

Heterogenitet i multisygdomsdefinitionen

Hvilke konsekvenser kan det have?

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

Center for Forskning og Uddannelse i Almen Medicin, Københavns Universitet
anmo@sund.ku.dk

Møller, Anne; Willadsen, Tora Grauers; Jønsson, Alexandra Ryborg; Reventlow, Susanne; Brodersen, John. (2020). *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 32, 95-119.

Antallet af mennesker, der lever med multisygdom, er gennem de seneste år steget markant, både som et resultat af en aldrende befolkning, men også på grund af en forbedret medicinsk behandling af, og tertiær forebyggelse hos, mennesker med kroniske sygdomme. Interessen i forskning om multisygdom har også været støt stigende de seneste år, men, trods denne interesse, er der fortsat ingen konsensus om, hvordan multisygdom skal defineres, og variationen i, hvordan multisygdom bliver defineret og brugt i den videnskabelige litteratur, er stor. Med denne artikel vil vi diskutere konsekvenserne af heterogeniteten i definitionen af multisygdom. Vi tager udgangspunkt i en systematisk gennemgang af definitionen af multisygdom, og diskuterer, om begrebet multisygdom giver mening og for hvem, og om vi med de eksisterende definitioner kan risikere at fokusere på andre patienter end dem, der har det største behov. Dette leder derefter over i en diskussion om, hvorvidt definitionsproblematik-

kerne skaber risiko for, at multisygdom i sig selv som begreb kan føre til overdiagnostik og dermed være til mere skade end gavn for patienterne.

Heterogeneity in the definition of multimorbidity

Recently, the number of people living with multimorbidity has increased dramatically. This increase is explained by population longevity, but also by better medical treatment and tertiary prevention among patients with chronic diseases. The research interest in multimorbidity has also increased scientifically in the same period, but there is still no consensus about the definition of multimorbidity. Furthermore, it has been shown that there is a huge variation in how multimorbidity is defined and used in the scientific literature. The purpose of this article is to discuss consequences owing to the heterogeneity of the definition of multimorbidity. Our starting point is a systematic review of definitions of multimorbidity, moving on to discussing whether the term multimorbidity makes sense and to whom, and whether, by using the existing definitions of multimorbidity, we risk focusing on other patients than those most in need. Finally, we discuss whether a too broad definition of multimorbidity may cause overdiagnosis, and thereby lead to more harm than good for patients.

Indledning

Gennem de sidste 30 år har en generel stigning i levealder, samt bedre behandlingsmuligheder og tertiær forebyggelse, medført, at mange mennesker lever med flere samtidige kroniske sygdomme, det der efterhånden er blevet kendt som fænomenet 'multisygdom' (på engelsk multimorbidity) (Multisygdom.dk, 2019). Multisygdom defineres overordnet som tilstedeværelsen af flere kroniske sygdomme samtidig, og selvom de fleste fagfolk på området klassificerer patienter med to eller flere kroniske sygdomme som multisyge, er der endnu ikke konsensus omkring definitionen.

Begrebet multisygdom blev introduceret for at skelne mellem komorbiditet (der er defineret ud fra tilstedeværelsen af en indeks sygdom) (Feinstein, 1970) og multisygdom (tilstedeværelse af flere uafhængige sygdomme) (van den Akker et al., 1996). Multimorbiditet ses i litteraturen allerede i 1976 (Brandlmeier, 1976), men begrebet bliver for alvor introduceret i Danmark som 'multisygdom' i rapporten "Ulighed i sundhed - årsager og konsekvenser" fra 2011 (Diderichsen, 2011). Imidlertid har der lige siden manglet konsensus om, hvad begrebet multisygdom egentlig dækker over.

