

Sårbarhet – ett begrebb till bruk både för jämlik hälsa och hållbara samhällen

Finn Diderichsen

Professor emeritus, Københavns Universitet, Afdelingen for socialmedicin,
1014 København K, Danmark. Epost: fidi@sund.ku.dk

Sårbarhed (eng.: vulnerability) er på senere år blevet et mere og mere brugt begreb indenfor mange meget forskellige fagområder. Forskere indenfor bioetik, teologi, klima- og miljø, psykologi, sygepleje, epidemiologi og økonomi — alle bruger de dette begreb i stigende omfang. Men netop det faktum at det bruges i så forskellige videnskabelig sammenhæng med meget varierende betydning er problematisk. For et begreb med så varierende betydning indenfor forskellige discipliner kan hindre en dialog, og bidrager måske mere til at øge forvirringen end det er klagørende. Det er ikke et begreb som traditionelt har været meget brugt i dansk eller svensk socialmedicin i hvert fald ikke i nogen særlig præcis betydning. Ordet findes ikke som opslagsord i Gunnar Inghes lærebog i socialmedicin, eller i Oxford Textbook of Public Health, men Cassels sårbarhedsteori er omtalt i Urban Janlerts Folkhälsovetenskapligt Lexikon. Måske er ordet mere brugt i folkemund som en eufemisme for at undgå den stigmatiserende effekt af at fx tale om psykisk syge som i den danske folkebevægelse — Psykisksaarbar.dk. Jeg skal her diskutere den betydning ordet har fået indenfor nogle af de områder hvor begrebet nu anvendes meget og afslutte med overvejelser om det er et brugbart begreb at bruge i diskussion om dette nummers tema "den jämlika hälsa och de hållbara samhällen".

Vulnerability has recently become a very often used concept in many different disciplines ranging from bioethics, psychology, sustainability science, epidemiology, health promotion and economy, but with confusingly different meanings. It is not a concept with a strong tradition in Swedish social medicine. In social epidemiology and the study of health inequalities, differential vulnerability has been used reflecting differential susceptibility across social groups to the effect of specific causes of disease. In sustainability science it has been used as a concept covering both exposure, susceptibility and capability to adapt, cope or change exposure. As such it has great relevance for policies promoting both health equity and social sustainability.

Et etisk og et klinisk perspektiv

Begrebet sårbarhed har længe været anvendt indenfor medicinsk etik og filosofi. Respekten for individets og patientens autonomi, værdighed, integritet og sårbarhed er grundlæggende i mange etiske diskussioner (Rendtorff 2002). De fire principper hænger tæt sammen. Den som savner autonomi og fx er ude stand til at give informeret samtykke til deltagelse i behandling eller forskning er særlig sårbar. Samtidig forsyner livets endelighed og den menneskelige organisme os med en sårbarhed som er et af livets grundvilkår. Vi er dermed alle sårbare, og vores integritet kan blive skadet, hvis andre menneskers autonomi får frit spil.

Denne forståelse af begrebet sårbarhed som et grundvilkår som skal accepteres og respekteres er centralt i sygeplejevirkksomhed og -videnskab. Således skriver Svensk Sjuksköterskeförening i sin ”Värdegrund för omvårdnad” (2016):

”Om respekten för personens sårbarhet, värdighet, integritet och självbestämmande finns kan personen med ohälsa/sjukdom ges möjlighet att uppleva tillit, mening och hopp och detta i sin tur kan bidra till lindrat lidande”

I Danmark er begrebet ”den sårbare patient” blevet centralt i diskussionerne om hvordan det kliniske arbejde skal håndtere ulighed i sundhed. Morten Sodemann som er overlæge på den indvandrermedicinske klinik i Odense har i sit mangeårige arbejde

med indvandrere udviklet et ganske anderledes syn på sårbarhed, ikke som noget for alle givet, men som noget vi hele tiden (iblandt unødigt) giver til hinanden i det kliniske arbejde: Sådan skriver Sodemann i sin bog ”Sårbar – det kan du selv være” (2018):

”Sandheden er, at sårbarhed er noget alle mennesker besidder, det kan både være sundt og usundt, hensigtsmæssigt og uhensigtsmæssigt, konstruktivt og ukonstruktivt eller nødvendig og unødvendig. Det centrale er at om, hvornår og hvordan det kommer til udtryk afhænger af rammerne, relationen og processen. Hypotesen er at læger, sygeplejersker, jordemødre og andre ansatte i sundhedsvæsnet er med til at skabe og forstærke sårbarhed hos patienter. ... Kun med et blik for at sårbarhed opstår i relationer kan vi reducere uhensigtsmæssig og unødvendig sårbarhed”.

