

# Sårbarhed og sundhed

## *En perspektivering*

Helle Max Martin

---

VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd  
*hemm@vive.dk*

Martin, Helle Max. 2021. Sårbarhed og sundhed: En perspektivering. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 35, 23-31

Sårbarhed fylder i debatten om sundhed, men samtidig er der ikke en klar og fælles forståelse af, hvad begrebet betyder.

Der er bred enighed om, hvad der kan bidrage til sårbarhed i menneskers liv – svære sociale kår, lav uddannelse og indkomst, sygdom osv. Måske derfor synes der også at være en grundlæggende antagelse om, at vi har en fælles forståelse af sårbarhed. Begrebet anvendes om individer eller grupper, som på forskellig vis lever med udfordringer i deres liv, men uden en egentlig forklaring eller afgrænsning af, hvad sårbarhed indebærer, ud over at det kan måles som ulighed i sundhed. Samtidig kan der være forskellige udlægninger af sårbarhed på spil – ofte samtidig.

Dette essay beskriver fem perspektiver på, hvad sårbarhed er. De belyser på forskellig vis, hvordan sårbarhed opstår og vedligeholdes, hvordan sårbarhed opleves og hvilke konsekvenser sårbarheden kan få.

Sårbarhed i relation til sygdom og sundhed udgør ikke et veldefineret og afgrænset forskningsfelt, som en perspektivering af begrebet kan læne sig op ad. I publikationer på sundhedsområdet beskrives og udforskes begrebet sårbarhed kun sporadisk i sin egen ret. Dette essay beror derfor også på publikationer med forskelligt fokus – på ulighed i sundhed, men også på fx social udsathed og marginalisering samt enkelte artikler og bøger, der beskæftiger sig direkte med sårbarhed. Den valgte litteratur er ikke en udtømmende liste over, hvad der er

skrevet om sårbarhed, men den kan hjælpe os med at blive klogere på, hvordan sårbarhed beskrives og forstås i relation til sundhed.

## Befolkningen: Sårbarhed og ulighed i sundhed

Når man beskæftiger sig med sundhedsområdet er begrebet sårbarhed ofte tæt knyttet til ulighed i sundhed. Det vil sige, at sårbarhed skriver sig ind i sammenhængen mellem levevilkår, levevis og samfundsforhold samt den ulighed, der kan måles som en øget sygelighed og dødelighed blandt bestemte grupper i samfundet.

Ulighed kan anskues som en dikotomi, hvilket vil sige, at dele af befolkningen er sårbare, mens andre ikke er det. I politiske sammenhænge bliver der ofte brugt absolutte ord som 'de udsatte', 'de sårbare' og 'de resourcesvage' til at omtale disse grupper med (Vallgård, 2019).

I analyser af ulighed i sundhed bliver forskelle i befolkningen dog oftere anskuet som en gradient – det vil sige, at sårbarheden for sundhedsrisici stiger, når den sociale position falder. Den sociale og sundhedsmæssige ulighed følges således ad (Sundhedsstyrelsen, 2011; Vallgård, 2019). Dette underbygges af statistik om sammenhængen mellem sygelighed og dødelighed og forskellige risikofaktorer. Det kan for eksempel være uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet og indkomst, civilstand, etnicitet, genetiske faktorer, forhold i opvæksten osv. I den epidemiologiske litteratur undersøges sammenhængen mellem risikofaktorer og sygdom ofte i et relativt snævert perspektiv. Er der fx en sammenhæng mellem psykisk sygdom og forøget risiko for at udvikle type 2 diabetes? (Deschênes, et al., 2018) Er der en sammenhæng mellem etnicitet og dødelighed ved brystkræft? (Troeschel, et al., 2019)

Forskning i folkesundheden – herunder systematiske forskelle i eksponering for risiko for sygdom, sygdomsforekomst og -konsekvenser – er en hjørnesten i sundhedspolitikken. Den underbygger sundhedsfremme, forebyggende indsatser og sundhedsydelse målrettet borgere, der statistisk set er sårbare.

