

Multisygdom

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 32, 2020

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 32: Multisygdom

© 2020 forfatterne og udgiverne.

Redaktion:

Rikke Sand Andersen (ansvarshavende redaktør), Almen Medicin på Syddansk Universitet og Afdeling for Antropologi på Aarhus Universitet

Mette Bech Risør (økonomiansvarlig), Forskningsenheden for Almen Praksis, UiT Norges arktiske universitet

Torsten Risør (temareaktør), Det helsevidenskabelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

Gitte Wind, Institut for Sygeplejerske- og ernæringsuddannelser, Københavns Professionshøjskole

Uffe Juul Jensen, Institut for Kultur og Samfund, Aarhus Universitet

Helle Max Martin, VIVE, Det Nationale forsknings- og analysecenter for Velfærd

Ann Dorrit Guassora, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet

Claus Bossen, Digital Design og Informationsvidenskab, Institut for Kultur og Kommunikation, Aarhus Universitet

Iben Mundbjerg Gjødsbøl, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Marie Louise Tørring, afdeling for antropologi, Aarhus Universitet

Gæstereaktør:

Ann Dorrit Guassora, Susanne Reventlow, Morten Sodemann og Camilla Hoffman Merrill

Peer review: Foretages af et tværvideenskabeligt panel bestående af bl.a. læger, antropologer, filosoffer, historikere, psykologer, politologer og sociologer.

Proof: Puk Willemoes

Layout: Lærke Bing Røikjer

Udgiver:

Foreningen Medicinsk Antropologisk Forum,

Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg.

Bestilling, abonnement, henvendelser og hjemmeside:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund.

Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg

Tirsdag kl. 10-13, tlf. 87162063,

Email: sygdomogsamfund@hum.au.dk

Hjemmeside og artikler online:

ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sydomogsamfund/index

ISSN (tryk): 1604-3405

ISSN (online): 1904-7975

Tidsskriftet er udgivet med støtte fra Det Frie Forskningsråd: DFF – 1319-00180

Formål:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund er et tværfagligt tidsskrift, der tager udgangspunkt i medicinsk antropologi. Tidsskriftet har til formål at fremme og udvikle den forskning, der ligger i grænsefeltet mellem sundhedsvidenskab og humaniora/samfundsvidenskab. Tidsskriftets målsætning er at fungere som et forum, hvor disse fag kan mødes og inspirere hinanden – epistemologisk, metodisk og teoretisk – i forskellige forskningsammenhænge. Tidsskriftet formidler den debat og teoretiske udvikling, der foregår i de voksende faglige samarbejds- og forskningsinitiativer, der udspringer af dette grænsefelt. Tidsskriftet henvender sig til alle med interesse for forskning i sygdom og samfund og i særlig grad til sundhedsmedarbejdere i forsknings- og undervisningsammenhæng med forbindelse til tværfaglige miljøer.

Aims and scopes

The Journal for Research in Sickness and Society is an interdisciplinary journal which has a theoretical background in medical anthropology. The aim and purpose of the journal is to promote and develop research in the borderland between the health sciences and the humanities/the social sciences. The goal of the journal is to function as a forum in which these disciplines may meet and inspire each other – epistemologically, methodologically and theoretically. The journal conveys the debate and theoretical development which takes place in the growing collaboration and research initiatives emerging from this borderland. The journal addresses all with an interest in research in sickness and society and especially health professionals working with education and/or research in interdisciplinary institutions.

Indhold

Ann Dorrit Guassora, Susanne Reventlow, Morten Sodemann & Camilla Hoffmann Merrild

Introduktion: Multimorbiditet 5-13

Morten Sodemann

Multisygdom: Pseudoepidemi og sølv-Tsunami 15-35

Lisbeth Ørtenblad

Mere hverdag i sundhedsvæsenet: Hverdagsliv og navigation i sundhedsvæsenet blandt mennesker med multisygdom 37-54

Kristine Henderson Bissenbakker, Anne Møller, John Brodersen & Alexandra Ryborg Jønsson

PROMs og livskvalitet: Hvordan måles livskvalitet hos mennesker med multisygdom? 55-74