Sodemann gør det her tydeligt at han ikke ser sårbarhed som en individuel egenskab, men som noget der hele tiden reproduceres af en kontekst – i dette tilfælde den kliniske kontekst. At sundhedsvæsnets måde at arbejde på er centralt for menneskers sårbarhed som patient er klart, men grundlæggende skabes sårbarhed af den samfundsmæssige kontekst.

Et politisk perspektiv

Den hollandske filosof og bioetiker Henk ten Have har med et globalt perspektiv anlagt et mere politisk syn på sårbarhed (Have 2016). Vi er i verden sammen med andre og er sårbare i mødet med andre, men vores indi-

vidualistiske samfund med fokus på autonome overlevelsesstrategier har ført til en psykologisk sårbarhed. Netop dette at vi alle er bundet sammen med afhængighed af — og ansvar for — hinanden har fået Have til at pege på at vi lever i samfund både nationalt og globalt hvor ulighed i magt og ressourcer hele tiden reproduceres. Selvom livets endelighed gør os alle ontologisk sårbare så gør den samfundsmæssige kontekst at nogle bliver mere sårbare end andre. Sårbarheden er dermed forment af menneskelig aktivitet, og selvom sårbarhed er et menneskeligt grundvilkår så er ulighed i sårbarhed ikke noget der skal accepteres og respekteres men noget der kan og bør ændres (Have 2016). Den sociale kontekst er således ikke kun noget i hvilken autonome individer kan agere, men er også den kontekst som muliggør at autonomi og kapabilitet udvikles og styrkes, og sårbarhed dermed kan reduceres. Samfundsudviklingen kan dermed som Amartya Sen har formuleret det måles på i hvilken udstrækning den øger menneskers kapabilitet og frihed til at leve det liv de sætter pris på (Sen 1999). Det aspekt var også et vigtigt udgangspunkt for arbejdet i Kommissionen for Jämlik Hälsa (SOU 2016:55).

Sårbarhed og bæredygtighed

Mest tydeligt er interessen for begrebet sårbarhed i hvad som kaldes bæredygtighedsforskning (sv.: hållbarhetsforskning). De fleste klima- og miljøforandringer indebærer at hele befolkninger er eksponerede relativt ensartet. Når det så samtidig er tyde-

ligt at de sociale og sundhedsmæssige konsekvenser af denne eksponering rammer meget ulige så bliver det vigtigt at forstå hvad der skaber ulighed i sårbarhed for effekten af miljøeksponeringen. Den amerikanske geograf Billie Turner (2003) formulerede tidligt den definition af sårbarhed som er blevet dominerende i klima- og bæredygtighedsforskningen som en kombination af tre forhold: eksponering for faktorer som indebærer risiko for sundhed og liv, modtagelighed eller følsomhed (eng. susceptibility) for effekten af disse eksponeringer, og kapabilitet (eng. capability) til at faktisk kunne forandre, bemestre eller tilpasse sig de problematiske forhold (se figur 1).

Dette perspektiv var også gennemgående i UNDP Human Development rapport fra 2014 som handlede om hvad der globalt kræves for at gøre samfund og deres fortsatte (bæredygtige) udvikling mindre sårbar (UNDP 2014). Der peges på at befolkningens og samfundets kapabilitet kan styrkes gennem politiker som fremmer fuld beskæftigelse, universelt tilgængelige systemer for sundhed og uddannelse, mindske ulighed og øget ligestilling, mindske korruption etc.

I UNDP's rapport og Turner's terminologi bruges sårbarhed først og fremmest om samfund og deres evne til at under svære forhold forandre eksponering, modtagelighed og kapabilitet. Men begrebet sårbarhed bruges som nævnt oftest om individer og grupper. Det gælder ikke mindst i epidemiologien.