Trods den manglende konsensus har multisygdom som begreb vundet indpas, særligt ud fra et ønske om at bedre behandlingen for gruppen af patienter med flere samtidige kroniske sygdomme. Dette ønske udspringer af viden om, at disse patienter har en høj sygdoms- og behandlingsbyrde, og at deres forløb i sundhedsvæsenet ofte er komplekse (Frølich et al., 2017). Sundhedsvæsenet er opbygget efter en silotankegang, der sorterer patienterne ud fra den primære sygdom, der er baggrund for henvendelsen. Når man har flere sygdomme på en gang, kan det betyde, at man har aftaler på flere forskellige ambulatorier om måneden, uden at der sker en koordination. Det problem har været i fokus også i Danmark i de senere år for eksempel med oprettelsen af "Klinik for Multisygdom og Polyfarmaci" i Silkeborg, hvor de praktiserende læger kan henvise patienter med komplicerede sygdomsforløb, og det "Medicinsk Fælles Ambulatorium" i Holbæk (Multisygdom.dk, 2019), som forsøger at koordinere patienternes besøg på sygehuset og dermed mindske behandlingsbyrden.

Med udbredelsen af begrebet multisygdom fra et teoretisk og forskningsmæssigt ståsted til den kliniske hverdag, er det vigtigt at reflektere over, om vi taler om "det samme", når vi taler om multisygdom, og om brugen af begrebet multisygdom også kan have negative konsekvenser for patienterne, når målet med brugen af begrebet var at bedre patientbehandlingen. Derfor er det grundlæggende at beskæftige sig med definitionen af multisygdom som udgangspunkt for en diskussion af konsekvenser af brug af multisygdom som begreb og udbredelsen af multisygdom som fænomen i befolkningen (se i øvrigt boks1).

Allerede i 2011 publicerede Diederichs et al et systematisk litteraturstudie over definitioner af multisygdom, hvor de kunne konkludere, at der var stor heterogenitet i de definitioner af multisygdom, der blev anvendt (Diederichs et al., 2011). To år senere publicerede en europæisk forskergruppe under forskningsnetværket EGPRN (European General Practice Research Network) et forslag til en mere klinisk orienteret definition af multisygdom med relevans for almen praksis oversat til 11 forskellige europæiske sprog (Le Reste et al., 2013). Ifølge denne definition er multisygdom tilstedeværelse af en kronisk sygdom samt tilstedeværelsen af en psykosocial og/eller somatisk risikofaktor. Denne definition har dog ikke ført til en ændret praksis i forhold til forskning i multisygdom. Der er således fortsat behov for en fælles definition af multisygdom, eller i hvert fald en diskussion af, at den definition vi vælger at bruge som forskere, har betydning for, hvilken patientgruppe, der kan få gavn af forskningsresultaterne.

I denne oversigtsartikel vil vi beskæftige os med fænomenet multisygdom på et teoretisk niveau set fra et forskningsmæssigt perspektiv, og derefter diskutere,

hvilken betydning definitionen af begrebet har i sundhedsvæsenet, for samfundet og for den enkelte læge og patient.

Forfatterne er en gruppe af læger og antropologer og rummer derved en tværvideenskabelighed, hvor lægerne foruden forskningserfaring, har erfaring med klinisk arbejde, fortrinsvis i almen praksis. To er antropologer og har lang erfaring med feltarbejde og forskning inden for multisygdom. Alle er tilknyttet en forskergruppe for multisygdom. Et af gruppens forskningsprojekter er en videnskabelig undersøgelse af definitionen af multisygdom baseret på et systematisk litteraturstudie, som har dannet baggrund for interessen for relationen mellem multisygdom og konsekvenser af forskellige definitioner, herunder overdiagnostik.

