

Syndemi – en ny og nyttig term i allmennpraksis?

Michael 2026; 23: 27-35

doi: 10.56175/michael.13074

Mange pasienter lever med sammensatte helseplager i skjæringspunktet mellom psykiske, somatiske, sosiale og strukturelle utfordringer. I slike situasjoner strekker ikke tradisjonelle diagnostiske og behandlingsorienterte tilnærminger i allmennlegepraksis alltid til.

Med utgangspunkt i en klinisk kasuistikk drøfter jeg hvordan begrepet syndemi kan fungere som et språklig verktøy for å belyse komplekse sykdomsforløp preget av utenforskap.

En syndemi viser til tilfeller der to eller flere helseproblemer opptrer samtidig og forsterkes av sosiale og strukturelle belastninger. I nordiske velferdssamfunn kan slike mekanismer lett overses. Et syndemisk perspektiv synliggjør hvordan ulikhet og marginalisering forsterker samspillet mellom sykdom og livsbelastninger.

Drøftingen tar utgangspunkt i nordiske kontekster – særlig økende utenforskap blant unge og utfordringer knyttet til velferdsstatens fragmenterte hjelpesystemer. Fravær av felles begreper kan vanskeliggjøre samordning på tvers av fag og nivåer. Jeg argumenterer derfor for at begrepet syndemi kan utvide den faglige forståelsen og styrke kvaliteten på oppfølgingen av pasienter med sammensatte behov.

Internasjonalt er begrepet *syndemic* godt etablert innen epidemiologi, folkehelse og medisinsk antropologi – med særlig økt oppmerksomhet etter 2019–2020. Men i Norge er begrepet lite brukt. Det fikk en viss oppmerksomhet under koronapandemien, men er fortsatt relativt ukjent i fagmiljøene innen helse, utdanning og arbeid.

Begrepet *syndemi* ble introdusert i 1994 av den amerikanske sosialantropologen Merrill Singer (1950–2025), som kombinerte ordene *synergy* og *epidemic* til *syndemic*. Gjennom studier av rusmisbrukere med hiv i USA

beskrev han hvordan rusmisbruk, smittsomme sykdommer og strukturell vold samvirket og forsterket hverandre ved at sosiale, politiske og økonomiske systemer systematisk skapte og opprettholdt ulikhet, lidelse og marginalisering (1).

Singer omtalte denne syndemien som SAVA (Substance Abuse, Violence, AIDS), og den oppsto i miljøer preget av diskriminering i helsevesenet, trakassering fra politiet, tvungen mobilitet og mangelfull infrastruktur. Slike forhold bidro til å opprettholde fattigdom, vanskelige boforhold, arbeidsledighet, dårlig ernæring og begrenset tilgang til helsetjenester, rent vann, transport og sosial støtte. Den komplekse livssituasjonen ble forsterket av sykdom og sosial nød, som tuberkulose, seksuelt overførbare infeksjoner, hepatitt, høy spedbarnsdødelighet, rusavhengighet, selvmord og kriminalitet.

Singer beskrev syndemi som *a set of closely intertwined health problems that mutually reinforce each other*. Han viste hvordan urettferdige samfunnsstrukturer skaper så tøffe livsbetingelser at summen av belastningene blir større enn enkeltfaktorene til sammen (2, 3).

Begrepet har altså sin opprinnelse i studier av smittsomme sykdommer der samspeillet mellom ulike helseproblemer ofte er lett å observere, men det er også aktuelt for ikke-smittsomme sykdommer. Kroniske lidelser som hjertesykdom, diabetes og depresjon påvirkes i stor grad av de samme sosiale og økonomiske strukturene, og samspeillet mellom dem kan forsterke sykdomsbyrden tilsvarende. De siste 10–15 årene har derfor begrepet i økende grad blitt brukt innen forskning og folkehelsearbeid knyttet til ikke-smittsomme sykdommer. Eksempler er studier fra Brasil og USA som dokumenterer hvordan ekstrem sosial ulikhet og vold henger sammen med sykdomsklynger av depresjon og type 2-diabetes (4, 5).