To epidemiologiske perspektiv

På individ niveau er sårbarhed på senere år især blevet knyttet til genetisk sårbarhed og modtagelighed. Med nye metoder for gen-sekventering og epi-genetisk profilering kan store befolkninger screenes for gener associeret med sygdom og som samtidig gør personen mere sårbar for effekten diverse risikofaktorer knyttet til sundhedsadfærd og miljø. Den epidemiologiske viden om talrige nye genetiske og biologiske markører har gjort det lettere at beregne gennemsnits risiko men desværre ikke gjort os meget bedre til at identificere hvilke individer som faktisk bliver syge (Merlo 2017). At informere folk om deres genetiske markører har heller ikke vist sig at have nogen større effekt på deres sundhedsadfærd (Taylor-Robinson 2018). Måske kræver livet for den genetisk sårbare og ofte også overvægtige og arbejdsløse person helt andre prioriteringer end at passe sin kost og fysiske aktivitet. ”Fattigdommens komorbiditet” kan kræve at arbejdet med at finde et arbejde og betale regningerne må gå først og hensynet til risiko for eventuel fremtidig sygdom kommer i anden række (Mendenhall 2017). At fokusere på individets biologiske sårbarhed bliver dermed en måde at lægge ansvaret på det sårbare individ at tage konsekvenserne af sin sårbarhed. Det er næppe en ordentlig måde at mindske uligheden i sundhed på.

På befolkningsniveau har sårbarhed været aktualiseret i arbejdet med at forstå de mekanismer som driver ulighed i sundhed. Johan Hallqvist påpegede i sin afhandling (Hallqvist 1998)

at uligheden i sygdom i princip kan skabes af to mekanismer, som ikke udelukker hinanden: at social position påvirker risiko for at blive eksponeret for diverse sygdomsårsager og at social position også påvirker sygdomseffekten af disse årsager. Men først nu 20 år senere er der kommet fart på de empiriske undersøgelser af dette, bl.a. fordi det først nu er blevet muligt at korrekt estimere betydningen af disse to mekanismer — mediering og interaktion i epidemiologien (VanderWeele 2015, Diderichsen, Hallqvist, Whitehead 2018). At der faktisk råder social ulighed i modtagelighed fx for helbredseffekten af alkohol har implikationer for sundhedspolitikken (Christensen m.fl. 2017). Den sårbarhed tydeliggør at strukturelle tiltag som vi ved generelt er meget effektive også kan reducere uligheden. Men det er også blevet tydeligt at den definition af sårbarhed som er blevet etableret i bæredygtighedsforskningen (figur 1) er problematisk at bruge i epidemiologien. At føre eksponering og modtagelighed ind under samme sårbarhedsbegreb er forvirrende. Til gengæld aktualiserer det tredje element i sårbarhedsbegrebet – kapabilitet, som muligheden for — og evnen til at agere – et aspekt som vi tidligt savnede i socialmedicinsk teori (Diderichsen & Janlert 1982), men som siden er blevet centralt i det sundhedsfremmende arbejde (Abel & Frohlich 2012)

Netop dette aktørs-perspektiv har i været i fokus i den del latinamerikansk epidemiologi. Den ecuadorianske epidemiolog Jaime Breihl (2013) har peget på at en ”kritisk epidemiologi” som kan forstærke kapabilitet og

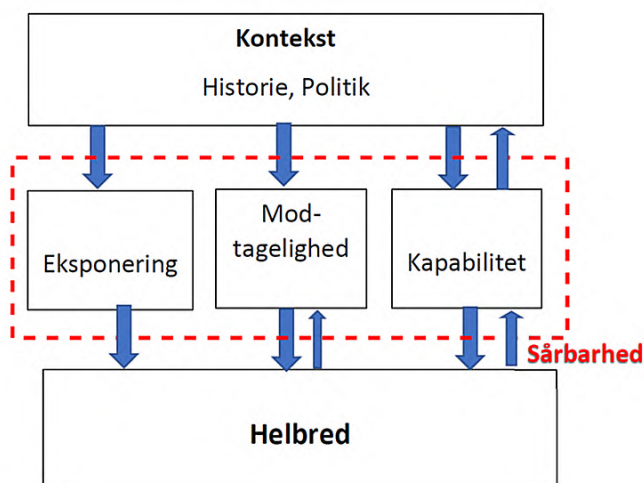
mindske sårbarhed har andre kundskabsinteresser og bør stille andre spørgsmål end hvad folkesundhedsforskningen traditionelt har gjort. Han summerer spørgsmålene med ”De fire S”: Soberana (sovereignty), Solidaria (solidarity), Sustentable (sustainability). Saludable (security): Hvad behøver forskellige aktører vide for at faktisk kunne frigøre sit samfundets muligheder til at forme en sundhedspolitik frigjort fra stærke økonomiske og politiske særinteresser (sovereignty)? Hvilke forhold og politikker kan forbygge at den samfundsudvikling som skaber rigdom og sundhed for mange ikke også skaber fattigdom og sygdom for nogle (Solidarity)? Hvilke sundhedspolitiske indsatser fremmer samfundets fysiske, biologiske og sociale bæredygtighed (Sustainability)? Hvilke levevilkår og miljøforhold truer menneskers helbred (Security). Det sidste spørgsmål er hvad epide-

miologien traditionelt søger at svare på, men de tre første kræver mere samfunds- og aktionsforskning end epidemiologiske tal.