Vallgård beskriver i sin bog om ulighed i sundhed, hvordan det – trods viden om det komplekse samspil mellem mange forskellige faktorer i ulighed i sundhed – har været almindeligt at lægge adfærd og livsstil til grund for forskelle i sygelighed og dødelighed (Vallgård, 2019). Det gælder politisk og i arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse af kronisk sygdom, hvor svær overvægt, inaktivitet, rygning, alkohol mv. har været mål for en række indsatser, der skal hjælpe

borgere og patienter til bedre sundhed. Det aktuelle fokus på livsstil og KRAM-faktorer kommer til at skygge for de sociale og samfundsmæssige vilkår, der former menneskers helbredsmæssige udfordringer (Aamann, 2016).

I forhold til befolkningens sundhed er sårbarhed noget, som kommer til udtryk som risiko for sygdom og som negative konsekvenser af sygdom, der kan måles statistisk i bestemte grupper af befolkningen. Det sårbare individ er på den ene side en abstrakt person, der kan knyttes til kendte sårbarhedsfaktorer, og på den anden side målgruppe for politikker og indsatser, der specifikt adresserer risikofaktorer og konsekvenser af sygdom hos bestemte befolkningsgrupper.

## Individet: Sårbarhed som eksistentielt fænomen

Sårbarhed er ikke kun noget, man kan se som en ulige fordeling af sygelighed og dødelig i befolkningen. Sårbarhed kan også anskues som et eksistentielt fænomen. Det vil sige, at sårbarhed hører til det at være menneske, og alle mennesker kan komme i en situation, hvor de er særligt udsatte for skade. Denne situation kan være vedvarende eller forbigående, ligesom sårbarheden kan være mere eller mindre udtalt. (Berg, 2018).

Eksempelvis kan det at blive diagnosticeret med en kronisk sygdom som fx kræft eller diabetes, ses som en 'disruptiv' begivenhed, der ændrer hverdagen radikalt og udfordrer det syge menneskes selvopfattelse og livssituation. Når man får en kronisk sygdom, er man ikke længere den, man var før sygdommen. Fremtiden er pludselig usikker og indeholder måske smerte, lidelse og funktionstab samt afhængighed af andre. I denne situation kan man opleve sig selv som sårbar (Bury, 1982). Risikoen for sårbarhed er et eksistentielt vilkår for alle mennesker.

Vejen ud af sårbarhed handler dels om den enkeltes egne ressourcer og livserfaringer, dels om de rammer, som man lever i. Mestring kan i denne sammenhæng ses som processen med at acceptere forandring og mobilisere kræfter og ressourcer til at håndtere den nye situation på en kompetent måde – gennem problemløsende adfærd og følelsesmæssig tilpasning (Berg, 2018). Hermed kan man genvinde noget autonomi og kontrol over sin situation, hvorved sårbarheden kan fortage sig helt eller delvist. Resiliens og muligheden for mestring er dog ikke ligeligt fordelt, og mennesker har ikke de samme forudsætninger for at håndtere sårbarhed (Berg, 2018).

Antropologen Liamputtong ser sårbarhed som reduceret autonomi hos individet, hvilket vil sige begrænsninger ift. at træffe beslutninger om sit liv og bevare

uafhængighed og selvbestemmelse (Liamputtong, 2007). Denne begrænsning kan bl.a. opstå som følge af akut eller kronisk sygdom. I denne forståelse er sårbarhed ikke bare en skade på ens livsmuligheder, men også en form for større afmagt, som man ikke nødvendigvis kan 'mestre' sig ud af, men som man også må affinde sig med og leve med.

Sårbarhed som eksistentielt fænomen – altså pointen om, at alle kan blive sårbare - kan synes unyttig, når man gerne vil gøre en forskel for mennesker, der lever med svære udfordringer i deres liv (Kermit, 2018). Men dette perspektiv peger på, at sårbarhed ikke kun hører de særlige grupper i samfundet til, som åbenlyst lever med mange risikofaktorer. Mennesker, der har gode kort på hånden, kan også blive sårbare, når de rammes af fx sygdom (Sodemann, 2017).

## Relationerne: Sårbarhed i interaktionen

Selv om alle kan blive syge og dermed er udsat for en eller anden grad af sårbarhed, så er der forskel på den måde, som forskellige grupper i samfundet søger hjælp på. I Sundhedsstyrelsens rapport om ulighed i sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2011) skriver forfatterne, at "brugerens uddannelse, sociale status, sproglige evner, mv." – det vil sige individets ressourcer – spiller en vigtig rolle i interaktionen med de sundhedsprofessionelle. Mennesker med høj uddannelse og status har bedre forudsætninger for at få den nødvendige hjælp i sundhedsvæsenet. I rapporten fremgår det, at der er stor ulighed i brugen af sundhedsvæsenets ydelser, når man sammenligner befolkningsgrupper - fx på speciallægeydelser, brugen af forebyggende tilbud, hvor grupper med lav indkomst har et mindre forbrug. Omvendt forholder det sig for fx akutte ydelser (fx skadestuebesøg) og indlæggelser. Rapporten peger på, at for de mest sårbare patienter er det ofte de akutte kriser, der udløser en kontakt.