Helle Wendner Vedsegaard & Betina Dybbroe

People with multimorbidity assessed for home-based rehabilitation: Supporting vulnerable and complex everyday life? 75-95

Anne Møller, Tora Grauers Willadsen, Alexandra Ryborg Jønsson, Susanne Reventlow & John Brodersen

Heterogenitet i multisygdomsdefinitionen - hvilke konsekvenser kan det have? 96-120

Introduktion

Multimorbiditet

Ann Dorrit Guassora¹, Susanne Reventlow², Morten Sodemann³ & Camilla Hoffmann Merrild⁴

¹ Forskningsenheden og Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
guassora@sund.ku.dk

² Forskningsenheden og Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
susrew@sund.ku.dk

³ Klinisk Institut, Syddansk Universitet
msodemann@health.sdu.dk

⁴ Center for Almen Medicin og Klinisk Institut, Aalborg Universitet
chm@dcu.aau.dk

Guassora, Ann Dorrit, Reventlow, Susanne, Sodemann, Morten. & Hoffmann Merrild, Camilla (2020). 'Introduktion: Multimorbiditet'. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 32, 5-13

Perspektiver på multimorbiditet

I sundhedsvæsenet organiseres hovedparten af alle interventioner omkring patientkategorier eller patientpopulationer. Multisygdomsbegrebet og arbejdet med de såkaldt multisyge borgere vinder for tiden stadig større udbredelse; der oprettes multisygdomsklinikker og multimorbiditet er blevet en del af den sundhedspolitiske dagsorden. Med dette nummer undersøger vi, hvordan begrebet bruges i

forskningen i dag og hvilke betydnings-systemer/praksisser, det knyttes sammen med.

Selv om begrebet multimorbiditet er af nyere oprindelse, betyder det naturligvis ikke, at der ikke altid har været mennesker, der led af flere, samtidige, sygdomme (Sodemann, dette nummer). Alderssammensætningen i de vestlige befolkninger har ændret sig, og det giver flere med mere end een kronisk sygdom. Alder alene kan dog ikke forklare det store fokus på multisygdom. Andre forhold som den tiltagende specialisering i sundhedsvæsenet har gjort patientgruppen mere synlig (Sodemann, dette nummer) og har givet patienter med flere kroniske sygdomme en stor opgave i at skulle møde mange forskellige steder (May et al. 2014). Nogle har påpeget, at det at tale om multimorbiditet giver læger en anledning til at italesætte den hele patient og behovet for et samlet syn på behandlingen (f.eks. Valderas 2009). Det handler ikke kun om specialisering men også om de detaljerede vejledninger til behandling af enkelte kroniske sygdomme og om styring af sundhedsvæsenet med udgangspunkt i dem.

Forløbsprogrammer for kronisk sygdom er et eksempel på behandlingsvejledninger, som ikke forholder sig til situation, hvor der er flere helbredsforhold at tage hensyn til (Kristensen et al. 2018). Samtidig er vores tid præget af idealer om sund aldring på en måde, som gør ældre med kroniske sygdomme synlige som andet end blot ældre (Jönsson et al. 2020). Fokus på multisygdom er ikke drevet af patienterne. Der findes ikke patientforeninger for multisygge, selv om to tredjedele af den vestlige verdens borgere over 65 år betegnes som multisygge (Lim et al. 2017).

Med dette tema nummer om multimorbiditet ønsker Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund at stille spørgsmålstegn ved anvendeligheden af begrebet multimorbiditet og opfordre læserne til at reflektere over, hvordan kategorien multisyg, som ofte indikerer en øget sårbarhed på den ene eller anden måde, gør os klogere på behandling, rehabilitering, livskvalitet eller andet. Vi ønsker også at sætte fokus på hvordan det at være multisyg opleves og håndteres i praksis – både af patienten men også af sundhedssystemet.

Hvad kommer i centrum med multimorbiditet

Multimorbiditet kan være med til at sætte patientens samlede helbredstilstand i centrum i sundhedsvæsenet fremfor at fokusere på en enkelt sygdom, men betegnelsen sætter også patientens helbredstilstande i centrum i en patientgruppe, hvor sociale forhold ofte spiller en stor rolle.

