lectures at a health sociology conference in York, England to, e.g. health-choice capital. Through my contact with Willis, I also came into contact with Fran Collyer (Collyer ed. 2015, Collyer 2018) and Sasha Scambler (Scambler and Newton 2011) and learned about concepts they developed with similarities to health capital. My understanding of health capital was enhanced through areas of overlap with their concept of health-relevant cultural capital (Abel 2008), healthcare capital (Collyer et al. 2015), cultural health capital (Shim 2010), healthcare navigation (capital) (Willis et al. 2016) and personal capital related to illness (Scambler and Newton 2011). The overlap was in the inspiration from Bourdieu, with habitus, capital and field playing an active role in the field of health, but the difference lay in the fact that the latest version of health capital (Larsen et al. 2022) related to a more general phenomenon concerning differentiated investment in the body and its reception in the case of different positions in the social space and fields. I was more concerned with the tension between capital and field than by the respective types of capital. The other concepts strictly related to the field of health and types of capital as well as strategies in this context. Studies of the literature also served to make the distinction from concepts such as health literacy and self-efficacy clearer (Bandura & Wessels, 1997), and this is described in Larsen (2021d). My concept of health capital was not only honed and narrowed down through confrontation with others' concepts of capital relating to the field of health, for example in the sense that I discovered and described what positively characterised it, but it was also sharpened through the differences and divergences within the concept in relation to cultural health capital (Shim 2010).

I have often had, say, students providing insight on how they tone, measure and monitor their bodies using various apps. They are far more up to date than I am, and I have learned a great deal from them about cosmetic surgery, tattoos, fitness, micro dosing and apps. This input also pushed me to review my work and further elaborate the aspects of health capital that concern technology and monitoring. The phenomenon of investing in the physical body, say through running, cycling and fitness, should, to understand it properly, be coupled with knowledge about self-tracking. In this context, it became relevant to involve Lupton's (2016) work when considering health capital.

Talking with colleagues, students, and researchers has taught me, I guess, more than any textbooks or articles. Conferences opened my eyes to new takes on health and the body, while students kept surprising me with what's happening on the ground – apps, tattoos, microdosing. Their insights made me rethink parts of my own work. It's in those everyday exchanges that the concept of health capital really came to life.

Media and conversations. Media and everyday conversations have played a crucial role in shaping my reflections on health capital. The ongoing public debate around the body, identity, and normality – especially in relation to trends like microdosing, self-monitoring, and body activism – has helped refine the conceptual contours of health capital. Platforms such as naafa.org and fedfront.dk, along with broader body-positive movements, exemplify how normative ideals are both reinforced and challenged. These engagements have led me to explore how bodily normativity is negotiated, resisted, or redefined across different social

positions.

Browsing the internet reveals a vast ecosystem of resources – ranging from therapeutic support to educational content – targeted at individuals struggling with physical wellbeing, stress, or a sense of imbalance. At the same time, other forms of activism engage with bodily cultivation, self-tracking technologies, or even smokers' rights (e.g. dary.dk), further underscoring the diversity of body-related discourses.

My learning process has also been enriched by informal conversations with friends, students, and acquaintances. Their personal experiences with fitness apps, body modification, or wellness routines often introduce perspectives that challenge or expand my academic lens. These moments of spontaneous exchange – whether about television programmes, hashtags, or lifestyle practices – have offered concrete, grounded insights into how people navigate and invest in their bodies.

In addition, being interviewed by journalists – across national television, radio, and print media – has offered another layer of reflexivity. Media professionals often bring to the table emergent cultural questions: Why are LED masks gaining popularity? Why do young men shave their legs? What drives the middle class towards cosmetic procedures? These inquiries compel me to engage empirically and theoretically with phenomena that might not have originally been on my research agenda. In this way, media discourse becomes a form of epistemic dialogue – an unexpected interlocutor that helps shape sociological inquiry. Rather than simply transmitting knowledge, I find myself also receiving and reworking it in light of public discourse.

Peer review. Written responses from peer-review processes where colleagues have read and responded to articles or chapters. Previous versions of health capital have been in review processes in journals, which have provided important contributions with regard to Foucault-inspired studies of biopolitics or governmentality in connection with, say, physical training and diets (Elliott, 2016). Similarly, Rose's (2009) analyses of the medical field such as networks and concepts of the pre-patient and the individual as their own health economist. These latter concepts have been interesting in terms of what possibly also spurs people on to train for a triathlon despite pain, soreness and injury. Literature suggestions from peer reviewers have especially drawn my attention to others' use of Bourdieu (1977) and his practice theory, e.g., in connection with physical training, transport and ethnicity (Nettleton and Green 2014) or in relation to the field of health and the body (Shilling, 2016, 1991), in connection with physical capital. Choice and circumstances are a topic in research on lifestyle, and I have been inspired by what I have read about lifestyle versus choice and circumstances (Cockerham 2005).

Peer reviews have made me aware of others' concepts of health capital, e.g., within health economics (Grossman 1972), as a component of human capital (Becker 2007) and as a resource that concerns healthcare (Mushkin 1962). In particular, Skeggs (2011) has challenged my use of Bourdieu regarding the question of whether and how much people are oriented towards social mobility or self-interest. Analysis of changes such as neoliberal reforms of the transnational field indicates that sociality and values today are formed in ways other than what she calls the bourgeoisie model (Skeggs 2011, 509). Not all social

groups are in a position to be future- and self-oriented. Some working-class values, for example can sometimes be directed at the present and others rather than themselves.

Summary and discussion of construction work

As I mentioned in the beginning, educational books about theory and empirical data emphasise review of literature, choice of theory, reflections about the empirical data, operationalisation of concepts or items must be developed. There is a strong correspondence and close alignment between the way in which the IMRAD structure (Introduction, Methods, Results, and Discussion) organises the structure of academic articles and the way the sociological research process is conventionally outlined. Step by step. Everything in order. A logical progression, that is also privileging the ‘scientific’ model of research.

However, drawing on insights from historical epistemology and Bourdieu’s sociology – and, not least, the reflections found in *The Craft of Sociology* – this linear, controlled, and ostensibly simplified model is fundamentally challenged. Research is neither neat nor straightforward; it is inherently messy and presents challenges both externally, in terms of questioning dominant social conventions, and internally, as a reflexive and epistemic struggle. Sociological inquiry is complex and demands ongoing critical reflection rather than mere procedural execution. It necessitates moments of rupture – pausing, rethinking, and working across different conceptual and empirical dimensions – while perhaps still ‘following a manual’.

Bourdieu had trouble with queries about definitions of his concepts, which led to a schoolmaster- and manual-like description and use of terms such as capital, habitus and field. He criticised his book *The Craft of Sociology*, the first edition of which was in French and appeared in 1968. Twenty years after the book was first published, he talked about this in an interview with Beate Kreis, in which he criticised his work for being programmatic and containing requirements rather than practical examples (Bourdieu, Chamboredon and Passeron 1991, 255). His point was that you can read books about epistemological break, object construction and applied rationalism, but that the craft should be learned mostly through practice and good examples. Similarly, another point was that the sociological concepts – health capital in my case – should be sufficiently improved to capture structural patterns but at the same time should be open and flexible so that they can be used for diverse types of empirical material and various research questions. In this reconstruction of health capital, I have the same experience of the need to be ‘armed’ in the sense theoretical aware in relation to the empirical data and concepts have to be open and flexible, just like the reflexive process of the researcher.

Conclusion – the amalgam of inspirations

The reconstruction of *health capital* over the past two decades is not merely a story of gradual refinement. It is a story of how concepts are nourished by a rich amalgam of inspirations – some clearly visible, others opaque and only partially reconstructable. At its core, *health capital* was rooted in Bourdieu’s conceptual framework, especially his theorisation of capital, habitus, and field. Yet this was only the starting point. The journey of this concept has been defined by its openness to unexpected influences: empirical surprises,

theoretical tensions, and situated experiences.

Empirical engagements played a central role in shaping the evolution of the concept, prompting reconsiderations, reinterpretations, and, at times, significant redirections. These were not simply applications of a pre-formed idea, but occasions where the empirical materially reshaped the concept itself. Equally important were methodological decisions and constraints, which often acted as productive limitations, guiding the framing and scope of inquiry.

But beyond these formal elements, other inspirations were decisive. Conversations with colleagues, feedback from reviewers, teaching encounters, bodily experiences, and larger societal shifts (such as the financial crisis of 2007–2008) all fed into the intellectual process. These diverse influences often operated beneath the threshold of explicit academic articulation, yet they shaped what questions were asked, which patterns were noticed, and how theoretical tools were deployed.

This mix of explicit and tacit knowledge – of visible and invisible labour – is what I mean by the amalgam. The concept of health capital, far from being monolithic, has proven bendable and responsive, able to absorb diverse insights while still retaining a coherent structure. It has evolved not through linear accumulation, but through iterative ruptures and reintegrations – a movement reminiscent of Timmermans and Tavory’s abductive model, where theoretical and empirical registers are held in constant tension.

If this retrospective offers anything, it is not a final definition but a reflection on the very process of conceptual construction. As Bachelard reminds us, concepts are always provisional hypotheses, temporarily stabilised for analytical use. And as Bourdieu insists, scientific knowledge production is also self-production; the sociologist is both subject and object of the inquiry.

In tracing the genealogy of health capital, I hope to foreground this dual movement – of theoretical rooting and inductive transformation – and, above all, to emphasise the varied inspirations that make conceptual labour not only possible, but meaningful.