Formålet med denne oversigtsartikel er således, med udgangspunkt i en literaturanalyse af definitionen af multisygdom, at diskutere, hvilke konsekvenser, brugen af multisygdom som begreb har. Det er som udgangspunkt en forskningsmæssig problemstilling, men vi vil argumentere for, hvordan det har betydning for sundhedsvæsenet og derfor også for læger og patienter. Vi vil vise, at definitionen af multisygdom kan øge risikoen for overdiagnostik af multisygdom, og at dette kan have betydning for lægerne og patienterne. Endelig vil vi diskutere risikoen for, at vi ved at bruge begrebet multisygdom både i den kliniske verden og i forskningen, påfører patienterne større skade end gavn. Vi ønsker således at bidrage med en nuanceret og teoretisk funderet oversigtsartikel som indspark til den akademiske og kliniske diskussion af multisygdom.

Multisygdom; fænomen, begreb og kategorisering

Multisygdom bruges som betegnelse for det fænomen at et stigende antal mennesker globalt set lever med to eller flere kroniske sygdomme samtidig.

Multisygdom som begreb bruges i forskning og den kliniske hverdag til at beskrive fænomenet, dets konsekvenser og udbredelse.

Definitionen af multisygdom afgør om patienter kategoriseres som multisyge, afhængigt af hvilke kriterier der sættes for definitionen.

Metode

Nærværende oversigtsartikel diskuterer multisygdom som begreb, fænomen og klassifikationsredskab ud fra forskellige empiriske datasæt i et forsøg på at gå ud fra det bredest mulige vidensgrundlag. Der vil derfor blive anvendt 1) data fra en international workshop om multisygdom, 2) etnografisk data indsamlet blandt patienter og i klinikken og 3) et systematisk litteraturstudie.

Al data er indsamlet af forfatterne på baggrund af en forskningsmæssig og klinisk interesse for multisygdom. I forskningsgruppen for multisygdom ved Center for forskning og uddannelse på Københavns Universitet har forfatterne de seneste år diskuteret multisygdom teoretisk og som fænomen i samfundet. I dette afsnit præsenteres de metodiske overvejelser og valg for de forskellige dataindsamlingsstrategier.

1. Data fra en international workshop om multisygdom

I august 2018 afholdt forfatterne et symposium med titlen "Definition of multimorbidity and risk of overdiagnosis" (Møller et al., 2018) Symposiumet foregik på engelsk og blev indledt med en teoretisk gennemgang af baggrund for valg af emnet "Multimorbidity and risk of overdiagnosis" ved AM. Derefter blev resultaterne af det systematiske litteraturstudie (se nedenfor under punkt 3) præsenteret for deltagerne af TW. AJ refererede fra egen forskning om patientoplevelser med multisygdom, mens SR sluttede af med at diskutere multisygdom som fænomen. Derefter indledtes diskussionen ud fra følgende spørgsmål: Er multisygdom en diagnose? Gør vi flere mennesker til patienter ved at bruge begrebet multisygdom? Definition af multisygdom - hvad skal der til før det bliver til et meningsfuldt begreb for forskere, klinikere og patienter? Diskussionen blev styret af de fire oplægsholdere og blev optaget i sin fulde længde. Diskussionen varede 40 minutter, og der er fortaget en verbatim udskrift af diskussionen på symposiet, og den er efterfølgende blevet analyseret og tematiseret. Data herfra indgår i artiklen.

2. Etnografisk data indsamlet blandt patienter og i klinikken

Det etnografiske materiale, der anvendes i artiklen, er fortrinsvist indsamlet af de to forfattere med antropologisk baggrund, AJ og SR. Størstedelen af empirien kommer fra AJs ph.d.-projekt "Aldring med multisygdom", hvor AJ har fulgt 14 ældre mennesker på Lolland gennem 18 måneder, ved at interviewe, besøge og

deltage i sociale arrangementer, for at få et indblik i multisygdom fra et patientperspektiv. Al data er anonymiseret, transskriberet og analyseret efter gældende retningslinjer (se (Jønsson, 2018) for detaljer). Dertil anvendes empirisk materiale fra observationer i almen praksis udført af AJ og SR, samt materiale indsamlet på konferencer og i hverdagen af praktiserende læge AM, som et klinisk perspektiv på dette. Desuden inddrages kort erfaringer fra et kvalitativt studie af livskvalitet blandt patienter med multisygdom. Dette empiriske materiale er ikke systematisk indsamlet med formålet at se på multisygdom, og vil derfor kun inddrages når relevant for diskussionen, under hensyn til, at der er tale om observationer, ikke analyserede data.