Selv om utfordringene i Norge ikke er like dramatiske som i mange andre land, finnes det syndemiske mønstre også her. Dette ble tydelig under koronapandemien, da eksisterende sosiale og strukturelle ulikheter ble ekstra synlige på en måte som sjelden er sett i Norge. *The Lancet* omtalte covid-19 som en syndemi der virusets biologiske effekt samvirket med sosiale og strukturelle faktorer og forsterket sykdomsbyrden, og hvordan ulikhet i levekår gjorde enkelte grupper mer sårbare (6). Selv med en sterk velferdsstat ble dette tydelig også i Norge, særlig gjennom høyere smittespredning og dødelighet i enkelte bydeler og lokalsamfunn i Oslo og Viken. Dette er områder preget av høyere prevalens av smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer, lav inntekt, trangboddhet, usikre arbeidsforhold, svak kulturell integrasjon og lav sosial tillit (7).

I et land med høy levestandard og et omfattende sosialt sikkerhetsnett er det lett å overse strukturene og maktforholdene som påvirker utsatte grupper. Foucaults teori om normalisering viser hvordan sosiale ulikheter kan bli en del av samfunnets «normaltilstand», slik at vi ikke utfordrer urettferdighetene som opprettholder dem (8). Dette bidrar til at helseproblemer, økonomisk usikkerhet og sosial isolasjon oppfattes som naturlige, og dermed får mindre oppmerksomhet.

Bourdieu's teori om symbolsk vold utdyper dynamikken: Ulikheter blir usynlige når de er innnevde i institusjonenes praksis og tenkning (9). Problemer ignoreres ikke fordi de er skjulte, men fordi de anses som normale. Når institusjoner som skole, Nav og helsevesen har lave forventninger til hva marginaliserte personer kan oppnå, blir heller ikke utfordringene deres reelt tatt tak i.

Oskars vei til utenforskap

«Oskar» er inspirert av en reell pasient, men historien er satt sammen av flere ulike pasientforløp for å ivareta anonymiteten.

Oskar vokste opp i en marginalisert familie preget av vold, økonomisk ustabilitet og helseproblemer. Han hadde en utagerende søster med en utviklingsforstyrrelse, som krevde mye oppfølging av foreldrene. Foreldrene ba om avlastning fra kommunen, men fikk ikke det. De slet med stor forbruksgjeld, forsøkte å få hjelp fra kommunen til egen bolig, men støtten var begrenset. Begge foreldrene slet med depresjon, fedme og type 2-diabetes. Foreldrenes helseproblemer og gjeldsbyrde gjorde det vanskelig å opprettholde en stabil inntekt, noe som forsterket økonomisk utrygghet og bidro til en hverdag preget av uforutsigbarhet og stress.

Oskar gikk på skole, men deltok ikke i skolefritidsordningen. Han var aktiv i idrett frem til 12-årsalder, men sluttet da familiens økonomi gjorde det vanskelig å fortsette. På ungdomsskolen ble det avdekket lese- og konsentrasjonsvansker, men han fikk ingen systematisk oppfølging, da det ble vurdert at problemene handlet om manglende interesse. Uten tilpasset støtte fikk han aldri mulighet til å kompensere for vanskene, noe som senere påvirket både lærlingetid og arbeidsliv.

Fra 17-årsalderen begynte Oskar å oppsøke fastlegen jevnlig. Han var engstelig, deprimert, overvektig og hadde smerter i hæl og rygg, noe som gjorde det vanskelig å fullføre tømmerlæringsperioden. Han ble henvist til spesialister innen ortopedi, nevrologi, psykologi og smertebehandling, men ingen fant tydelige medisinske forklaringer. Han ble operert i hælene, diagnostisert med angst, somatiseringslidelse og gjentatte depressive episoder.

Systemet rundt ham var fragmentert uten reell samhandling mellom distriktpspsykiatrisk senter, smerteklinikk og fastlege.

Da Oskar var 21 år mistet han lærlingplassen. Han tok opp et forbrukslån som han ikke klarte å betjene, og onkelen som sto som kausjonist, fikk økonomiske problemer. Forholdet til familien brøt sammen, og Oskar kuttet kontakten både med familie og venner. Han kjente på økende mistillit til omgivelsene.

Erfaringene med omsorgssvikt og et fragmentert hjelpeapparat satte dype spor i hans relasjoner – også til dem som oppriktig ønsket å støtte ham.

Nav forsøkte å hjelpe, men Oskar hadde problemer med å nyttiggjøre seg hjelpen. Systemet var byråkratisk og digitalisert, og det var krevende å navigere i for en som strevde med lesevansker og mistillit. I stedet for individuelt tilpassede tiltak ble han gradvis skjøvet over på passive ytelser, noe som svekket motivasjonen og mestringsfølelsen. Fastlegen opplevde at han snakket overfladisk om problemene, og funksjonsnivået hans var lavere enn diagnosene alene kunne tilsi. Etter ett år med sykmelding gikk Oskar over på arbeidsavklaringspenger, og da denne perioden nærmet seg slutten, forsvant han fra både Nav og fastlegens synsfelt. Etter flere forsøk på å oppnå kontakt ble det klart at han hadde flyttet til en annen landsdel. Ingen visste om han var i jobb eller hvordan han hadde det.