Kristian Larsen, Head of research Center of health Research (UCSF) and Professor University of Copenhagen, Public Health, Copenhagen Denmark. Professor 2 OsloMet University, Oslo Norway. Email Kristian.larsen@regionh.dk

Notes

- ¹ I have presented basic ideas in the historical epistemology and related to sociology and pedagogy (Larsen 2008) and in relation to my Ph.D. (Hansen & Larsen. 2015).
- ² ‘Spontaneous sociology’ refers to the unreflected, everyday ways people – including sociologists – make sense of society using common sense, ideology, or personal experience rather than scientific reasoning (Bourdieu 1990).
- ³ 15 years later, we study a heterogeneous sample of patients’ health capital with Multiple Correspondence Analysis (MCA) on 503 patients and 38 individual interviews (Larsen, Røpke & Hindhede. 2025).
- ⁴ I attempt to objectify and analyse bodily forms through the concept of physiognomy,

understood here not in its traditional essentialist sense, but rather as a sociologically informed reading of how bodies are perceived, interpreted, and valued within specific cultural and institutional contexts.

References

- Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(7), e13. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.066159>
- Allsop, J., & Saks, M. (Eds.). (2019). *Researching health: Qualitative, quantitative and mixed methods* (3rd ed.). SAGE Publications Ltd.
- Bandura, A., & Wessels, S. (1997). *Self-efficacy*. Cambridge University Press.
- Bachelard, G. (1968). *The philosophy of no: A philosophy of the new scientific mind*. Orion Press.
- Bachelard, G. (2002). *The formation of the scientific mind: A contribution to a psychoanalysis of objective knowledge*. Clinamen.
- Becker, G. S. (2007). Health as human capital: Synthesis and extensions. *Oxford Economic Papers*, 59(3), 379–410. <https://doi.org/10.1093/oeq/gpm020>
- Bonderup, G. (2006). *Det medicinske politi: Sundhedspolitikken i Danmark 1750–1860* [The medical police: Health policy in Denmark 1750–1860]. Aarhus Universitetsforlag.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1986). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Routledge & Kegan Paul.
- Bourdieu, P. (1990). *In other words: Essays towards a reflexive sociology*. Polity Press.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., & Passeron, J.-C. (1991). *The craft of sociology: Epistemological preliminaries*. Walter de Gruyter.
- Bourdieu, P. (1998a). Georges Canguilhem: An obituary notice. *Economy and Society*, 27(2–3), 190–192. <https://doi.org/10.1080/03085149800000012>
- Bourdieu, P. (1998b). *Acts of resistance*. New Press.
- Bourdieu, P. (1999). *The weight of the world: Social suffering in contemporary society*. Stanford University Press.
- Bourdieu, P., & Champagne, P. (2014). *On the state: Lectures at the Collège de France, 1989–1992*. Polity Press.
- Bourdieu, P., Wacquant, L. J. D., & Farage, S. (1994). Rethinking the state: Genesis and structure of the bureaucratic field. *Sociological Theory*, 12(1), 1–18. <https://doi.org/10.2307/202032>
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1977). *Reproduction in education, society and culture*. SAGE Publications.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Polity Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Broady, D. (1990). *Sociologi och epistemologi: Om Pierre Bourdieus författerskap och den historiska epistemologi* [Sociology and epistemology: On the authorship of Pierre Bourdieu and historical epistemology] (2nd corr. ed.). HLS.
- Broady, D. (1996). The epistemological tradition in French sociology. In J. Gripsrud (Ed.), *Rhetoric and epistemology: Papers from a seminar at the Maison des sciences de l'homme in Paris, September 1996* (pp. 97–119). University of Bergen, Department of Media Studies.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5th ed.). Oxford University Press.
- Canguilhem, G. (1988). *Ideology and rationality in the history of the life sciences*. MIT Press.
- Canguilhem, G. (1991). *The normal and the pathological* (1st American ed.). 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.
<https://doi.org/10.1177/002214650504600105>
- Cockerham, W. (2017). *Medical sociology* (14th ed.). Routledge.
- Collyer, F. (Ed.). (2015). *The Palgrave handbook of social theory in health, illness, and medicine*. Palgrave Macmillan.
- Collyer, F. M., Willis, K. F., Franklin, M., Harley, K., & Short, S. D. (2015). Healthcare choice: Bourdieu's capital, habitus and field. *Current Sociology*, 63(5), 685–699.
<https://doi.org/10.1177/0011392115590082>
- Collyer, F. (2018). Envisaging the healthcare sector as a field: Moving from Talcott Parsons to Pierre Bourdieu. *Social Theory & Health*, 16, 111–126.
<https://doi.org/10.1057/s41285-017-0048-6>
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255. <https://doi.org/10.1086/259880>
- Dubbin, L. A., Chang, J. S., & Shim, J. K. (2013). Cultural health capital and the interactional dynamics of patient-centered care. *Social Science & Medicine*, 93, 113–120.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.014>
- Guldager, R., Poulsen, I., Egerod, I., Mathiesen, L. L., & Larsen, K. (2018). Rehabilitation capital: A new form of capital to understand rehabilitation in a Nordic welfare state. *Health Sociology Review*, 27(2), 199–213.
<https://doi.org/10.1080/14461242.2018.1481223>
- Hansen, C. S., & Larsen, K. (2015). Teori-metode-empiri-teknik: sammenvævede konstruktioner! [Theory–method–empirical evidence–techniques: Interwoven constructions!]. In J. E. Møller, S. S. E. Bengtsen, & K. Munk (Eds.), *Metodefetichisme: kvalitativ metode på afveje?* [Method as a fetish: Qualitative methods gone astray?] (pp. 123–143). Aarhus Universitetsforlag.
- Harsløf, I., Larsen, K., & Bambra, C. (2022). When health is wealth: Occupationally differentiated patterns of health capital in post-industrial Europe. *Social Theory & Health*, 21(3), 388–408. <https://doi.org/10.1057/s41285-022-00187-3>
- Harsløf, I., Poulsen, I., & Larsen, K. (Eds.). (2019). *New dynamics of disability and rehabilitation: Interdisciplinary perspectives*. Palgrave Macmillan.

- Hjellbrekke, J., Le Roux, B., Korsnes, O., Lebaron, F., Rosenlund, L., & Rouanet, H. (2007). The Norwegian field of power ANNO 2000. *European Societies*, 9(2), 245–273. <https://doi.org/10.1080/14616690601002749>
- Hultqvist, E., & Palme, M. (2009). Stå vid rodret eller tappa bort sig: en sociologisk studie av rekryteringen till lärarutbildningen och dess följder [Stand at the helm or lose the way: A sociological study of recruitment to teacher training and its consequences]. *Praktiske Grunde – Nordisk tidsskrift for kultur og samfunnsvitenskap*, 3(4), 77–94.
- Høyer, K. (2019). *Hvem skal bruge sundhedsdata – og til hvad?* [Who needs health data – and for what?] Information.
- Jensen, B., Larsen, K., Koudahl, P., & Andsager, G. (2007). *Ulighed i børn og unges sundhed: set i lyset af social kapital* [Child and adolescent health inequalities: From the perspective of social capital]. Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.
- Järvinen, M., Ellersgaard, C. H., & Larsen, A. G. (2014). Drinking to the limit: Alcohol, social status and health governance. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 21(4), 283–298. <https://doi.org/10.3109/09687637.2014.899991>
- Larsen, K., & Brinkkjær, U. (2009). Om videnskabsteoriens rolle som værktøj i produktion af viden [The role of scientific theory as a tool in the production of knowledge]. In C. Aabro & S. G. Olesen (Eds.), *Individ, institution og samfund: antologi for faget* [Individuals, institutions and society: Anthology of the subject]. Billesøe & Baltzer.
- Larsen, K., & Bystrup, M. R. (2013). Marginale: udsatte, men ikke kun socialt: om konstruktionen “socialt udsatte” anvendt i politik, administration og videnskab [Marginal: Not just socially vulnerable: The construction ‘socially vulnerable’ as used in politics, administration and science]. *Praktiske Grunde – Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 7(1–2), 53–71.
- Larsen, K., & Esmark, K. (2013). Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring: norske og danske studier [Welfare state, health and the changing body: Norwegian and Danish studies]. *Praktiske Grunde – Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 7(1–2), 5–13.
- Larsen, K., & Hansen, G. I. (2014). Social ulighed i sundhed – mere vilkår end valg: indsigter og forklaring på norske forhold: underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt [Social inequality in health – more circumstance than choice: Insights into and explanation of the situation in Norway: Background report on social inequality in health: A Norwegian review]. In E. Dahl, H. Bergsli, & K. A. van der Wel (Eds.), *Nasjonal kunnskapsinnsamling om sosial ulikhet og helse* [National data on social inequality and health]. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Larsen, K., Hansen, P. E., Højbjerg, K., & Dige, M. B. (2014). *Kompleks fremtid og reflek-sive sundhedsprofessionelle: om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne: afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt* [Complex future and the reflexive health professional: Developing and improving healthcare education programmes: Report on the Danish Health Confederation’s education project]. Implement Consulting Group.
- Larsen, K., & Harsløf, I. (2019). Promoting health as a form of capital: The transformation of the Danish healthcare field as experienced by private healthcare professionals. In F.