3. Systematisk litteraturstudie

Det systematiske litteraturstudie, udført af TW som en del af et afsluttet ph.d.-projekt, havde til formål at undersøge heterogeniteten i definitionen af multisygdom, dvs. hvor mange og hvilke 'sundhedstilstande', det vil sige sygdomme, risikofaktorer og symptomer, der indgik i definitioner af begrebet multisygdom i de videnskabelige artikler. Derudover var formålet at undersøge, hvilken rolle sværhedsgraden og varigheden af disse tilstande havde i de forskellige definitioner. Herunder redegøres kort for metoden bag litteraturstudiet. For en mere udførlig beskrivelse af metode og resultater henvises til (Willadsen et al., 2016).

De tre medicinske databaser MEDLINE (PubMed), Embase og The Cochrane Library blev gennemgået frem til oktober 2013 for ordet multisygdom (eng. Multimorbidity), samt synonyme til dette. Eftersom "multimorbidity" ikke fandtes som et specifikt søgeord (en "Medical Subject Heading Term" (MESH)) på det tidspunkt, blev der i stedet både søgt efter ordet i fritekst og som "keyword". Denne søgning gav 1570 referencer, som efter fjernelse af dubletter førte til gennemgang af 943 titler og abstracts. Artikler blev ekskluderet, hvis de ikke omhandlede multisygdom, hvis de udelukkende omhandlede ko-morbiditet (dvs. en indeks-sygdom/primær sygdom i relation til andre sygdomme), kun omhandlede psykiatrisk multisygdom, omhandlede personer under 18 år, eller var kvalitative artikler. Efter gennemgang af titler og abstracts resterende 248 artikler til fuldtekstlæsning. Da denne fuldtekstlæsning var gennemført, inkluderedes 163 originalartikler, der hver især indeholdt en definition af multisygdom.

I 61 (37 %) af de 163 artikler blev multisygdom defineret som to eller flere kroniske sygdomme (sundhedstilstande), mens der i 55 (34 %) artikler ikke var en specifik grænse for, hvornår en patient blev vurderet som multisyg. I de resterende

47 (29 %) artikler, blev multisygdom defineret både som én, tre eller fire kroniske sygdomme, eller også blev multisygdom defineret på flere forskellige måder i den samme artikel. Så selv om multisygdom ofte defineres som to eller flere samtidige sygdomme, defineres multisygdom hyppigere på andre måder.

Ud af de 163 artikler var der i 115 (71 %) artikler en unikt konstrueret definition af multisygdom - det vil sige, at forfatterne havde taget stilling til, hvor mange og hvilke sundhedstilstande, der skulle inkluderes i definitionen. Men kun i ca. en tredjedel af de 115 artikler begrundede forfatterne i et eller andet omfang, hvordan og hvorfor de inkluderede akkurat de tilstande, som de gjorde, og dermed deres præcise valg af definition. I lidt under halvdelen af de artikler, der havde begrundende definitioner, var tilstandene indhentet på baggrund af selvrappede oplysninger, det vil sige, forfatterne ikke var begrænsede af, hvad de havde adgang til i registre eller databaser. Den hyppigste begrundelse for at inkludere en tilstand var høj prævalens, det vil sige høj forekomst i befolkningen. En anden forekommende begrundelse for inklusion af tilstanden var alvorlighed.