Når helseproblemer og systemsvakheter forsterker hverandre

Oskars oppvekst er verken ekstrem eller unik – og nettopp derfor er historien relevant. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 16 % av unge mellom 20 og 29 år sto utenfor både arbeid og utdanning ved utgangen av 2023, og antallet unge uføre er doblet siden 2010 (10). En lignende utvikling ser vi i våre nordiske naboland.

Forskning viser at vanskelige barndomsopplevelser er tett knyttet til en rekke alvorlige helseplager som hjerte- og karsykdommer, metabolske lidelser, autoimmune sykdommer, søvnforstyrrelser, angst og også økt dødelighet (11). Dette kan forstås gjennom begrepet *allostatisk overbelastning*: Kronisk stress på grunn av utrygghet, økonomiske vansker, omsorgssvikt og sosiale belastninger setter kroppen under konstant trykk, og over tid slites de hormonelle, immunologiske og metabolske reguleringsystemene ut. På denne måten blir sosiale og strukturelle utfordringer «biologisk» manifestert og øker risikoen for at unge mennesker, som Oskar, utvikler alvorlige helseproblemer senere i livet.

Parallelt med dette ser vi ofte sosiale konsekvenser, som økt frafall fra skole og studier, lav arbeidstilknytning, relasjonelle vansker, svekket demokratisk deltakelse og i enkelte tilfeller økt risiko for radikaliserings (12–14).

Dette samspillet mellom negative livserfaringer, utenforskap og uhelse får stadig større oppmerksomhet blant interesseorganisasjoner, forskere og politikere, og er aktuelt blant annet ved høyt sykefravær og ung kriminalitet.

En gjennomgang av nordisk forskning viser at skreddersydde tiltak med tett oppfølging er mest effektivt for unge i risiko for å falle utenfor skole og arbeidsliv (15). Flere norske initiativer bygger på dette, med tverrfaglig samarbeid, individuell oppfølging og helhetlig innsats mellom helsevesen, Nav, utdanning og arbeidsliv. Tiltakene styrker arbeidsevne, mestring og deltakelse, men omfang og varighet på slike tiltak er ofte begrenset.

Flere rapporter peker på manglende samhandling som en gjennomgående svakhet i det norske velferdssystemet. Fragmenterte tjenester, manglende koordinering og utilstrekkelige strukturelle tiltak bidrar til vedvarende helseulikheter. Både barn og familier med lav inntekt rammes, og mange får ikke nødvendig samordnet hjelp, noe som viderefører barnefattigdom og sosial ulikhet. Sosial ulikhet i helse har i liten grad blitt redusert det siste tiåret, særlig blant barn og unge, og politikk og tiltak vektlegger i for liten grad de strukturelle driverne. Flere analyser fremhever behovet for *et felles begrepsapparat for tydelig retning på tvers av sektorer* (1619).

Fra individforklaring til strukturell innsikt

Hvordan skulle vi møtt Oskar innenfor en syndemisk forståelsesramme? Det er selvfølgelig ikke et entydig svar på dette. En integrert tilnærming på tvers av fag og nivå kan se veldig ulik ut. Det er perspektivet – og kanskje holdningen – som er det viktigste, og som gir retning for arbeidet og de ulike tiltakene.

En integrert tilnærming ville kanskje gjort det mulig å utvikle en mer sensitiv, forebyggende strategi der de tidlige advarselstegnene raskere ble fanget opp, og der en unngikk å fokusere for mye på enkeltsituasjoner på bekostning av systemutfordringer. Dette kunne ført til mer insisterende og målrettede tiltak for den marginaliserte familien.

I Oskars tilfelle ville det innebære at skole, Nav og helsevesen ikke tok utfordringene hans for gitt, men stilte spørsmål ved de strukturelle årsakene.