- Collyer & K. Willis (Eds.), *Navigating private and public healthcare: Experiences of patients, doctors and policy-makers* (pp. 123–143). Palgrave Macmillan.
- Larsen, K., Harsløf, I., Højbjerg, K., & Hindhede, A. L. (2018). 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*. International Sociological Association.
- Larsen, K., Hindhede, A., & Henriksen, F. M. (2020). Sundhedskapital blandt danske sundhedsprofessionelle: en kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af kropsofattelser og distinktion blandt forskere, klinikere og studerende i Danmark [Health capital among Danish health professionals: A quantitative and qualitative study of body image and distinction among researchers, clinicians and students in Denmark]. *Praktiske Grunde – Nordisk Tidsskrift for Kultur- og Samfundsvidenskab*, 14(1–2), 43–74. [http://praktiskegrunde.dk/2020/praktiskegrunde\(2020-1+2e\)larsen-hindhede-henriksen.pdf](http://praktiskegrunde.dk/2020/praktiskegrunde(2020-1+2e)larsen-hindhede-henriksen.pdf)
- Larsen, K., Larsen, M. H., Nicolaisen, M. H., & Henriksen, F. M. (2022). Bodies need yoga? No plastic surgery! Naturalistic versus instrumental bodies among professions in the Danish healthcare field. *Social Theory & Health*, 20(1), 1–20. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00151-z>
- Larsen, K., Røpke, I., & Hindhede, A. (2025). Mapping health capital: A multiple correspondence analysis (MCA) of navigating illness and social stratification among patients in Danish healthcare. *In review*.
- Larsen, K. (2000). *Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider: et observationsstudie af praktikuddannelse inden for sygeplejerskeuddannelsen: ph.d.-afhandling* [Known and misunderstood aspects of practical training: An observational study of practical training in nurse training: PhD thesis]. UCSF, Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning.
- Larsen, K. (2005). Hospitalsarkitektur og social arkitektur: om klasser af rum, klasser af mennesker og klasser af tanker [Hospital architecture and social architecture: Categories of space, people and thought]. In K. Larsen (Ed.), *Arkitektur, krop og læring* [Architecture, the body and learning]. Hans Reitzel.
- Larsen, K. (2007). Videnskab mellem kontinuitet og brud: hvad siger historisk epistemologi og kan pædagogik og sociologi lære af den? [Science between continuity and change: What historical epistemology tells us and whether pedagogy and sociology can learn from it]. *Praktiske Grunde – Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, (2), 5–19.
- Larsen, K. (2008). Myter og sandheder om sundhed, ulighed og privatisering [Myths and truths about health, inequality and privatization]. *Information*, August 29. <https://www.information.dk/debat/2008/08/myter-sandheder-sundhed-ulighed-privatisering>
- Larsen, K. (2009a). Det betaler sig at investere i egen sundhed [Investing in your health pays off]. *Information*, April 1. <https://www.information.dk/debat/2009/03/betaler-investere-egen-sundhed>

- Larsen, K. (2009b). Hospitalet mellem stabilitet og forandring: sociologiske og historiske perspektiver [The hospital between stability and change: Sociological and historical perspectives]. In M. Holen & B. Winther (Eds.), *Akut, kritisk og kompleks sygepleje: samfunds- og humanvidenskabelige perspektiver* [Ac
- Larsen, K. (2010). Det behandlende hus er blevet sygt: Sociologiske og historiske perspektiver på patientforløb [The house of care has become sick: Sociological and historical perspectives on patient pathways]. In H. Timm (Ed.), *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet – i social- og sundhedssektoren* [Joined-up processes in the health system – in the social and health sector]. Videnscenter for Sammenhængende Forløb.
- Larsen, K. (2018). Pierre Bourdieu. In P. T. Andersen & H. U. Timm (Eds.), *Sundhedssociologi: En grundbog* [The basics of health sociology] (2nd ed.). Hans Reitzel.
- Larsen, K. (2021a). Rekonstruktion af sundhedskapital: Formelle og informelle kilder og veje i et konstruktionsarbejde over 15 år [Reconstructing health capital: Formal and informal sources and pathways in 15 years of construction work]. *Praktiske Grunde – Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 15(1), 93–114. [http://praktiskegrunde.dk/2021/praktiskegrunde\(2021-1j\)larsen.pdf](http://praktiskegrunde.dk/2021/praktiskegrunde(2021-1j)larsen.pdf)
- Larsen, K. (2021b). Folkesundhed, politik og sundhedsøkonomi [Public health, politics and health economics]. In *Sundhedskapital: Investeringer i kroppen* [Health capital: Bodily investment] (pp. 45–67). Samfundslitteratur.
- Larsen, K. (2021c). Selvbibliografi og introduktion [Autobiography and introduction]. In *Sundhedskapital: Investeringer i kroppen* [Health capital: Bodily investment] (pp. 9–20). Samfundslitteratur.
- Larsen, K. (2021d). *Sundhedskapital: Investeringer i kroppen* [Health capital: Bodily investment]. Samfundslitteratur.
- Larsen, K., Cutchin, M. P., & Harsløf, I. (2013). Health capital: New health risks and personal investments in the body in the context of changing Nordic welfare states. In I. Harsløf & R. Ulmestig (Eds.), *Changing social risks and social policy responses in the Nordic welfare states* (pp. 151–172). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9781137267191_8
- Larsen, K., & Morrow, V. (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(3), 7–30. [http://praktiskegrunde.dk/2009/praktiskegrunde\(2009-3d\)larsen-morrow.pdf](http://praktiskegrunde.dk/2009/praktiskegrunde(2009-3d)larsen-morrow.pdf)
- Lupton, D. (2016). *The quantified self*. Polity Press.
- Mushkin, S. J. (1962). Health as an investment. *Journal of Political Economy*, 70(5), 129–157.
- Nettleton, S., & Green, J. M. (2014). Thinking about changing mobility practices: How a social practice approach can help. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 239–251. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12101>
- Nettleton, S. (2020). *The sociology of health and illness* (4th ed.). Polity Press.
- Porter, R. (1995). *Disease, medicine and society in England, 1550–1860*. Cambridge University Press.

- Prieur, A., & Rosenlund, L. (2010). Danske distinksjoner [Danish distinctions]. In K. Dahlgren & J. Ljunggren (Eds.), *Klassebilder: Ulikhet og sosial mobilitet i Norge* [Class pictures: Inequality and social mobility in Norway] (pp. 241–268). Universitetsforlaget.
- Rose, N. (2009). *Livets politik: Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede* [The politics of life: Biomedicine, power and subjectivity in the 21st century]. Dansk Psykologisk Forlag.
- Scambler, S., & Newton, P. (2011). Capital transactions, disruptions and the emergence of personal capital in a lifeworld under attack. *Social Theory & Health*, 9(2), 130–146. <https://doi.org/10.1057/sth.2011.1>
- Shilling, C. (1991). Educating the body: Physical capital and the production of social inequalities. *Sociology*, 25(4), 653–672.
- Shilling, C. (2016). *The body: A very short introduction* (Vol. 454). Oxford University Press.
- 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. <https://doi.org/10.1177/0022146509361185>
- Skeggs, B. (2011). Imagining personhood differently: Person value and autonomist working-class value practices. *The Sociological Review*, 59(3), 496–513. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2011.02018.x>
- Skydsgaard, M. A. (2015). Toilettet: Vandforsyning og kloakering [The toilet: Water supply and sewerage]. In H. Kragh & K. H. Nielsen (Eds.), *50 opfindelser: Højdepunkter i teknologien* [50 inventions: Highlights of technology] (pp. 120–125). Aarhus Universitetsforlag.
- Skydsgaard, M. A. (2006). *Ole Bang og en brydningstid i dansk medicin* [Ole Bang and a breakthrough in Danish medicine]. Aarhus Universitetsforlag.
- Sodemann, M. (2019, December 26). Debat: Professor: Sundhedsvæsenet drukner i middelklassens små problemer [Debate: Professor: The healthcare system is drowning in the minor problems of the middle class]. *Altinget*. <https://www.altinget.dk/artikel/189907-professor-sundhedsvaesenet-drukner-i-middelklassens-smaa-problemer>
- Timmermans, S., & Tavory, I. (2012). Theory construction in qualitative research: From grounded theory to abductive analysis. *Sociological Theory*, 30(3), 167–186. <https://doi.org/10.1177/0735275112457914>
- Vallgård, S., & Krasnik, A. (Eds.). (1999). *Sundhedstjeneste og sundhedspolitik: En introduktion* [Healthcare and health policy: An introduction] (2nd ed.). Munksgaard.
- Vallgård, S. (2003). *Folkesundhed som politik: Danmark og Sverige fra 1930 til i dag* [Public health as politics: Denmark and Sweden from 1930 to the present]. Aarhus Universitetsforlag.
- Wacquant, L. J. D. (2009). *Punishing the poor: The neoliberal government of social insecurity*. Duke University Press.
- Wacquant, L. (2014). Foucault, Bourdieu og straffestaten i den neoliberale æra [Foucault, Bourdieu and the penal state in the neoliberal era]. *Praktiske Grunde – Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 8(1–2), 103–110.

- Wacquant, L. J. D., & Bourdieu, P. (1992). *An invitation to reflexive sociology* (Vol. 106). Polity Press.
- Willis, K., Collyer, F., Lewis, S., Gabe, J., Flaherty, I., & Calnan, M. (2016). Knowledge matters: Producing and using knowledge to navigate healthcare systems. *Health Sociology Review*, 25(2), 202–216.

Don't Wait with Theory – Know What You Are Looking For!