Udtrykket multimorbiditet bliver brugt som et alternativ til det tidligere mere anvendte 'komorbiditet' indenfor medicinen og i modsætning til komorbiditet, som tager udgangspunkt i en specifik sygdom og ser på andre sygdomme i kombination med den, beskriver multisygdom tilstedeværelsen af flere forskellige helbredstilstande, hvor ingen af disse ideelt får forrang (Valderas et al. 2009). Således sidestilles tilstandene som sameksisterende, og multimorbiditet er blevet defineret netop som sameksistensen af to eller flere tilstande (van der Akker et al. 1996, Barnett et al. 2012). Begge udtryk - komorbiditet og multimorbiditet - fokuserer på tilstedeværelsen af tilstande (på engelsk 'conditions'), men de angiver ikke, hvad der menes med en tilstand, ej heller om tilstande interagerer eller har sammenhæng (Mercer et al. 2009, Willadsen et al. 2016). Definitionen af multimorbiditet er således meget heterogen og brugen af begrebet omfatter sygdomme, risikofaktorer og symptomer men ofte ikke alvorlighed (Willadsen 2016). Valderas et al. (2009) har imidlertid peget på, at begrebet multimorbiditet tilbyder to hovedattraktioner sammenlignet med komorbiditet: For det første indebærer det, at omsorgsmodeller skal centrerer omkring patienten som helhed og ikke blot i forhold til tilstedeværelsen af specifikke forhold. For det andet rummer det de forskellige forløb af tilstandene – og hvilke tilstande der har betydning kan være anderledes for et individ på forskellige øjeblikke i hans eller hendes liv (Valderas et al. 2009, Mercer et al. 2009, Fortin et al. 2011).

Der er et overlap mellem multimorbiditet og begrebet 'patientkompleksitet', som søger at inddrage socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige dimensioner som forskellige vektorer, der påvirker patientens tilstand og sygdommens og sundhedens kompleksitet (Valderas et al. 2009). Shippee et al. (2012) har beskrevet hvordan sociale faktorer spiller ind i forhold til at give patienter med flere kroniske sygdomme en relativt dårligere prognose, end man skulle forvente ud fra summen af enkeltsygdommene. I deres epidemiologisk baserede model beskrives patientkompleksitet som en balance mellem belastning og kapacitet. I belastningen indgår bl.a. patientens opgaver i forhold til arbejde og familie. Kapaciteten afhænger af bl.a. social støtte og økonomi. Symptomer og dårlig fysisk funktion kan sammen med manglende social støtte og dårlig økonomi forringe patientens kapacitet. Krav til egenomsorg og fremmøde i sundhedsvæsenet kan sammen med arbejde og opgaver i familien bidrage til patientens belastninger. Ifølge modellen går et misforhold mellem belastning og kapacitet i den sidste ende ud over patientens egenomsorg og brugen af sundhedsvæsenet og bidrager dermed til en ugunstig sygdomsudvikling.

Flere studier har vist sammenhængen mellem lav socioøkonomisk status, livsstil, dårlig helbredstilstand (Marmot et al. 2008, Diderichsen et al. 2011), og multisygdom beskrives ofte som en del af denne årsagssammenkædning (Jensen et al. 2017, Schäfer et al. 2012). Fra det perspektiv, kan den stigende andel af borgere med multisygdom tilskrives en voksende ulighed i det danske samfund, hvilket måske medvirker til at øge differentiering og marginalisering i velfærdssamfundet. En måde at forfølge dette perspektiv på er ved at rette fokus mod de multifaktorelle forhold, der har betydning både i forhold til sygdomsforekomst og overlevelse. Fra et samfundsvidenskabeligt perspektiv har man ofte beskæftiget sig med de mange forskellige forhold, der har indflydelse på udbredelsen af multimorbiditet, og især hvem der rammes af hvilke sygdomme har været et vigtigt fokusområde. Gennem begrebet syndemier har Merrill Singer (2009) vist, hvordan sundhed, sygdom, og politiske og økonomiske strukturer spiller sammen med den fysiske og sociale kontekst, som mennesker lever i. Ifølge Singer, kan syndemibegrebet tydeliggøre hvordan forskellige forhold påvirker sygdommenes sameksistens, og ikke mindst hvad det betyder, og hvor forskelligt det kan være, at leve som multisyg. Dette giver et blik for samspillet mellem sociale, biologiske, kulturelle, psykologiske, økonomiske og politiske processer, som har betydning for både udbredelse og oplevelse af multimorbiditet, og som tilsammen handler om mere end blot biologi og sygdomslære.