Statistikken får konkret udtryk i sundhedsvæsenet, hvor de sundhedsprofessionelle møder folk, der med mange, ofte interagerende, problemer i hverdagen har svært ved at håndtere deres helbred på de måder, som vil afhjælpe deres lidelser (Sodemann, 2017). Det er sundhedsprofessionelle i både det primære og sekundære sundhedsvæsen, som i en presset hverdag med afmålt tid og faste arbejdsgange, skal finde overskud og interesse for at hjælpe patienter, der ikke altid passer ind i systemet. Sodemann (2018) har beskrevet grundigt og omfattende, hvordan der i disse situationer er en risiko for, at der skabes en relationel sårbarhed. Når syge mennesker ikke føler sig hørt og forstået, når de ikke kan

gennemskue, hvad der sker omkring dem, og når de ikke kan 'tale sproget' og opføre sig som 'gode patienter', så bliver de endnu mere usikre og bekymrede og kan måske ikke finde ud af at gennemføre behandlingen. Dette betyder, at sårbarhed kan opstå i eller forværres gennem organisering, kommunikation, arbejdsgange, faglige selvforståelser, kultur osv., og det kan få betydning for kvaliteten af behandlingsforløbet (Sodemann, 2017).

For de mest udsatte grupper er mødet med sundhedsvæsenet særligt udfordret. I en rapport om alment praktiserende lægers erfaringer med sårbare patienter, konkluderes det at læger i almen praksis knytter ord som belastede, besværlige, indsatskrævende og tunge til disse patienter, og at de finder arbejdet med disse patienter meningsfuldt, men også krævende (Lindberg, et al., 2011). I et studie om socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet beskrives det, at nogle socialt udsatte mennesker føler sig stigmatiseret og diskrimineret i kontakten med læger i almen praksis og på hospitalerne (Pedersen, 2018).

Den relationelle sårbarhed har således stor betydning for, hvordan mennesker, der i forvejen har store udfordringer med deres helbred og liv i almindelig, kan søge og få hjælp. Det er en dimension af sårbarhed, som ikke forsøger at forklare sårbarhedens udspring i sociale og økonomiske vilkår, men sætter spot på at sårbarhed kan opstå eller blive forstærket i mødet med sundhedsvæsenet og kan have konsekvenser for den enkeltes behandlingsforløb.

## Kulturen: Sårbarhed i familie og netværk

Social position handler ikke kun om statistik. Det handler også om position i sociale miljøer, om at høre til en gruppe og være del af et netværk. Den måde man håndterer sine livsvilkår formes også i disse sammenhænge. Værdier og normer i det omgivende miljø har betydning for de valg, man meningsfuldt kan træffe – også om livsstil og håndtering af helbredsmæssige udfordringer. Det betyder også, at der er mange andre hensyn end sundhedshensyn, der har indvirkning på ens helbred. Sociale mønstre for fx livsstil, uddannelses- og jobvalg har også betydning for de valg, den enkelte typisk træffer (Vallgård, 2019).

Meinert og Seeberg skriver i forlængelse heraf om den sociale smitte af ikke-smitsomme sygdomme for at sætte fokus på, at nogle former for sygdomme spredes – ikke bare gennem livsstil, men også gennem social tilhørsforhold, kommunikation og identitet (Meinert & Seeberg, 2017). Som eksempel beskriver Grøn i artiklen 'Slægt, hygge, tid og sted', hvordan overvægt 'smitter' i familier gennem op-

levelser af familiemæssig forbundethed og fællesskab omkring tilbagevendende traditioner, fx julefrokost, grillaftner osv. Hendes artikel viser – her med overvægt som fokus – hvordan sociale relationer bærer på vaner og måder at være sammen på, der udtrykker tilhørsforhold og fælles identitet, der som derfor ikke let kan afskrives for fx at opnå et vægttab og bedre helbred på længere sigt (Grøn, 2017).