I samtlige artikler var sygdomme inkluderet i definitionen. De hyppigst inkluderede sygdomme var diabetes, hjerneblødning/blodprop i hjernen og kræft, fulgt af iskæmisk hjertesygdom (f.eks. blodprop i hjertet), kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjertesvigt, astma, depression, nyresygdom og leddegigt. Risikofaktorer, dvs. ikke sygdomme men faktorer, der kan lede til sygdom på et senere tidspunkt, var inkluderet i 81 % af alle definitionerne og omfattede forhøjet blodtryk, knogleskørhed (osteoporose), forhøjet kolesteroltal (fedt i blodet), fedme og overvægt i den nævnte rækkefølge. Symptomer var inkluderet i 62 % af definitionerne, med rygmerter, synsnedsættelse, inkontinens, hørenedsættelse, maveproblemer, hovedpine, svimmelhed, tobaksmisbrug og søvnforstyrrelser som de hyppigste. I 23 % af artiklerne var sværhedsgraden af de inkluderede sygdomme på en eller anden måde inddraget i definitionen af multisygdom, og i 28 % af artiklerne var varigheden specificeret for en eller flere af sygdommene i artiklernes definitioner af begrebet multisygdom.

Definitioner på multisygdom

Sammenfattende kan det konstateres, at i de fleste studier defineres multisygdom ud fra WHO's definition om mindst to samtidige langvarige eller kroniske sygdomme (WHO, 2016). I litteraturen er ulemper ved de mange og ofte usammenlignelige definitioner blevet påpeget (Calderón-Larrañaga et al., 2017; Diederichs et

al., 2011) med en deraf heterogen patientgruppe som konsekvens. I litteraturstudiet fremgik det, at de fleste artikler anvender begrebet multisygdom om kombinationen af en række meget forskellige sundhedstilstande, og mere sjældent som grupper af diagnoser. Derudover er sundhedstilstandenes sværhedsgrad og varighed kun sjældent inkluderet i definitionen.

Det betyder, at det er svært at udføre komparative studier, fordi der ikke er enighed om hvilken patientgruppe, der helt præcist omtales. Eftersom især mængden af epidemiologisk forskning inden for multisygdom tiltager eksponentielt, bliver der også tiltagende gjort forsøg på at definere multisygdom i dette videnskabelige fagområde. I 2016 publicerede en gruppe forskere fra almen praksis en liste med 75 tilstande, som de mente var relevante for patienter med multisygdom (N'Goran et al., 2016). Året efter publicerede Calderon-Larranaga og kollegaer en anden måde at inddele multisygdom på hos ældre mennesker, hvor de tog udgangspunkt i 918 kroniske ICD-10 koder ("WHO ICD classification," n.d.), som blev fundet og opgjort for en kohorte med i alt 3363 personer (Calderón-Larrañaga et al., 2017). Forfatterne angiver primært to årsager til, hvorfor der endnu ikke findes en præcis og alment accepteret definition af multisygdom, som kan operationaliseres: For det første mangler der en klar definition af hvad multisygdom er. Selvom nogle forfattere angiver, hvorfor de har valgt de sygdomme de har, når de definerer multisygdom, er der stadig mange, der udelukkende er pragmatiske og baserer deres definition på tilgængelighed af data. For det andet, er det en kompleks proces at skabe definitioner, der er baseret på sygdomskategorier.

Forfatterne forsøger sig dog med at kategorisere de 918 sygdomme, selvom de gør sig det bevidst, at yderligere en definition, baseret på sygdomskategorier, kan føre til endnu mere forskellighed på tværs af studier om multisygdom. De fremhæver, at det ved multisygdom er vigtigt at fokusere på sygdomme, der ikke kun er hyppige, men også relevante, men at man ved sygdomsgruppering skal være opmærksom på, at grupperne ikke bliver for brede, det vil sige, at sygdomme "forsvinder" i dem, men heller ikke for snævre, så sygdomme tælles flere gange. Forfatterne ender med at inddele de identificerede sygdomme i 60 kroniske sygdomskategorier (Calderón-Larrañaga et al., 2017), hvor to af kategorierne udelukkende består af risikofaktorer, en med forhøjet blodtryk og en med forhøjet kolesterol. Forskere har efterfølgende genbrugt Calderon-Larranagas definition, men gjort forsøg på at ekskludere de to risikokategorier. Begrundelsen for eksklusionen har dog været uklar (Dekhtyar et al., 2019; Davide L. Vetrano et al., 2018). I et dansk studie, der kortlagde dødeligheden af kombinationer af multisygdom i befolkningen, blev der anvendt en definition baseret på grupper af diagnoser med