Why, When and How Theory Matters in Qualitative Empirical Studies

Kristian Larsen & Kim Esmark

Abstract

This paper offers a reflexive reappraisal of the role of theory in qualitative research, challenging the dominant norm of theory-late, inductive inquiry. Drawing on Bourdieu's concept of the epistemological break, the argument centres on the premise that constructing an empirical object is already a theoretical act. Rather than obstructing empirical openness, theory provides the conceptual tools necessary to focus inquiry, reduce complexity, and render social phenomena analytically tractable. Against the backdrop of symbolic gestures to paradigms and meta-theories, the paper promotes the use of middle-range and field-specific theories as instruments of epistemic precision. A typology of theoretical applications in health sociology illustrates how theory can guide empirical work—from patient narratives to institutional logics and pedagogical practices. Through this, the paper advocates for a reflexive, theory-led methodology that foregrounds theoretical labour as central to the sociological craft, enabling not just description but also critical analysis and context-sensitive interpretation.

Keywords

Construction of object, methodology, Bourdieu, historical epistemology, deduction, health sociology, empirical theory

An Invitation to Reflexive Theorising in Qualitative Research

It often appears both methodologically sound and ethically commendable to commence qualitative inquiry in an open-ended, inductive fashion – posing broad questions, employing minimally structured interviews or observations, and deferring theoretical engagement

until after an initial condensation of meaning (e.g Braun & Clarke, 2006). This is frequently presented as the ‘gold standard’ in qualitative research: to remain open to the empirical world so as not to impose premature order upon complexity. Warnings abound – ‘Do not narrow your lens too early’; ‘Let the field speak for itself’ – and such imperatives have, with considerable nuance, served to distinguish qualitative inquiry from quantitative, deductive, and so-called positivist approaches.

Yet, this paper invites a reappraisal. Taking its examples from the field of health sociology, and drawing on Bourdieu’s insistence on the *epistemological rupture*, it argues that the very act of researching already involves theoretical labour. The very moment a research question is being defined and formulated (that is, before the actual investigation has even begun), the researcher inadvertently uses concepts, taxonomies, assumptions, hypotheses etc. The question is just whether these are used unconsciously or consciously, implicitly or explicitly. Except within Christian religious imaginaries there is no such thing as immaculate conception. That is why, according to Bourdieu, the

... dream of an epistemological state of perfect innocence papers over the fact that the crucial difference is not between a science that effects a construction and one that does not, but between a science that does this without knowing it and one that, being aware of work of construction, strives to discover and master as completely as possible the nature of its inevitable acts of construction and the equally inevitable effects those acts produce. (Bourdieu, 1999: 608)

Reality never speaks for itself. It “cannot reply unless it is questioned” (Bourdieu et al., 1991: 36), and the moment you put the question, you are initiating a work of construction. In other words: no matter how sensitive, open-minded and ‘value-neutral’, the qualitative researcher always brings preconceived ideas into the process. Because the social world is “inscribed both in things and in minds”, including the minds of sociologists, “it presents itself under the cloak of the self-evident which goes unnoticed because it is by definition taken for granted” (Bourdieu & Wacquant, 1992: 251). To escape the uncontrolled effects of such preconceptions (about health-care and welfare, for instance) that are built into common-sense, public discourse and everyday language, the sociologist must arm herself with a ‘new gaze’, “*a sociological eye*” – and to that end, she needs theory. In fact, according to Bourdieu, that is really the primordial function of theory in sociological work: to secure the epistemological break and facilitate the construction and exploration of an *autonomous* object (Bourdieu et al., 1991).

Far from being an impediment to empirical richness, therefore, theory is the very condition for empirical focus. Rather than obscuring complexity, theoretical frameworks allow researchers to reduce the social world meaningfully, enabling attention to be directed, distinctions to be drawn, and objects of inquiry to be constructed with reflexive precision. In short, theory is not an optional adornment but the most vital instrument in the sociologist’s craft.

From Paradigms and Meta-Theories to Applicable Theories

A common pitfall in empirical research, especially within qualitative traditions, is the reliance on abstract meta-theoretical paradigms that remain disconnected from the research practice itself. References such as “this is a phenomenological-hermeneutic study” or claims of being “constructivist and feminist” often function symbolically rather than instrumentally. These philosophical positions, though intellectually significant, do little to help the researcher construct the empirical object in a grounded, operational sense (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2018). Instead of hovering at a meta-level, we argue for the importance of working with middle-range theories or field-specific theoretical frameworks that offer concrete tools for empirical engagement. Such theories, when properly selected, provide sharper analytical lenses and guide empirical focus. The ‘tool’ metaphor is important here: Rather than conceiving of theory as belonging to a lofty world of thoughts and ideas, elevated above the mundane activities of selecting informants, preparing questionnaires, organising field notes, coding data, etc., we should think of concepts and models in *craft terms*, as practical utensils to be used for practical purposes of research. The value of a given theory thus cannot be determined in the abstract, only in relation to a specific research problem. Applying a related metaphor of Todorov’s (1986: 177), we might say that theoretical concepts “are a little bit like workers: in order to measure their real value, one has to know what they can do, not where they come from.”

Theories are Conceptual Constructions

Theories do not emerge in a vacuum. They are products of intellectual labour embedded within professional, institutional, and historical contexts. Theories, particularly those that survive through widespread scholarly testing and critique, constitute condensed intellectual responses to patterned phenomena. Consider the theoretical development surrounding ‘professions’ or ‘the welfare state’. These are informed by decades of empirical studies and critical refinement. They serve to organise, synthesise, and ultimately enable insight into broader social mechanisms.

Types and Levels of Theoretical Abstraction

We can roughly distinguish between three types of theoretical abstraction:

1. Grand Theories (e.g., Giddens, 1991; Beck, 1992): Highly abstract frameworks concerned with the structure of modernity, identity, and institutions.
2. Middle-Range Theories (Merton, 1968): Operate at an intermediate level, enabling generalisation while remaining empirically anchored (e.g., theories of transition in health).
3. Micro-Theories: Highly contextualised and specific, e.g., theories of a given patient group's experience with a particular diagnosis.

Each level carries different capacities for generalisation, applicability, and abstraction, and the choice should reflect the research question’s scope and context.

A Typology of Theory Use in Health-Related Sociological Research

Diagram: Seven Types of Theories and Their Empirical Focus

Type of Theory	Primary Focus	Level	Example Theorists/Works
Disease and Patientology	Illness experience, coping, identity	Micro	Kleinman et al. (1978); Bury (1982); Antonovsky (1979)
Social Medicine and Prevention	Risk, vulnerability, health determinants	Meso/Macro	Bengtson & Settersten (2016); WHO ICF Framework
Organisational and Institutional	Structures, rules, logic of healthcare fields	Meso	Weber (1968); Goffman (1961); Emirbayer & Johnson (2008)
Cultural and Materiality	Power, technology, intersectionality	Macro	Hall (1973); Crenshaw (1989); Latour (2005); Mol (2002)
Professions and Specialisation	Work, autonomy, interprofessional struggles	Meso	Abbott (1988); Brante (2010); Bourdieu (1996)
Education, Learning, and Didactics	Formation of habitus, learning environments	Meso	Bourdieu (1977); Dewey (1902); Schön (1983)
Sociological Theory and Modernity	Inequality, risk society, field dynamics	Macro	Bourdieu (1991); Foucault (1991); Giddens (1991)

From Theoretical Awareness to Reflexive Practice

Theory is not a postscript. Nor is it merely a decorative reference to intellectual ancestry. Rather, it is a foundational component of empirical design, analysis, and reflection. In line with Bourdieu's concept of the epistemological break (Bourdieu et al., 1991), the act of constructing the research object itself is already a theoretical operation. Words such as 'patient', 'care', or 'rehabilitation' carry implicit classifications, exclusions, and assumptions. They must be interrogated and refined through conceptual work.

Applying the Seven Theory Types: Examples and Use Cases

1. Disease and Patientology

This theoretical area centres the subjective and embodied experiences of illness, positioning the patient not merely as a biological entity but as a social actor negotiating meaning, identity, and continuity in life. Bury's (1982) notion of biographical disruption provides a framework for understanding how chronic or acute illness fragments one's narrative coherence and forces a re-evaluation of past, present, and future selves. In rehabilitation contexts, this lens enables nuanced insight into how patients engage in identity work—re-establishing social roles, relationships, and self-conception after trauma or disability. Similarly, Antonovsky's (1979) Sense of Coherence (SOC) model conceptualizes health as a process rather than a state, grounded in comprehensibility, manageability, and meaningfulness. This helps to explain variations in resilience and adaptive capacity across different populations and illness trajectories. In short: This theory type foregrounds the patient's experience of illness as a disruption of meaning, identity, and continuity, and highlights how some sustain coherence through adaptive sense-making.

2. Social Medicine and Prevention

This area draws attention to the social determinants of health and the structural conditions that create differential exposures to risk and resilience. It critiques individualistic models by embedding illness within broader systems of inequality – poverty, aging, environmental factors, and marginalization. The WHO's ICF framework exemplifies an integrated biopsychosocial model that does not merely categorize impairment but also considers how social structures and environments compound or mitigate functional limitations. In rehabilitation, such theories allow scholars and practitioners to diagnose not only physical deficits but also contextual barriers—be they infrastructural, economic, or attitudinal. In short: Social medicine theory emphasizes the interplay between structural determinants and embodied outcomes, challenging reductive biomedical framings of prevention and recovery.