Den del af sundhedsvæsenet, der beskæftiger sig med sundhedsfremme og forebyggelse, har fået til opgave at hjælpe borgere, der enten er i risiko for at blive syge eller allerede er syge til at blive sundere og håndtere deres sygdom bedre. Det sker bl.a. gennem vidensformidling (fx patientskoler) eller adfærdsændring (fx rygestopkurser). Ovenstående eksempel om overvægt illustrerer, at mennesker kan have svært ved at ændre adfærd, selv om de får ny viden, hvis denne viden ikke resonerer med fællesskaber og adfærd, som de selv og deres omgivelser til lægger værdi.

For mennesker, der lever med sårbarhed, gælder det dermed også, at denne sårbarhed kan fastholdes eller forstærkes i de miljøer, de bevæger sig i, og at mestring ift. risiko for sygdom og håndtering af sygdom formes også i den sociale og kulturelle kontekst.

Dette perspektiv understreger, at individer sjældent står alene med sin sårbarhed, men at familien og det sociale netværk omkring dem spiller en afgørende rolle og ofte er del af denne sårbarhed

## Diskursen: Sårbarhed som magt og stigmatisering

Sundhed optræder som en dominerende diskurs i vores samfund. Denne diskurs udstikker den rette praksis for, hvordan man skal håndtere sin krop og evt. sundhedsproblemer på (Lehn-Christensen, et al., 2016). Den gode borger tager ansvar for eget helbred gennem en sund livsstil, og når sygdom rammer ved at søge viden, ændre livsstil, følge behandlingsråd osv. I en bog om ulighed i sundhed peger Lehn-Christensen, Liveng et al. på, at der i konkurrencestaten (modsat velfærdsstaten) ligger en særlig forståelse af forholdet mellem stat og individ, som også slår igennem i diskursen om sundhed og udøvelsen af sundhedspolitik. Der føres i Danmark en proaktiv sundhedspolitik, som gennem information og motiverende teknologier netop opfordrer borgerne til at handle aktivt og tage ansvar for egen sundhed. Det sunde liv er til en vis grad blevet synonymt med det gode og det rigtige liv (Nielsen, 2015).

Samtidig er samfundets dårligst stillede særligt udsatte i en sundhedskontekst, som studier af ulighed i sundhed viser. De er generelt mere syge og har sociale eller økonomiske udfordringer at kæmpe med. Det sunde liv leves i højere grad af samfundets bedre stillede og kan dermed også anskues som middelklassens liv (Nielsen, 2015).

Sundhed, usundhed, udsathed og sårbarhed er således ikke neutrale begreber, der beskriver objektiv tilstande. Det er også politisk og moralske begreb, der udspringer af en privilegeret position i samfundet, og som kategoriserer menneskers liv og adfærd ud fra deres nærhed eller afstand til denne position.

I dette perspektiv indebærer sårbarhed således et eksternt blik, der vurderer individer eller grupper for deres evne til at modstå vanskeligheder såsom sygdom. At være sårbar forudsætter nemlig, at man kan være ikke-sårbar. Prædikamentet sårbarhed signalerer, at der er noget som sårbare personer eller grupper mangler for at være for at være stærke og velfungerende – om det så er ressourcer, mestringsevne, sundhedskompetence, uddannelse eller lignende. I og med at begrebet sårbarhed udtrykker en mangel, placeres ansvaret for egen (u)sundhed hos den enkelte. Det giver anledning til en udgrænsning af de usunde som 'uansvarlige' eller i en mere benign udgave – de sårbare, som skal hjælpes mod bedre helbred (Nielsen, 2015). Af samme grund risikerer sundhedsindsatser målrettet sårbare grupper at blive oplevet som stigmatiserende og irrelevante. Nogle borgere tager aktivt afstand fra autoritative råd om det sunde liv, fordi det netop udtrykker et klasseperspektiv. Andre tolker sundhedsråd på måder, som bedre passer med det, de selv finder vigtigt og muligt. Dette anderkendes dog sjældent som en legitim sundhedsstrategi blandt de fagprofessionelle, som varetager sundhedsfremme, forebyggelse og behandling (Merrild, et al., 2017). Diskursen om sundhed – og implicit om sårbarhed i sundhed – bliver dermed også et spørgsmål om social klasse og udtrykker et magtperspektiv.