Multisygdom og tid

Tid(en) er ifølge nogle forskere, en væsentlig kontekstuel faktor at knytte til multimorbiditet, som på en gang omhandler forløb af og oplevelsen af helbredstilstande over tid og disses indbyrdes forhold (Coventry et al. 2014). Sund aldring er en del af velfærdsstatens forventning til borgerne. I stedet for at se alderdommen som en naturlig proces af forfald over tid fokuseres der på muligheden for at forblive sund og på trivsel (Jønsson et al. 2020). Men over tid øges andelen af diagnoser hos et menneske, flere sygdomme kommer til og sammen former de det, der hos det enkelte menneske bliver multimorbiditet (Barnett et al. 2012). Det ændrer sig over tid for patienter med flere kroniske sygdomme, hvilken sygdom og hvilke elementer af egenomsorg, som bliver prioriteret (Morris et al. 2011). F.eks. ignorerer patienter med kroniske sygdomme som KOL og type 2 diabetes ofte sygdommene, når de får stillet en cancerdiagnose, men det ændrer sig igen, når de får symptomer fra dem (Arreskov et al. 2018). Det kan være, at det er symptomer, som

har betydning for hverdagslivet, som får opmærksomhed, men i nogle tilfælde prioriterer patienter det, som har potentielt livsfarlige konsekvenser, selv om det ligger ude i fremtiden (Bower et al. 2012).

Nogle sygdomme varer ved over tid, men hvordan forandres deres betydning og sygdomsbyrden? Der kan være stor forskel på, hvordan en helbredstilstand opleves afhængig af hvad individet forventer sig af sit liv. Bissenbakker og kolleger beskæftiger sig med koblingen mellem temporalitet og multisygdom og viser, at selvevalueringer af livskvalitet kan ændres gennem forløbet af en sygdom over tid (Bissenbakker et al., dette nummer). Sygdomme kan ændres over tid, men der kan også være tale om en iboende proces af tilpasning til sygdommene og den deraf afledte mulige fluktuation i livskvalitet.

Multisygdom kan ændre oplevelsen af tid og den måde man orienterer sig på i forhold til tid. Patienter som både lider af depression og kroniske fysiske sygdomme lever for en dels vedkommende i en tilstand af permanent usikkerhed om deres fremtidige helbred, som betyder, at de lader være med at planlægge (Coventry et al. 2014). Nogle udfører et tidsarbejde, som genindfører en fornemmelse af sikkerhed og selvbestemmelse.

Sygdoms- og behandlingsbyrde

Forskning viser, at det at leve med multisygdom kan betyde en væsentlig behandlingsbyrde og krav/forventninger om egenomsorg for den enkelte patient (May et al. 2014). Ved behandlingsbyrde og egenomsorg, som også er beskrevet som 'hjemmearbejde' (Grøn, Mattingly og Meinert 2008), forstås alt hvad patienten gør for at håndtere eget helbred som f.eks. besøg i sundhedsvæsenet og håndtering af behandling, hverdagslivet og livsstilsændringer (ibid, Tran et al. 2012). I behandling af kronisk sygdom kan det ofte være svært for patienterne at leve op til og udføre behandlingsbyrden (f.eks. Vijan et al. 2005). Men hvem er det, der ikke lever op til hvad? Læger hjælper ikke altid med sammenhængen mellem problemerne men fokuserer på helbredsproblemer enkeltvis (Morris et al. 2011). Og det konkrete arbejde med sygdommen kan måske overskygge det levede liv, og føre til en medikalisering af hverdagslivet? I deres studie af mødet mellem den multisyge og velfærdsstaten, i skikkelse af visitationen af hjemmehjælp eller støtteforanstaltninger, viser Vedsegaard et al. i deres artikel i dette nummer, hvordan tildelingen af støtte i hjemmet, hænger sammen med opfattelsen af den multisyges potentielle rehabiliteringsmuligheder. Behovet for hjælp sammenkædes således med konkrete