3. Organisational and Institutional Theories

This cluster explains how health and rehabilitation settings operate not only as technical systems but also as cultural and bureaucratic structures with embedded norms, power relations, and logics of practice. Goffman's total institutions frame such environments as enclosures where everyday autonomy is constrained by routines, surveillance, and institutional narratives – reshaping how patients perceive themselves and are perceived. Emirbayer & Johnson's reworking of Bourdieu's field theory illuminates the meso-level tensions within and between institutions, revealing how actors navigate hierarchies, legitimacy struggles, and professional boundaries. In short: This theory type helps decode the rules, rituals, and symbolic orders that govern institutions, offering insight into both constraint and agency within organizational life.

4. Cultural Theory and Materiality

Theories in this domain interrogate how cultural meanings, identities, and material practices co-produce realities in health and rehabilitation. Technologies are not neutral tools but mediators of care that embody assumptions about the body, normality, and treatment. Actor-Network Theory and Mol's concept of the body multiple uncover how diseases are enacted differently depending on the sociotechnical configurations at play—what counts as a disease or improvement shifts across contexts. Crenshaw's intersectionality offers a lens to examine how overlapping social locations (race, gender, class) shape differential treatment outcomes, making visible systemic biases embedded in ostensibly 'objective' care. In short: This area highlights the entanglements between culture, identity, and material practices, showing how health is co-constructed across social and technological domains.

5. Profession and Specialisation

This theory cluster attends to the dynamics of expertise, boundary-work, and legitimacy in healthcare. Abbott's system of professions conceptualizes the health field as a competitive arena where groups negotiate jurisdiction over tasks, knowledge claims, and authority. Interprofessional conflicts – between doctors, nurses, therapists – can thus be read as strug-

gles over symbolic and material capital. Brante’s work extends this by exploring how ‘professional complexes’ evolve, especially in welfare-oriented systems where professions must balance autonomy with institutional and state logics. Bourdieu’s framework shows how professionals accrue symbolic capital through credentials, networks, and conformity to institutional habitus. In short: These theories make visible the power relations within and between professions, revealing how status, expertise, and recognition are socially produced and contested.

6. Education, Learning, and Didactics

This theoretical area concerns how health knowledge is taught, internalized, and performed. Medical education is not merely cognitive; it entails the cultivation of dispositions, language, and perceptual schemas – the habitus – that align with professional norms. Becker et al.’s ethnographic work shows how students gradually acquire the ‘clinical gaze’, learning not just what to see, but how to see like a physician. Dewey’s emphasis on experiential learning and Schön’s reflective practice underscore the importance of real-world engagement and iterative sense-making in professional formation. These theories are particularly relevant in interprofessional education and simulation-based learning. In short: This domain focuses on how medical subjectivities are shaped through education, blending formal curriculum with tacit socialization into professional worlds.

7. Sociological Theory and Modernity

This final category offers macro-analytical tools to interrogate the broader societal shifts shaping health, governance, and subjectivity. Foucault’s governmentality critiques how modern health systems subtly produce self-monitoring, self-governing citizens who internalize responsibility for health – a dynamic evident in e-health and wellness platforms. Giddens and Beck examine late modernity as a period of uncertainty and reflexivity, where individuals are tasked with constructing identities amid rapid social change and systemic risks (e.g., pandemics, genetic screening). Bourdieu’s field theory remains crucial for understanding how symbolic capital and habitus reinforce stratification even within ostensibly meritocratic systems. In short: These theories allow for a critical perspective on how modernity, power, and identity converge in shaping contemporary health discourses and practices.

Operationalisation of Theory in Empirical Research

Operationalising theory refers to the process of translating or converting abstract theoretical concepts into concrete research tools – questions, indicators, or coding schemes – that can be systematically used in empirical data construction and analysis. It’s a crucial step that ensures theoretical coherence throughout the research process and maintains a strong link or “two-way traffic” (Merton, 1968: 279) between concepts and evidence. In fact, following Bourdieu, theory and research operations ideally should *interpenetrate each other entirely* (Bourdieu & Wacquant, 1992: 34-35). Here are some basic examples:

1. In Surveys

Quantitative instruments like surveys often require theoretical constructs to be broken down into measurable indicators or scales. Antonovsky's (1979) Sense of Coherence (SOC) theory, for example, has been systematically operationalised into a standardized SOC scale, consisting of items that measure comprehensibility, manageability, and meaningfulness. A sample item like "Do you usually feel that the things that happen to you in your daily life are hard to understand?" targets the individual's perception of the world as structured and predictable – core to the SOC framework. Additional items might assess one's belief in being able to handle challenges (manageability) or the perceived value of investing emotional energy in life's demands (meaningfulness). These become quantifiable data points for exploring the relationship between sense of coherence and outcomes such as rehabilitation success, quality of life, or adherence to treatment. Theoretical clarity guides scale construction, while operational indicators allow for large-scale pattern detection and hypothesis testing.

2. In Interview Guides

In qualitative research, theory is operationalised by informing the design of interview questions that elicit narratives, meaning structures, or symbolic associations aligned with theoretical concepts. Using Bourdieu's concept of habitus, questions such as "Can you describe your upbringing and education and how that shaped your approach to health or illness?" aim to uncover durable dispositions and social conditioning that structure how individuals perceive, interpret, and act upon health-related situations. Responses can reveal how class, education, and early experiences inform one's health behaviours or attitudes toward healthcare professionals. Applying Goffman's (1961) total institution theory, an interview question like "How does your daily routine here compare with your previous experiences outside the hospital?" seeks to explore the institutional scripting of time, behaviour, and autonomy. This might illuminate the loss of personal agency or reveal adaptive strategies patients use to retain a sense of self. Operationalisation here is interpretive – questions are crafted to provoke reflections that align with theoretical constructs, and analysis involves coding these responses in terms of the theoretical lens.

3. In Observational Studies

Ethnographic or participant observation allows theory to be operationalised through sensitising concepts that guide what to observe and how to interpret it. Inspired by Mol (2002), one might observe how a medical technology (e.g. glucose monitors or mobility aids) becomes part of different "enactments" of disease. For instance, clinicians may use the device to calibrate treatment, while patients might see it as a symbol of dependency or autonomy. The theory prompts researchers to look for multiplicity and contextual variability in practice – how the same object means and does different things in different hands. Using Latour's Actor-Network Theory (ANT), operationalisation involves mapping out the actors (both human and non-human) and the networks they form. Observations might focus on how a medication dispensing machine structures the morning workflow, influences com-

pliance, or shifts the distribution of authority among staff. Rather than looking only at human intention, the theory leads one to trace chains of action and delegation that include devices, protocols, and spatial arrangements. The observational lens becomes theoretically attuned, not neutral – foregrounding specific interactions, objects, or power dynamics that otherwise might go unnoticed.

Summing up. Operationalising theory is very important and means *putting it to work* by translating abstract concepts into concrete tools for data collection and analysis. This is not a mechanical act but a situated practice, requiring sensitivity to the theory’s ontological assumptions and the research context. In surveys, interviews, and observations, operationalisation ensures theoretical coherence by shaping indicators, guiding questions, and attuning the researcher’s gaze. And once again: No measuring instruments come without built-in theoretical presuppositions. In the words of Bourdieu et al. (1991: 39), “all the operations of sociological practice, from drawing up questionnaires and coding to statistical analysis, are so many *theories in action*, inasmuch as they are conscious or unconscious procedures for constructing facts and relations between facts.”

The Descriptive and Analytical Power of Theories

A central function of theory in empirical research is its capacity to enable statements, produce structured understanding, and guide empirical focus. Theories highlight certain aspects of the empirical world while rendering others less visible. This selective illumination is not a weakness but a necessary and productive constraint that helps the researcher to avoid becoming lost in data.

What Theories Help Us Do:

Describe	Theories offer language and categories for describing practices, roles, relationships, and institutions in empirically sensitive ways. For example, using Goffman's concept of the <i>total institution</i> allows one to describe the institutional routines of a rehabilitation ward more precisely than everyday language would permit.
Analyse	Theories such as Bourdieu’s concept of field or habitus allow researchers to go beyond surface-level descriptions and examine underlying logics, power relations, and dispositions.
Distinguish	Theories allow the researcher to distinguish between phenomena that may appear similar on the surface but operate under different logics. For example, distinguishing between patient compliance as a behavioural issue and as a response to institutional power.
Contextualise	Sociological theory helps locate the empirical case within broader social, historical, or political frameworks (e.g., neoliberal governance, medicalisation).

Examples:

- Theory of Professions: Provides concepts like jurisdiction, social closure, and symbolic capital to distinguish and analyse the power dynamics between doctors and nurses.
- Learning Theories: Help uncover how knowledge, skills, and professional identities are shaped through formal education and clinical training.
- Cultural Theories: Offer tools to analyse how norms, beliefs, and material practices influence patient-provider interaction across gender, class, or ethnicity.

In short, theory is not just about ‘explaining’ data after it has been collected. It helps shape what we see, what we consider significant, and how we articulate findings in ways that resonate within scholarly and professional communities. It gives our research voice, direction, and authority.