I dette perspektiv bliver sårbarhed et prædikat på de dele af befolkningen, som af forskellige grunde ikke ønsker eller formår at leve op til de krav, som er indlejret i sundhedsvæsenets tilbud. Det slører samtidig de andre grunde, der kan være til, at mennesker håndterer deres helbred på måder, som ikke harmonerer med sundhedsvæsenets systemer. Hvis man alene forklarer den måde, som udsatte borgere handler på ift. deres helbred, med manglende viden eller vilje til at ændre livsstil eller følge lægens råd, kan det øge polariseringen mellem forskellige grupper i samfundet og forstærke ulighed i sundhed.



# Konklusion

Dette essay har kort gennemgået begrebet sårbarhed fra forskellige perspektiver, som er repræsenteret i litteraturen om sårbarhed, ulighed og udsathed mv. Det peger på, at sårbarhed har mange dimensioner, som indbyrdes kan påvirke hinanden. Samspelet mellem svære kår, familie og sociale fællesskaber, oplevelsen af akut eller kronisk sygdom, kommunikationen med sundhedsprofessionelle og krav til en særlig praksis omkring krop og helbred understreger kompleksiteten i sårbarhedsbegrebet. En øget opmærksomhed på dette, kan give os et mere præcist sprog for sårbarhed og et bedre fundament for udviklingen af tilbud, der skal gavne de grupper, der især lider under konsekvenserne af sygdom.

# Referencer

- Aamann, I. C. (2016). Klasse, sundhed og subjekt - nye greb om social ulighed i sundhed. In Lehn-christiansen, S. et al. (Ed.), *Ulighed i sundhed: Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver*, 77-96. Frederiksberg: Frydenlund Academic.
- Berg, B. (2018). *Marginalitet, sårbarhet, mestring: Metodiske utfordringer i praksisnær forskning*. 19-34. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167-182.
- Deschênes, S. S.; Burns, R. J. & Schmitz, N. (2018). Comorbid depressive and anxiety symptoms and the risk of type 2 diabetes: Findings from the lifelines cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 238, 24-31.
- Grøn, L. (2017). Slægt, hygge, tid og sted: Familieperspektiver på overvægtsepidemien. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, 14(26)
- Kermit, P. (2018). Forståelser av begrepet sårbarhet i lys av forskningsetiske traditioner. In Berg, B.; Haugen, G. M.; Elvegård, K. & Kermit, P. (Eds.), *Marginalitet, sårbarhet, mestring. Metodiske utfordringer i praksisnær forskning*, 19-34. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lehn-Christensen, S.; Liveng, A.; Dybbroe, B.; Holen, M.; Thualagant, N.; Aamann, I. C. et al. (Eds.). (2016). *Ulighed i sundhed: Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver*. Frederiksberg: Frydenlund Academic.
- Liamputtong, P. (2007). *Researching the vulnerable: A guide to sensitive research methods*. Sage Publications.
- Lindberg, L. G.; Thorsen, T. & Reventlow, S. (2011). *Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis: En fokusgruppeundersøgelse med alment praktiserende læger i københavn, odense og århus*. København: Forskningsenheden for Almen Praksis.
- Meinert, L. & Seeberg, J. (2017). Introduktion: Social smitte. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, 26, 5-16.
- Merrild, C. H.; Andersen, R. S.; Risør, M. B. & Vedsted, P. (2017). Resisting "reason": A comparative anthropological study of social differences and resistance toward health



- promotion and illness prevention in denmark. *Medical Anthropology Quarterly*, 31(2), 218-236.
- Nielsen, M. E. J. (2015). *Forbandede sunddom*. Aarhus: DreamLitt.
- Pedersen, P. V. (2018). *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Sodemann, M. (2017). *Sårbar? det kan du selv være: Sundhedsvæsenets rolle i patienters sårbarhed*. Odense: OUH Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus.
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Ulighed i sundhed: Årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Troeschel, A. N.; Liu, Y.; Collin, L. J.; Bradshaw, P. T.; Ward, K. C.; Gogineni, K. et al. (2019). Race differences in cardiovascular disease and breast cancer mortality among US women diagnosed with invasive breast cancer. *International Journal of Epidemiology*, 48(6), 1897-1905.
- Vallgård, S. (2019). *Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed?* København: Informations Forlag.