te fysiske opgaver og muligheder, hvilket på mange måder overskygger andre, og mindre håndgribelige men ikke desto mindre betydningsfulde aspekter, af hverdagslivet. For patienten handler egenomsorg og behandlingsbyrder ofte om andre faktorer end dem, sundhedspersonalet har fokus på, og viden om de patientdefinerede byrder kan medvirke til at øge tillid, adherence og tilfredshed (Sodemann 2018, Tran et al. 2015). Således viser Lisbeth Ørtenblad (dette nummer), at selv om mange multisyge ofte har en meget stor behandlingsbyrde og mange hensyn, som skal tages, er hverdagslivet stadig det primære omdrejningspunkt for hvordan multisygdom håndteres.

Bidragene i dette nummer sætter på hver deres måde fokus på, hvordan det er at leve som multisyg, med forskellige smerter, forstyrrelser, bekymringer og udfordringer, ligesom betydning af at blive kategoriseret som 'multisyg' også diskuteres. Det er ikke alle patienter, som identificerer sig selv med kategorien multisyg, som ofte indikerer en øget sårbarhed, og måske spiller sygdommene en mindre rolle det levede liv, end man fra et sundhedsperspektiv kunne foranledes til at tro – også når man taler om den multisyge figur.

Den multisyge figur

Som sociologen Nikolas Rose (2007) argumenterer for, lever det moderne menneske under en række krav og forventninger til, hvordan man skal håndtere sin sundhed og sygdom, og ikke mindst hvordan man lever det gode og ansvarlige liv som borger i velfærdssamfundet. Disse perspektiver er videreført af en række forskere som for eksempel har undersøgt hvordan den sunde alderdom og det gode seniorliv leves i det vestlige velfærdssamfund (Lamb 2014, Bregnbæk, Oxlund og Grøn 2019). Et allestedsnærværende fokus på optimering af mental og fysisk sundhed, opmærksomhed på kropslige forandringer og tidlige tegn på sygdom, deltagelse i forebyggelse og screeningsprogrammer, er med til at stille skarpt på diagnostik og tidlig opsporing af sygdomme (Regeringen 2014). Måske kan man anskue multimorbiditet som en integreret del, eller resultat, af denne proces, hvor biomedicinen bliver stadig bedre til at opdage nye sygdomme, tilstande og (biologiske) risikoprofiler (Rose 2007, Reventlow, Jensen & Sångren 2008). Ændrede sygdomsdefinitioner, brug af teknologi og udvidede diagnosegrænser er medskabere af det diagnostiske fundament for multimorbiditet', men hvordan hænger denne 'diagnose kultur', hvor grænserne for det normale ændres (Nielsen et al. 2016), sammen med multimorbiditet? Dette åbner op for risikoen for overdiagnostik i