Summering

At være sårbar er et menneskeligt grundvilkår som skal respekteres ikke mindst i det kliniske arbejde. Men måden samfundet, inklusive sundhedsvæsenet, er organiseret på kan reproducere sårbarhed og skabe store uligheder i sårbarhed. I epidemiologien er det sårbarhed i betydningen modtagelighed for effekten af en eksponering som står i fokus. På individniveau er der skabt forhåbninger om en ”precision public health”, som dog foreløbig ikke har indfriet de store forventninger at faktisk påvirke folkesundheden endsige uligheden. I den sociale epidemiologi har socialt differentieret modtagelighed dog vist

Figur 1: Sårbarhed som en kombination af eksponering, modtagelighed og kapabilitet (modificeret efter Turner 2003)



sig have relevans for sundhedspolitikken fx på alkoholområdet. Bæredygtighedsforskningen har fokuseret på manglende kapacitet som mål på sårbarhed hvilket har haft stor betydning for at geografisk og sociodemografisk kunne kortlægge sårbare samfund og grupper, og hvad som kræves for at gøre dem mindre sårbare og mere bæredygtige. På den måde er sårbarhed et begreb som binder sammen ”den jämlika hälsa och de hållbara samhällen”.

Referenser

1. Abel T, Frohlich KL. Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. *Soc Sci Med* 2012;74:236-244
2. Breihl J: La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(supl 1):S13-S27
3. Christensen HN, Diderichsen F, Hvidtfeldt UA, Lange T, Andersen PK et al: Joint effect of alcohol consumption and educational level on alcohol-related medical events: A register-based cohort study in Denmark”. *Epidemiology* 2017;28(6):872-879
4. Diderichsen F, Hallqvist J, Whitehead M. Differential vulnerability and susceptibility: how to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities. *Int J Epidemiol*. 2018. doi:10.1093/ije/dyy167
5. Diderichsen F, Janlert U. Socialmedicinsk teori. *Socialmedicinsk Tidsskrift*. 1982;59(6):296-301.
6. Hallqvist J, Diderichsen F, Theorell T, Reuterwall C, Ahlbom A. Is the effect of job strain on myocardial infarction risk due to interaction between high psychological demands and low decision latitude? *Social Science & Medicine*. 1998;46(11):1405-1415.
7. Have HT: *Vulnerability: Challenging bioethics*. London, Routledge 2016
8. Ma J, Rosas LG, Lv N: *Precision Lifestyle Medicine A New Frontier in the Science of Behavior Change and Population Health*. *Am J Preventive Medicine* 2016;50(33):395-97
9. Mendenhall E, Kohrt BA, Norris SA, Ndeitei D, Prabhakaran D. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *Lancet* 2017;389:953-963
10. Merlo J, Mulinari S, Wemrell M, Subramanian SV: The tyranny of the averages and the indiscriminate use of risk factors in public health: The case of coronary heart disease. *SSM Population Health* 2017;3:684-698
11. Rendtorff JD: Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2002;5(3):235-244
12. Sen A: *Development as Freedom*. NYC. OUP 1999
13. Sodemann M, Sårbar – det kan du selv være. Odense Universitets Hospital 2018. <http://www.ouh.dk/wm508196>
14. Taylor-Robinson D, Kee F: Precision public health – the Emperor’s new clothes. *Int. J Epidemiol*. 2018 doi:10.1093/ije/dyy184
15. Turner BL, Kasperson RE, Matson PA, McCarthy JJ, Corell RW et al: A frame-work for vulnerability analysis in sustainability science. *PNAS*;2003;100(14):8074–8079
16. VanderWeele TJ: *Explanation in Causal Inference: Methods for Mediation and Interaction*. NYC. OUP 2015
17. UNDP: *Human Development Report 2014. Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience*. New York 2014
18. J Hallqvist. Socioeconomic differences in myocardial infarction risk Epidemiological analyses of causes and mechanisms. Johan Hallqvist, Karolinska Institutet, 1998, <http://www.publications.ki.se>