From Description to Normativity: The Epistemological Fallacy

In critical realism, particularly as articulated by Roy Bhaskar (2008), there's a caution against the epistemological fallacy: the error of conflating knowledge about a phenomenon (epistemology) with the nature of the phenomenon itself (ontology) – or in other words, the error of sliding from the model of reality to the reality of the model (Bourdieu, 1990). In the context of health sociology, this fallacy warns against *overgeneralization* - assuming that insights from a specific context universally apply to all contexts – and *normative overreach* – deriving prescriptive conclusions solely from descriptive data without considering underlying mechanisms or broader structures. Graham Scambler (2013) emphasizes this in his work on health inequalities, noting that while we can describe patterns of illness across social classes, prescribing solutions requires a deeper understanding of the underlying social structures and power dynamics.

Summing up. Descriptive theories are powerful tools for understanding specific aspects of phenomena. However, transitioning from description to prescription necessitates caution. By acknowledging the stratified nature of reality and avoiding the epistemological fallacy, we ensure that our normative conclusions are grounded in a comprehensive understanding of both observable events and their underlying mechanisms. In an example about educational reforms this could be overlooking *contextual factors* such as cultural attitudes towards collaboration, student motivation, teacher preparedness, and curriculum design, or *institutional structures* like the availability of resources to support such learning methods.

Conclusion

Qualitative research benefits significantly from early and consistent integration of theory. It not only sharpens focus but also adds reflexive depth. Rather than treating theory as an afterthought or an abstract ornament, it should be operationalised as an instrument of thought – a guide to constructing, interrogating, and contextualising the research object.

Theory is what allows researchers to ‘see’ differently, question more rigorously, and construct knowledge that is both empirically rich and conceptually robust, and that *goes against the grain* by breaking with implicit common-sense.

Kristian Larsen Head of research Center of health Research (UCSF) and Professor University of Copenhagen, Public Health, Copenhagen Denmark. Professor 2 OsloMet University, Oslo Norway. Email Kristian.larsen@regionh.dk

References

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. University of Chicago Press.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass.
- Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. Sage Publications.
- Becker, H. S., Geer, B., Hughes, E. C., & Strauss, A. L. (1961). *Boys in White: Student Culture in Medical School*. University of Chicago Press.
- Bhaskar, R. (2008). *A Realist Theory of Science* (2nd ed.). Routledge.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice* (R. Nice, Trans.). Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice* (R. Nice Trans.). Polity Press.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., & Passeron, J.-C. (1991). *The Craft of Sociology. Epistemological Preliminaries*. De Gruyter.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago University Press.
- Bourdieu, P. (1996). *The State Nobility: Elite Schools in the Field of Power*. Cambridge: Polity Press.
- Brante, T. (2010). Professional Fields and Truth Regimes: In Search of Alternative Approaches. *Comparative Sociology*, 9(6), 843–886. <https://doi.org/10.1163/156913310X522615>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Bury, M. (1982). Chronic Illness as Biographical Disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167–182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Dewey, J. (1902). *The Child and the Curriculum*. University of Chicago Press.
- Emirbayer, M., & Johnson, V. (2008). Bourdieu and Organizational Analysis. *Theory and Society*, 37(1), 1–44. <https://doi.org/10.1007/s11186-007-9052-y>
- Foucault, M. (1991). Governmentality. In G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (Eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality* (pp. 87–104). University of Chicago Press.

- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Polity Press.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.
- Hall, S. (1973). *Encoding and Decoding in the Television Discourse*. Centre for Contemporary Cultural Studies, University of Birmingham.
- Johannessen, A., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. M. (2018). *Introduktion til samfundsvi-
denskabelig metode*. Hans Reitzels Forlag.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care: Clinical Les-
sons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*,
88(2), 251–258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*.
Oxford University Press.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press.
- Merton, R. K. (1968). *Social Theory and Social Structure* (Enlarged ed.). Free Press.
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the
Twenty-First Century*. Princeton University Press.
- Scambler, G. (2013). *Sociology, Health and the Fractured Society: A Critical Realist Ac-
count*. Routledge.
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*.
Basic Books.
- Todorov, T., & Mack, L. (1986). 'Race', Writing, and Culture. *Critical Inquiry* 13(1), 171-
181.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability
and Health (ICF)*. World Health Organization.

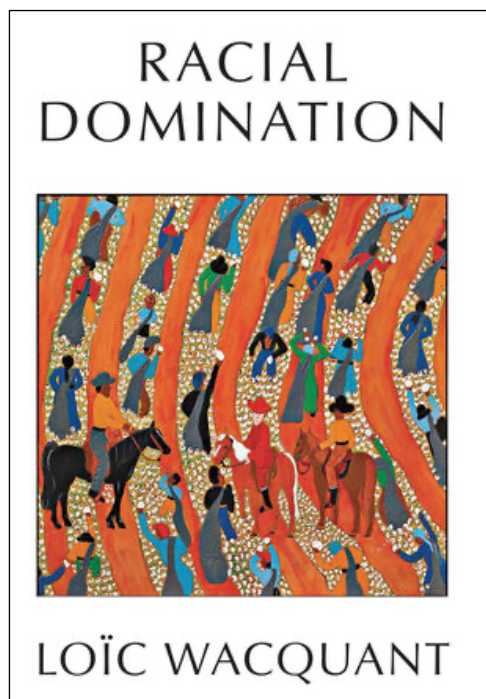
Wacquants nyklassiker om etnoracial dominans

Anmeldelse af Carsten Sestoft

Loïc Wacquant, *Racial Domination*. Polity Press, 2024, 498 sider.

Wacquants nye bog om race og racisme ligner allerede fra udgivelsen i juni 2024 en klassiker i sociologien for det 21. århundrede. Den er ikke alene den tykkeste bog, han har udgivet, men har også en fræsende energi i forsøget på at erstatte den velmenende amerikanske tænkning om racisme med bedre teoretisk og empirisk funderede modeller for forståelse af etnoracial dominans. Problemet ved den amerikanske venstrefløjsdoxa er for Wacquant, at den ofte sætter normativitet over erkendelse, hvor han med Weber ønsker at fastholde, at sociologiens bidrag til social retfærdighed kun kan gå gennem erkendelsen af, hvordan tingene er, og ikke hvordan de burde være.

Redskaberne til dette opgør er en helt overvældende mængde teoretiske tekster og historisk materiale fra hele verden, som handler om majoriteters behandling af minoriteter og kriterier for race. Alene litteraturlisten er på 67 sider, og der er 17 siders indeks. Bogen indeholder fire store kapitler, hvoraf de to første er teoretiske og modelbyggende, mens de to sidste er empiriske og historiske. Det ene af de historiske kapitler handler om Jim Crow-regimet i USA's sydstaten fra slutningen af 1800-tallet til borgerretsbevægelsen i 1960'erne. Det karakteriseres med rette som en kasteterrorisme, for selv om man kender mange



aspekter af dette regime fra litteratur over film til jazz, er det i Wacquants fremstilling alligevel markant værre, end i hvert fald jeg havde forstået; terrorisme er ingen overdrivelse, selv om ordet her dækker majoritetssamfundets behandling af afroamerikanere efter slaveriet. Det andet historiske emne er en genskrivning af hans studier af sammenhængen mellem ghettoer og fængsler i USA og med fremskreden urban marginalitet: Ghettoer kommer mere til at ligne fængsler, og fængsler kommer mere til at ligne ghettoer.

De teoretiske udredninger lægger ud et indledende afsnit, kaldet *Problemstellung* (er vi nu også begyndt at tale tysk?), om de tre kilder til bogens videnskabssteoretiske forudsætninger:

- Bachelards konstruktivisme baseret på bruddet med epistemologiske forhindringer og på epistemologisk årvågenhed
- Weber, som ud over idealtypebegrebet leverer en forståelse af race som en undertype af etnicitet, der erfares som identificering, når man selv foretager den, og som kategorisering, når den påtrykkes udefra
- Bourdieu forstået på wacquantsk vis som tænkere af socialt rum og symbolsk magt eller vold

I dette indledende kapitel gennemgår han også sin forståelse af begrebet dominans i diskussion med Bourdieu, Weber og Foucault på nogle få sider (16-29), som er lige så tankevækkende som kompakte. Han skriver, at "domination is constitutive of race as a social principle of vision and division". Race indgår således altid i en kontekst med undertrykkelse, og racebegrebet har kun mening i en form for racisme, herunder den omvendte form, man finder i den amerikanske venstrefløjs måde at tale om race på, som er tæt på at være lige så essentialistisk som den undertrykkende racisme: "Indeni alt for mange racekonstruktivister er der en raceessentialist, som kæmper for at komme ud", som han skriver side 49. Ekspliciteringen af det videnskabssteoretiske ståsted, som der ikke er så meget nyt ved for tidligere læsere, er formentlig dikteret af, at Wacquant med denne bog og dette emne skriver sig ind i nye konfliktuelle debatter, hvor han placerer sig noget på tværs og dermed kan have god grund til at gøre sit teoretiske grundlag mest muligt transparent, så kritikken kan begynde på et oplyst niveau.

Dernæst foretager han en teoretisk *reframing* af racespørgsmålet i bogens første store kapitel, som er en udvidet version af artiklen "Hvordan løser vi problemet med 'race' i det 21. århundrede?", som undertegnede har oversat til *Social kritik* nr. 167 (2022-23). Wacquant opererer ligesom Weber meget med systematiske nummererede opregninger af de relevante emner. Der er således fem skridt: Racial dominans må historiseres, den må følges overalt i verden, USA må vippes af pinden som det privilegerede sted og eksempel for racetænkning, det er nødvendigt at droppe anklagelogikken og skyldspåleggelsen. Så kan man nå frem til det femte punkt, som er, at race er fornægtet etnicitet, som må udsættes for et dobbelt brud, så man kan se, at race beror på etnicitet, men fornægter dette ved at naturalisere den, således at naturaliseringen må medinddrages for at forstå, hvordan forholdet mellem etnicitet og race er karakteriseret af vaghed og et kontinuum mellem frivillig identificering og påtvunget kategorisering udefra.