forbindelse med multisygdom, og Møller et al. diskuterer hvordan sundhedsvæsenet med de eksisterende definitioner fokuserer på andre patienter end dem, som har det største behov (Møller et al., dette nummer). Således kan man med rette stille spørgsmålstejn ved hvordan sundhedsvæsenet og 'systemet' kan være medskabere af sårbarhed og stigmatisering, for eksempel som følge af definitionen og kategorien 'multisyg'? På mange måder står den multisyge figur i skærende kontrast til nutidens sundhedsideal, hvor den sunde krop og det gode liv er blevet en integreret del af måden, hvorpå vi som moderne velfærdsborgere forventes at leve vores liv (Oxlund 2012). Som multisyg er man i sagens natur ikke rask, og man beskrives ofte som sårbar, i risiko for dette og hint, og passer derfor ikke ind i forestillingen om hvordan man lever op til det gode liv, som Rose og Novas kalder 'biological citizenship' (Rose and Novas 2007). Samtidig afspejler de gældende definitioner på multimorbiditet ikke patienternes oplevelse af at leve med flere samtidige sygdomme, ligesom definitionerne heller ikke altid harmonerer med de sundhedsprofessionelles erfaringer fra det kliniske arbejde. Definitionerne tager ikke hensyn til sygdomsgraden og dermed fremkomsten af morbiditetsbyrden (Valderas et al. 2009) eller patientens emotionelle belastninger (Mercer et al. 2009), og lægger mere vægt på diagnoser og risikofaktorer end på symptomer (Willadsen et al. 2016). Dette rejser spørgsmålet; for hvem giver begrebet multimorbiditet mening? Kan det bruges til noget? Hvordan og hvorfor? Artiklerne i dette nummer viser gennem empiriske bidrag på hver deres måde hvordan begrebet anvendes, samtidig med at de problematiserer nogle af de konsekvenser som kategorien multimorbiditet bringer med sig.

Referencer

- Arreskov, A.B., Graungaard, A.H., Kristensen, M.T., Søndergaard, J., Davidsen, A. (2018). Life goes on... Patient perspectives on having a cancer diagnosis and other comorbid diseases: A qualitative study. *Chronic Illness, Epub ahead of print*. doi: 10.1177/1742395318815954.
- Barnett K., Mercer S.W., Norbury M., Watt, G., Wyke, S., Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380:37-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Bregnbæk, S., Oxlund, B., Grøn, L. (2019). Introduktion: Sund aldring og sociale relationer. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 30, 5-18.
- Bower, P., Harkness, E., Macdonald, W., Coventry, P., Bundy, C., Moss-Morris, R (2012). Illness representations in patients with multimorbid long-term conditions. Qualitative study. *Psychology & Health*, 27(10); 1211-1226. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.662973>

- Coventry, P.A., Dickens, C., Todd, C. (2014) How does mental-physical multimorbidity express itself in lived time and space? A phenomenological analysis of encounters with depression and chronic physical illness. *Social Science & Medicine*, 118; 108-118. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.068>
- Diderichsen, F., Andersen I, Manuel C. (2011) *Ulighed i sundhed. Årsager og Indsatser*. Sundhedsstyrelsen,
- Fortin, M., Contant, E., Savard, C., Hudon, C., Poitras, M.E., Almirall, J. (2011) Canadian guidelines for clinical practice: an analysis of their quality and relevance to the care of adults with comorbidity. *BMC Fam Pract*,12:74. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-74>
- Grøn, L., Mattingly, C., Meinert, L. Kronisk hjemmearbejde. *Tidsskrift for forskning i Sygdom og Samfund*, 2008, 9: 71- 95.
- Jensen, N.L., Pedersen, H.S., Vestergaard, M., Mercer, S.W., Glümer, C., Prior, A. (2017) The impact of socioeconomic status and multimorbidity on mortality: a population-based cohort study. *Clin Epidemiol*, 9: 279-289. DOI: 10.2147/CLEP.S129415 <https://doi.org/10.2147/CLEP.S129415>
- Jönsson, A.R., Reventlow, S., Guassora, A.D. (2020) How older men with multimorbidity relate to successful aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 75(5): 1104-1112. doi: 10.1093/geronb/gbz019. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz019>
- Kristensen, M.T., Due, T.D., Hølge-Hazelton, B., Guassora, A.D., Waldorff, F.B. (2018) 'More constricting than inspiring' - GPs find chronic care programmes of limited clinical utility. A qualitative study. *BJGP Open*, 2(2): bjgpopen18X101591. doi: 10.3399/bjgpopen18X101591 <https://doi.org/10.3399/bjgpopen18X101591>
- Lamb S. (2014) Permanent personhood or meaningful decline? Toward a critical anthropology of successful aging. *Journal of Aging Studies*, 29: 41-52. Doi: 10.1016/j.jaging.2013.12.006 . <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2013.12.006>
- Lim, C.Y., Berry, A.B.L., Hirsch, T., Hartzler, A.L., Wagner, E.H., Ludman, E.J. and Ralstron, J.D. (2017) Understanding what is most important to individuals with multiple chronic conditions: a qualitative study of patients' perspectives. *Journal of General Intern Medicine Dec*;32(12):1278-1284. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4154-3>
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T.A., Taylor, S. (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372 (9650): 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- May, C.R., Eton D.T., Boehmer, K., Gallacher, K., Hunt, K., MacDonald, S., Mair, F.S., May, C.M., Montori, V.M., Richardson, A., Rogers, A.E., Shippee, N. (2014) Rethinking the patient: using Burden of Treatment Theory to understand the changing dynamics of illness. *BMC Health Services Research*, 14; 281. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-281>
- Mercer, S.W., Smith, S.M., Wyke, S., O'Dowd, T., Watt, G.C.M. (2009) Multimorbidity in primary care: developing the research agenda. *Family Practice*, 26 (2): 79-80. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp020>
- Morris, R.L., Sanders, C., Kennedy, A.P., Rogers, A. (2011) Shifting priorities in multimorbidity: a longitudinal qualitative study of patient's prioritization of multiple conditions. *Chronic Illness*, 7(2):147-161. <https://doi.org/10.1177/1742395310393365>
- Nielsen, M., Petersen, A., Risør, M.B., Rønberg, M. (2016) Diagnoser: Organisation, kultur og mennesker. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 25: 5-13. <https://doi.org/10.7146/tfss.v13i25.24996>