I stedet for å stemple ham som «uinteressert» kunne skolen ha undersøkt om hans manglende konsentrasjon skyldtes en konstant belastning som gjorde læring vanskelig. Fastlegen og Nav kunne sett konturene av en negativ spiral mellom foreldrenes kroniske sykdommer, økonomi og ustabil bolig, og hvordan barna arvet både utfordringene og handlingsmønstrene. De kunne hjulpet dem med å få husbanklån, avlastning til datteren, og med økonomisk støtte for å holde Oskar i idretten. Senere i livet kunne Nav tilbudt mer tilpassede tiltak i stedet for passive ytelser. Fastlegen kunne

vurdert somatiseringen i sammenheng med hele livshistorien, og i større grad samarbeidet med andre instanser fremfor å rette oppmerksomheten isolert på de ulike plagene.

Oskars historie – og tilsvarende pasientforløp – fremstår som individuelle og unike, men mønstrene er ofte like: helseproblemer, utenforskap og lav skole- eller arbeidstilknytning som springer ut av og forsterkes av samfunnets normer, maktforhold og institusjonelle praksiser. Biologiske, sosiale og strukturelle faktorer samvirker på måter som skaper en tydelig syndemisk dynamikk: Én sårbarhet forsterker den neste, og manglende koordinering i helse- og velferdssystemet gjør at sårbare personer får mindre effektive tiltak.

Eierskap til egen livshistorie og følelsen av verdi

Søkelys på syndemiske strukturer alene er ikke tilstrekkelig sett fra et behandlerperspektiv. Vi trenger også mer individorienterte rammer, slik vi finner i narrativ medisin, som vektlegger pasientens livshistorie og erfaringer og dermed gir et mer helhetlig bilde av personen (20). Et sentralt begrep er *narrativitet* – evnen til å skape en sammenhengende og meningsfull livshistorie.

Eierskap til egen historie og liv er en stadig større samfunnsutfordring. Mange pasienter strever med slitenhet, meningsløshet og vansker med å forstå årsakene til egne problemer. Ofte har de lav egenmotivasjon og søker forklaringer utenfor seg selv. Mine vurderinger er at disse pasientene i stor grad har tapt følelsen av å bety noe og ha innflytelse og verdi. Samtidig vet vi at alle har et grunnleggende behov for å føle seg verdsatt, både som individ og samfunnsborger. Det innebærer at man opplever seg respektert og inkludert i sosiale fellesskap, og at man bidrar aktivt og opplever at ens handlinger har positiv effekt på omgivelsene. I sosiologien er dette kjent som *mattering* (21). Når manglende opplevelse av *mattering* etablerer mønstre som går igjen hos mange, slik jeg ser i møte med mine pasienter, må vi ikke bare lete etter svar hos individet, men også stille spørsmål ved hvilke strukturer og samfunnsforhold som gjør det vanskelig å oppleve at man betyr noe for noen. Min vurdering er at de som er fanget i en syndemisk spiral, er mer utsatt for å føle at de har liten betydning og verdi.

Hvis Oskar hadde fått hjelp til å skape en sammenhengende og meningsfull livshistorie, kunne han bedre ha forstått hvordan omsorgssvikt, vold og økonomiske utfordringer har påvirket hans personlighet, valg og helse. Resultatet kunne blitt en mer empatisk og tilpasset behandling. Oskar ville fått et bedre grunnlag for å eie sin egen historie og med det lagt grunnlaget for en bedre selvfølelse og tro på egen verdi. Dette kunne igjen bidratt til

at han fant motivasjon til å bryte negative mønstre og kunne utviklet mer konstruktive løsninger på egne utfordringer.

Mot et nytt språk for helhetlig praksis

Møtet med mennesker med store og sammensatte hjelpebehov, sett gjennom et *syndemisk perspektiv*, kan avdekke hvordan strukturelle, sosiale, biologiske og psykologiske faktorer samvirker og forsterker sårbarhet og ulikhet – ofte usynlig, men med konkrete konsekvenser.

Målet med artikkelen er å gi språk til en virkelighet mange møter i arbeidet med utsatte grupper. Dette språket rommer både strukturelle betingelser og individuelle erfaringer og kan bygge bro mellom fagfelt og forvaltningsnivåer.

Refleksjonene springer ut fra egen praksis, med håp om å stimulere til samtale og videre utvikling. Forståelsen av syndemiske sammenhenger mellom utenforskap, sykdom og økonomisk utrygghet åpner for helhetlige og treffsikre tiltak – både i behandling og forebygging. Ambisjonen er ikke å presentere ferdige løsninger, men å gi et perspektiv som tydeliggjør det vi ofte overser, og som inviterer til diskusjon om hvordan samfunnet kan handle klokere og mer sammenhengende.