Wacquant opstiller i det andet store teoretiske kapitel en model for racial dominans, som er karakteriseret ved fem elementære former for etnoracialt herredømme: Det opererer ved kategorisering, diskrimination, segregering, afsondring (*seclusion*) og vold, som eksemplificeres historisk og geografisk. De fem begreber er tydeligvis idealtyper i Webers forstand, dvs. redskaber til at tænke med, som har rod i observation og empiri, men underkastes en form for logisk variation, der potentielt kan indfange alle aspekter af fænomenet. Fx siger han, at diskrimination både kan være positiv og negativ, og at den også kan være legitim og meningsfuld (fx mht. stemmeret eller kørekort). Sådanne overvejelser om de logisk mulige varianter i, at grupper sætter skel mellem grupper, kan bruges til at præcisere, at race-diskrimination er et skel, som opleves som uretfærdigt og illegitimt af den eller de grupper, det går negativt ud over. Han illustrerer i øvrigt ofte sine teoretiske modeller med grafiske fremstillinger, som fungerer godt som mnemotekniske redskaber.

Det interessante ved denne femfoldige model for etnoracial dominans er, at den ikke afhænger af grundlaget for dominansen (side 155). Det betyder, at modellen lige så vel kan anvendes på dominans baseret på klasse, seksualitet eller køn som på race. Sagt på en anden måde indebærer modellen, at der ikke er brug for en specifik teori om racedominans, men at modellen for etnoracial (etc.) dominans kan integreres i en almen teori, som Wacquant kalder en teori om agonistisk gruppedannelse. Agonistisk gruppedannelse handler om kamp mellem etniske grupper om herredømme, som fx sættes i værk ved at naturalisere eksisterende (eller eventuelt ikke-eksisterende) forskelle mellem grupperne som raceforskelle. Det handler således om at undersøge, hvordan klassifikation (det symbolske) bliver til stratifikation (også på et materielt plan), dvs. en lagdeling af dominerende og dominerede.

Set på den måde opløser racebegrebet sig i bogen, i en grad, så man kan (fejl)læse den som en relativisering af den vestlige, hvide skyld i al racisme, som er udgangspunktet for meget af den anklagende amerikanske og vestlige racetænkning. Wacquants idé er lige så lidt at uddele tilgivelse som skyld, så ideen er mere, at det ikke er muligt at konstruere et videnskabeligt racebegreb, og at en sociologisk kortlægning af, hvad race vil sige, kun kan forsøge at genskrive problematikken i andre termer og dermed de facto opløse race som videnskabeligt begreb for at få en mere virkelighedstro forståelse af, hvordan uretfærdighed, diskrimination og undertrykkelse i forholdet mellem etniske grupper fungerer. Som han skriver med en mærkelig sammensat metafor, handler det om den delikate og paradoksale operation at bortoperere kategorien race fra den teoretiske værktøjskasse, samtidig med at man fastholder fokus på fænomenet som én blandt flere varianter af agonistisk gruppedannelse med grundlag i dialektikken mellem klassifikation og stratifikation (side 355-56). Sagt på en anden måde er racebegrebet snarere i vejen for en reel forståelse af den diskrimination, segregering og vold, som etnoracial dominans påfører grupper, end et egnet middel til at reducere den.

Tætheden i disse to teoretisk diskuterende og modelbyggende kapitler er temmelig høj, så det er ikke nogen letlæst bog. Den er ikke let at bide skeer med, men forlader sig på den diskussionsstrategi, som Bourdieu også opererede med, nemlig at hvis man er virkelig velforberedt, kan man også tillade sig en vis (sommestider høj) grad af arrogance. Man kan måske minde om, at Bourdieu og Wacquant sammen angreb USA's intellektuelle dominans

i artiklen "The Cunning of Imperialist Reason", hvis franske version (i *Actes de la recherche en sciences sociales* nr.121-22) i 1998 ikke gav anledning til andet end tilfredshed hos dem, der kunne læse den, mens den engelske version i 1999 efter sigende skabte en del opstandelse (*Theory, Culture and Society*, 16(1)). Det er måske ikke en strategi, som umiddelbart vinder mange venner, især ikke når man som Wacquant kritiserer begreberne om intersektionalitet, struktural racisme, racial capitalism eller afropessimisme. Sidstnævnte repræsenteres af Frank B. Wilderson III's bog af samme navn fra 2020, og den er da også ret så forbløffende, som det fremgår af Vinson Cunninghams anmeldelse i *The New Yorker*. Strukturel racisme og intersektionalitet forekommer imidlertid betydeligt tættere på den relationelle og strukturelle tænkning, som Wacquant har med fra Bourdieu, så måske ville en mere pædagogisk og imødekommende kritik have fungeret bedre her? Men det han siger, er egentlig blot, at fx udtrykket 'strukturel' alt for ofte erstatter den empiriske undersøgelse af fænomenet, som det burde have været begyndelsen på, men i praksis lukker ned for.

Bogen kan læses som en eksemplarisk måde at gå til et sociologisk problemfelt på, selv om projektets omfang næsten er for stort til at have eksemplarisk værdi, fordi det er svært at forestille sig, at nogen i virkeligheden kan beherske et så omfattende korpus af viden og teori – og så endda ikke en gang som kronen på et livsværk, men som en slags biprodukt af hans langvarige interesse for amerikanske ghettoer og fængselssystemer og hans position som fransk inspireret forsker, der har uddannet sig og arbejdet i USA gennem snart fyrre år.

Et særligt spørgsmål kunne være, hvad man kan bruge bogen til i Danmark. Hvordan kan den gøre én klogere på racisme i Danmark? Wacquant foreslår i forlængelse af Moses Finleys skelnen mellem ægte slavesamfund og samfund med slaver, at man kan skelne mellem raceopdelte samfund (typisk Sydafrika under apartheid) og samfund med racer. Norge nævnes af Wacquant som eksempel på et samfund med race. Det samme må antagelig gælde Danmark, hvor der i stedet for samer er grønlandere og de samme primært muslimske indvandrere og flygtninge og deres efterkommere fra en bred vifte af lande. Bortset fra i ghettoloven er der ikke megen formel diskrimination af etniske minoriteter i Danmark (formel diskrimination er for mig at se begyndelsen på et racesamfund), men en del "mikrodiskrimination", som Wacquant kalder de rutinemæssige forulempelser, som etniske danskere føler sig kaldet til at udøve over for etniske minoriteter i bussen, på gaden eller i køen til klubber. Dertil kommer en høj grad af segregation i boliger, uddannelse og ægteskab, som også har en klassesdimension, der gør racismen mindre entydig.

Først og fremmest vil Wacquants teoretiske ordning kunne bidrage til en oprydning i mange af de debatter, som føres i Danmark. Som al ægte universalisme kan den bruges både til angreb på og forsvar for både det ene og det andet synspunkt på grupper og gruppedannelse.

Bourdieu's vej til Bourdieu

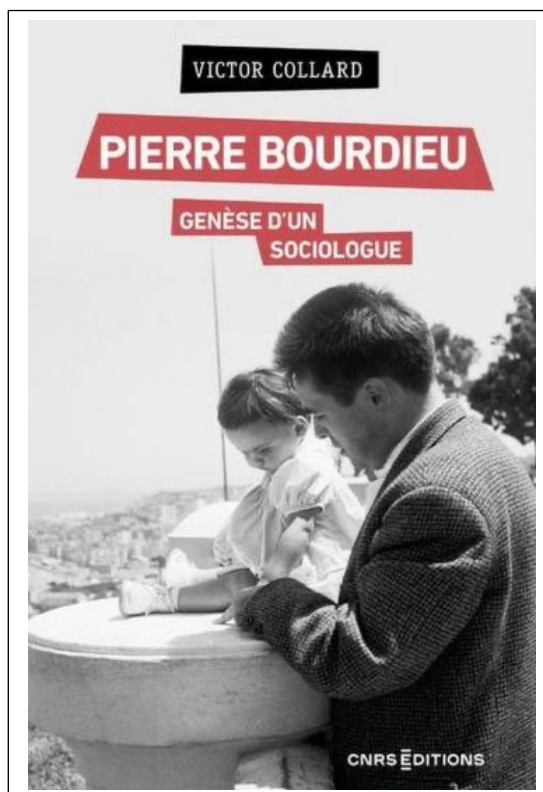
Anmeldelse af Carsten Sestoft

Victor Collard: *Pierre Bourdieu. Genèse d'un sociologue*. CNRS Editions, 2024, 448 sider.

Victor Collards bog er ikke en biografi, men et forsøg på at situere og forklare Bourdieus bane gennem uddannelsessystemet og hans vej fra filosofi til sociologi indtil et tidspunkt i 1960'erne. Det er således en Bourdieu-analyse af Bourdieu, og den er baseret på et rekordgrundigt empirisk arbejde. Collard ønsker at tilvejebringe, som han skriver i konklusionen,

... nogle lidt kendte oplysninger om den økonomiske og kulturelle kontekst for Bourdieus opvækstmiljø, om de uddannelsesinstitutioner, han frekventerede, og de aktører, han var i kontakt med, om de konkrete studieforhold, som formede hans første intellektuelle dispositioner, og om konteksten for hans militærtjeneste under krigen i Algeriet og om den måde, det lykkedes ham at udføre sine første etnologiske arbejder i dette land, selv om han hovedsagelig var uddannet i at diskutere filosofi (s. 400).