- Oxlund B. Living by numbers. (2012) The dynamic interplay of asymptomatic conditions and low cost measurement technologies in the cases of two women in the Danish provinces. *Suomen Antropologi: Journal of the Finish Anthropological Society*, 37 (3): 42-56.
- Regeringen (2014) *Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle*. Ministeriet for sundhed og forebyggelse.
- Reventlow, S., Jensen, H.L., Sångren, H. (2008) Klassifikation og oplevelse af kronisk sygdom. Patientens møde med medicinsk teknologi - vejen mod kronisk sygdom. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 9: 17-31
- Rose N. (2007) The politics of life itself. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400827503>
- Rose, N., Novas, C. (2007) Biological Citizenship. In Aihwa Ong Stephen J. Collier(eds.) *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems* (p. 439-463). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470696569.ch23>
- Schäfer, I et al. The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. First results from the multicare cohort study. *BMC Health Research* 2012; 12: 89. doi: 10.1186/1472-6963-12-89. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-89>
- Shippee, N.D., Shah, N.D., May, C.R., Mair, F.S., Montori, V.M. Cumulative complexity: a functional, patientcentered model of patient complexity can improve research and practice. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65: 1041-1051. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.05.005>
- Singer, M. (2009) *Introduction to Syndemics: A Systems Approach to Public and Community Health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sodemann, M. Sårbar? *Det kan du selv være. Sundhedsvæsnets rolle i patienters sårbarhed*. 2018.
- Tran, V.T., Montori, V.M., Eton, D.T., Baruch, D., Falissard, B., Ravaud, P. (2012) Development and description of measurement properties of an instrument to assess treatment burden among patients with multiple chronic conditions. *BMC Medicine*, 10: 68. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-68>
- Valderas, J.M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., Roland, M. (2009) Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *The Annals of Family Medicine*, 7 (4) 357-363; <https://doi.org/10.1370/afm.983>
- van der Akker, M., Buntinx, F., Knottnerus, J.A. (1996) Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract*, 2:65-70. <https://doi.org/10.3109/13814789609162146>
- Vijan, S., Hayward, R.A., Ronis, D.L., Hofer, T.P. (2005) The burden of diabetes therapy. Implications for the design of effective patient-centered treatment regimens. *J Gen Intern Med*, 20: 479-482. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0117.x>
- Willadsen, T.G., Bebe, A., Køster-Rasmussen, R., Jarbøl, D.E., Guassora, A.D., Waldorff, F.B., Reventlow, S., Olivarius, N.F. (2016) The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity - a systematic Review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34:2, 112-121, <https://doi.org/10.3109/02813432.2016.1153242>