Når mange rammes på lignende måter, må vi løfte blikket fra enkelt-skjebner og erkjenne at marginaliserte menneskers komplekse livssituasjon henger sammen med sosiale og strukturelle mekanismer som opprettholder urettferdighet. Samtidig må vi erkjenne at kompleksitet ikke er et hinder for handling, men en forutsetning for nye og kloke løsninger.

Litteratur

1. Singer M. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology* 1996; 24: 99–110.
2. Singer M, Clair S. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical Anthropology Quarterly* 2003; 17: 423–441. doi: 10.1525/maq.2003.17.4.423
3. Singer M, Bulled N, Ostrach B et al. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet* 2017; 389: 941–950. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30003-X
4. Diderichsen F, Andersen I. The syndemics of diabetes and depression in Brazil – an epidemiological analysis. *SSM Population Health* 2019; 7: 100222. doi: 10.1016/j.ssmph.2018.11.002
5. Mendenhall E. *Syndemic suffering: social distress, depression, and diabetes among Mexican immigrant women*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 2012.
6. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet* 2020; 396: 874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6

7. Folkehelseinstituttet. *Dødelighet i Norge under koronapandemien 2020 til høsten 2022*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022. www.fhi.no/publ/2022/Dodelighet-under-pandemien (7.8.2025)
8. Foucault M. *Overvåkning og straff: det moderne fengsels historie*. Oslo: Gyldendal, 1977.
9. Bourdieu P. *Language and symbolic power*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1991.
10. Statistisk sentralbyrå. *Unge utenfor arbeid, utdanning eller opplæring (NEET)*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 9. juni 2025. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/tilknytning-til-arbeid-utdanning-og-velferdsordninger> (30.11.2025)
11. Tomasdottir MO, Sigurdsson JA, Petursson H et al. Self reported childhood difficulties, adult multimorbidity and allostatic load: a cross-sectional analysis of the Norwegian HUNT study. *PLoS One* 2015; 10: e0130591. doi:10.1371/journal.pone.0130591
12. Rod NH, Bengtsson J, Budtz Jørgensen E et al. Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: a population based cohort study. *Lancet* 2020; 396: 489–497.
13. Kirkengen AL, Næss AB. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2021. <https://www.nb.no/items/9e43f6c2d58fdbddc6ea48bb284ab5f8?page=0> (9.6.2025)
14. Getz L, Mjølstad BP. Livserfaringer, helse og sykdom. I: Hunsbår S, red. *Allmennmedisin*. 4. utg. Oslo: Gyldendal; 2023: 131–140.
15. Frøyland K, Ballo JG, Leseth A et al. *Inkludering av unge i skole, arbeid og samfunn – en sammenstilling av kunnskap fra nordisk forskning*. AFI-rapport 2022:02. <https://nva.sikt.no/registration/0198cc7b6931-5b8f93b5-504a-46c4-b526-90a3af58a6be> (1.12.2025)
16. Meld. St. 32 (2020–2021). *Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-32-20202021/id2856870> (9.6.2025)
17. Goldblatt P, Castedo A, Allen J et al. *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014*. Report 3/2023. London: Institute of Health Equity; 2023. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/rapid-review-of-inequalities-in-health-and-wellbeing-in-norway-since-2014> (9.6.2025)
18. Ådnanes M, Westby LC, Kaspersen SL et al. *Helsehjelp til barn i barnevernet – behov, barrierer og helsetjenestebruk*. SINTEF Digital; 2024. <https://nva.sikt.no/registration/0198cc8f2f29-2b527438-0439-48a7-a469-ad9dabc51189> (1.12.2025)
19. Hemler ME. Child welfare inequalities in an egalitarian nation: a Norwegian cohort study. *Children and Youth Services Review* 2025; 175: 108372. doi: 10.1016/j.child-youth.2025.108372
20. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001; 286: 1897–1902. doi: 10.1001/jama.286.15.1897
21. Prilleltensky I. Mattering at the intersection of psychology, philosophy, and politics. *American Journal of Community Psychology* 2020; 65: 16–34. doi: 10.1002/ajcp.12368

Takk til Linn O. Getz og John-Arne Skolbekken for verdifulle bidrag til artikkelen.

*Anne Jølle
anne.jolle@saksviklegekontor.no
Saksvik legekantor
Saxe Viks vei 4
7562 Saksvik*

Anne Jølle er spesialist i allmennmedisin, ph.d., fastlege, flyktninglege og forsker tilknyttet Allmennmedisinsk forskningsenhet, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Artikkelen er fagfellevurdert.