fællestræk i hvordan, og hvor de blev behandlet i sundhedssystemet (Willadsen et al., 2018). Personer med multisygdom er ifølge denne definition potentielt set komplekse både i relation til hvordan de behandles for deres sygdomme, og i forhold til hvor de behandles, eftersom de skal navigere på tværs af sundhedssystemet (Willadsen et al., 2018) med deraf øget behandlingsbyrde.

Siden Willadsen et al.'s systematiske litteraturstudie blev publiceret i 2016, er der foretaget nye kortlægninger af definitioner af multisygdom. Et systematisk litteraturstudie har i 2018 sammenfattet resultaterne fra andre systematiske oversigter af definitioner af multisygdom (Johnston et al., 2019) og fandt i alt seks systematiske oversigter, hvoraf det ene var af forfatter og kollegaer. Johnston et al. konkluderede, at definitionen af multisygdom er heterogen, men at multisygdom oftest defineres som to eller flere samtidige sygdomme. Desuden blev det pointeret, at ingen af de inkluderede systematiske litteraturstudier kunne anbefale én definition af multisygdom, samt at både forskere og klinikere skal være tydelige med hvilken definition de vælger at anvende (Johnston et al., 2019). Derudover har et helt nyligt studie gennemgået måder at definere multisygdom på og konkluderet, at multisygdom kan være relativt let at genkende i den kliniske virkelighed, men meget svær at måle og veje i en forskningsmæssig sammenhæng (Nicholson et al., 2019). Overvejende er der to måder at måle multisygdom på – ved simpel optælling af sygdomme, eller ved at bruge et vægtet indeks (f.eks. Charlson Comorbidity Index (CCI)). Videre konkluderes det, at man skal bruge forskellige definitioner, afhængigt af hvad man vil undersøge, f.eks. om definitionen skal bruges til at forudsige et udfald eller til at korrigere for kronisk sygdom (Nicholson et al., 2019).

At litteraturanalysen påpeger stor heterogenitet i definition af begrebet multisygdom var forventet, men det var alligevel overraskende hvor stor heterogenitet, der var tale om. Dette har siden ledt til spørgsmål omkring betydning og konsekvenser af denne heterogenitet. Forskningsmæssigt bruges definitionen til at afgrænse patientgrupper, der skal intervereres over for, eller i studier, der skal opgøre antal af patienter i særlige risikogrupper eller som forventes at have større behov for behandling og pleje. Det betyder dog ikke, at de forskellige forskergrupper nødvendigvis mener, at deres definition er mere korrekt end andres. Særligt i epidemiologisk forskning udspringer forskellige definitioner oftest af de praktiske begrænsninger ved de benyttede data (de Groot et al., 2003)

Den manglende konsensus om definition i den epidemiologiske forskning smitter imidlertid af på andre forskningsprojekter og policydokumenter, når det beskrives, hvem et givent problem undersøges blandt. Tendensen er ofte at bruge

WHO's definition (WHO, 2016), der imidlertid i mange tilfælde medtager alt for mange mennesker, der ikke føler sig belastet af hverken sygdom eller behandling, og for hvem en sådan klassifikation derfor vil være meningsløs. Men det er ikke den eneste konsekvens af en manglende konsensus om en definition. I det følgende vil vi diskutere, hvordan manglen på en klart defineret afgrænset gruppe skaber flere forskellige problemer, når multisygdom som fænomen skal beskrives i såvel forskning, som i klinikken.