Det empiriske materiale omfatter ikke blot Bourdieus personlige papirer og breve, men også hans læreres, studiekammeraters og kollegers private arkiver, arkiver på de institu-



tioner, han havde berøring med, fx i form af lære- og eksamensplaner, samt interviews med relevante personer og en mængde anden relevant litteratur, fx erindringer. Collard har desuden interviewet nogle af Bourdieus jævnaldrende, som lever endnu, bl.a. Lucien Bianco. Det er formentlig grunden til, at bogens ret rørende forsidebillede viser Bourdieu i gang med at forklare Lucien Biancos cirka etårige datter et eller andet på et tidspunkt i slutningen af 1950'erne.

Det er svært at forestille sig, at det kan gøres meget grundigere end dette, bl.a. fordi Collard går langt for at be- eller afkræfte selv de mindste ting. Eksempelvis viser det sig muligt at eftervise, at Bourdieu i løbet af sit første studieår på *Ecole normale supérieure* (1951-52) ikke blot tog kurser på Sorbonne, som det var normalt, men også på Sciences-Po, som denne institutions arkiver kan dokumentere. Når der ikke findes dokumentation, forsøger han at ræsonnere over andres fremstillinger. Studiet af studiekammeraten Gérard Simons personlige arkiv med noter til undervisning og læsning kan således bruges til at få en idé om, hvordan man konkret studerede filosofi på *Ecole normale supérieure* i 1950'erne og forberedte sig til den store afgangseksamen, den såkaldte *agrégation*. Af og til virker det hele også usandsynligt nørdet, fx når Bourdieus og studiekammeraternes karakterer på *Ecole normale supérieure* i 1953 bliver genstand for komparativ analyse.

Hvilket billede af Bourdieus bane bliver det så til? På mange måder afviger det ikke så meget fra det, man ved fra Bourdieus egne gengivelser af sin bane, bl.a. i den posthumt udgivne *Udkast til en selvanalyse* (2002, dansk oversættelse 2006). Collard opregner fem punkter, som bidrager med en forklaring på Bourdieus uddannelsessucces i de første stadier til og med gymnasiet i Pau: Han var af hankøn, barn af en offentlig funktionær med en stabil (om end ikke særlig høj) indkomst og en vis skriftkultur, han var enebarn, han blev set og støttet af rektor på gymnasiet i Pau, og han fik en høj placering i den nationale konkurrence i latinsk oversættelse i 1947, *Concours général des lycées en version latine*. Det viser sig også, at der på de næste trin i hans uddannelsesforløb, de 2-årige forberedelsesklasser (*la khâgne*) til konkurrencen om adgang til *Ecole normale supérieure*, faktisk var ganske mange børn fra ansatte i postvæsenet og fra tilsvarende sociale niveauer. Det er først senere, at rekrutteringen også socialt og ikke kun skolemæssigt blev elitær.

Dog er arten af Bourdieus forhold til filosofi et overraskende element. Måske var han faktisk ikke som udgangspunkt specielt interesseret i filosofi. Ganske vist var hans karakterer stærkt variable (det er indimellem svært at følge), bl.a. fordi hans rebelske temperament gjorde, at hans mundtlige eksamener regelmæssigt forløb katastrofalt, men de bedste karakterer havde han ofte i sprog, samtidig med at han også var godt med i matematik og naturvidenskabelige fag. Valget af filosofi var ifølge Collard en nærmest mekanisk konsekvens af hans hidtidige skolemæssige succes: Da filosofien var den højeste disciplin i det skolemæssige hierarki, var det den, de karaktermæssigt højest placerede valgte eller havnede i.

Filosofien var på den måde måske primært et situeret valg af det mest prestigøse i skolekonteksten. Alt andet lige kan det have gjort fravalget af den lettere, da Bourdieu efter et år som gymnasielærer i Moulins (1954-55), blev indkaldt til militærtjeneste i Algeriet. Han var en slags kommunikationsmedarbejder i koloniadministrationens *Gouvernement général*, hvor han påbegyndte sin bog om Algeriets sociologi (1958). Efter militærtjenesten i

1955-57 blev han i Algeriet som assistent for en professor ved universitetet i Algiers, så han kunne færdiggøre bogen. Collard viser, at han på et teoretisk plan ikke var helt uforberedt på den brede vifte af empiriske metoder til at producere viden om Algeriet, som han bragte i anvendelse både i militærtjenesten og som assistent. Undervejs på Ecole normale supérieure havde han nemlig også haft kurser i sociologi og etnologi (Comte, Durkheim, Mauss, Lévy-Bruhl mv.), som Collard naturligvis har fundet læreplanerne for. Og på samme tid udfordrede humanvidenskaberne filosofien (fx etnologen Lévi-Strauss i forhold til filosofien Sartre), men det gør Collard ikke så meget ud af.

Mens han var i Algeriet, overvejede Bourdieu at lave en *thèse* (ph.d.-afhandling) om følelsernes fænomenologi, som ret præcist placerer ham på det filosofiske felt i 1950'erne: Projektet var skrevet op imod Sartres *Esquisse d'une théorie des émotions* ("Udkast til en teori om følelser," 1939), bl.a. på den måde, at det ikke blot var følelsernes fremtræden for bevidstheden (dvs. fænomenologi), men også deres naturvidenskabeligt kvantificerbare fysiologi (fx sådan noget som øget puls, blodtryk eller blodsukterniveau som forbundet med specifikke følelser), som Bourdieu ønskede at forbinde i projektet. Det var således både filosofisk med og mod Sartre og fænomenologien; han ønskede at supplere og styrke filosofien med naturvidenskabelig målbarhed, hvorved han samtidig også undergravede filosofiens suverænitæt. På den måde kunne afhandlingsprojektet siges at pege frem mod en sociologisk videnskab, som udfordrede filosofien, men derved også fastholdt en stadig relation til den.

Collard viser også to andre interessante ting om Bourdieus forhold til filosofien som ung forsker. Den ene er, at han fortsatte med at sende sine empiriske og etnografiske tekster til kommentering hos lærere og tidligere medstuderende fra filosofi. Der var således en form for intellektuel kontinuitet i, hvem han stolede på som læsere. Den anden kan ses i de tekster, som Bourdieu genskrev og genudgav flere gange undervejs i sin karriere. Disse tekster, fx *Le bal des célibataires*, ungkarleballet, indeholdt i begyndelse ikke nogen filosofiske referencer, men fik flere og flere som tiden gik. Det kan fortolkes som et skift fra et indledende ønske om, at den empiriske videnskab kunne klare sig uden filosofiske referencer, til en mere bevidst brug af filosofiske referencer som eksempler på, hvordan filosofien kunne fungere som en værktøjskasse, der kunne løse konkrete problemer i empirisk forskning, sådan som både Bourdieu og Passeron har sagt.

Man kunne anføre en bemærkning, hvis kilde det ikke er lykkedes mig at komme i tanker om, nemlig at for Bourdieus generation af filosofiuddannede var betingelsen for at få et forskerjob stort set, at man valgte en anden disciplin end filosofi. Bourdieus studiekammerater Jacques Derrida og Jean-Claude Pariente blev rigtignok professorer ved at beskæftige sig med filosofi, omend det for Derrida tog næsten to årtier længere end for Bourdieu at blive *directeur de recherche* på Ecole des hautes études en sciences sociales, i 1983 mod 1964. Men der var mange flere af de jævnaldrende filosoffer, som lavede noget andet end filosofi, fx Lucien Bianco (Kinastudier), Paul Veyne (antikhistorie), Gérard Genette (litteraturvidenskab), Louis Marin (kunsthistorie og semiotik), Robert Castel (sociologi) m.fl.

Af en eller anden grund havde jeg ikke forestillet mig, at Bourdieu-analysen af Bourdieu, når den endelig blev lavet, ville være sådan som denne her. Det er et seriøst, overbevisende og ufatteligt grundigt arbejde, men også ekstremt forsigtigt med at sige ret meget

om den filosofiske kontekst eller andre større kontekster. Det er muligvis et udtryk for de komplicerede hierarkier, som Collard uvægerligt opererer i, når hans opgave er at objektivere grundlæggeren af den tradition, han arbejder i, dvs. også hans læremesters læremester. (Bourdieu var dog ikke direkte vejleder for hans vejleder, Marc Joly). Der er former for respekt, man må vise den, der havde et mere omfattende førstehåndskendskab til sagen, end man selv nogensinde får, og der er andre former for respekt, man må vise det forskningsmiljø, man selv er et produkt af, og som på sin side er et produkt af grundlæggeren – selv om distancen til oprindelsen også kan virke frigørende og gøre det muligt at anlægge et mere uhildet syn på den. Og så er det måske også et elementært begynderproblem, fordi den form for overblik, som gør det muligt at placere Bourdieus projekt i en kontekst af andre intellektuelle projekter, først dannes (og accepteres af andre) senere i karrieren. Det giver plads til flere sociologiske analyser i fremtiden af Bourdieus og efterkrigstidens intellektuelle historie, men nu er der i så fald med Collards bog et grundlag at bygge videre på, som sætter en meget høj standard.