Multisygdom i klinikken

Heterogenitet i definition af multisygdom i klinikken

I definitionerne af multisygdom, som er beskrevet ovenfor, er kroniske sygdomme og risikofaktorer det centrale. Men multisygdom er mere end diagnoser og medicinske konsekvenser (Kavanagh and Broom, 1998; Roughead et al., 2011). I et lidt større perspektiv har manglende enighed om definitionen betydning for de sundhedsprofessionelle, som skal tilrettelægge behandling og eventuelt henvise til særlige multisygdomsforløb, og for de patienter, der skal henvises og behandles.

Som tidligere nævnt kan der være diskrepans mellem patientens oplevelse af sin sygdomssituation og den forskningsmæssige kategorisering af patienten som multisyg (Nicholson et al., 2019). Men der kan også være diskrepans mellem patientens oplevelse af sin sygdomssituation og den sundhedsprofessionelles kategorisering af patienten som multisyg. Dette afspejler sig i et aktuelt pågående feltarbejde, hvor formålet er at beskrive livskvalitet hos multisyge. Til projektet har praktiserende læger udvalgt informanter med multisygdom defineret som to eller flere kroniske sygdomme. De første patienter, som blev udvalgt til interviews, havde nok en række sygdomme på papiret, men det viste sig ved interview, at de ikke havde lidelse eller påvirkning af livskvalitet af deres diagnoser. Dette ledte til, at inklusionskriterierne blev strammet op, men i relation til nærværende diskussion, er det relevant at bemærke, at den praktiserende læge kan finde patienter frem med mange diagnoser, men spørgsmålet er om de er "multisyge", altså påvirket af flere af deres sygdomme i dagligdagen. Derudover er der heller ikke blandt sundhedsprofessionelle konsensus om, hvilken definition af multisygdom, der skal anvendes. "Klinik for multisygdom" i Silkeborg beskriver på deres hjemmeside at målgruppen er: patienter med mange forskellige sygdomme og/eller

mange forskellige slags medicin, der er ordineret af læge. Denne definition kan passe på mange patienter i en dansk almen praksis og viser, at polyfarmaci alene kan være årsag til henvisning, og at vurderingen fra den enkelte læge, om hvorvidt en patient passer ind i multisygdomsklinikken afhænger af andre forhold end den korte og upræcise beskrivelse af målgruppen. Det kan have betydning for, hvem der får hvilke tilbud i sundhedsvæsenet, og hvordan tilbuddene fra sekundærsektoren i det hele taget etableres, og dernæst hvordan de indrettes.

Multisygdom: Komplekse patientforløb

Multisygdom er ikke kun summen af sygdomme, det rummer både det medicinske sygdomsbegreb (disease) og lidelse (illness)(Kleinmann, 1988). Sygdom (disease) kan betragtes som en ændring i den psykologiske og/eller biologiske struktur og kan anskues som den sundhedsprofessionelles oplevelse af det problem, patienten kommer med (Kleinmann, 1988). På den anden side, kan symptomer og funktionsnedsættelse ses som vigtige udtryk for lidelse (illness), og dermed for hvordan sygdom, eller i dette tilfælde, multisygdom, påvirker patientens liv. Men for patienter med multisygdom, er det ikke altid muligt ud fra diagnoserne at forklare de oplevede symptomer (Macleod et al., 2009; Mendenhall, 2016), fordi multisygdom rummer både biologiske, psykologiske, sociale, men også økonomiske aspekter, der varierer over tid. Derfor opleves livet med multisygdom af mange patienter som komplekst (Coventry et al., 2015), og hvor også kulturen, konteksten og tidspunktet er af betydning for oplevelsen (Kleinmann, 1988). Patienterne forsøger at håndtere symptomerne, diagnoserne og al anden sundhedsinformation, de får (Bower et al., 2012). Det fører ofte til både sygdoms- og behandlingsbyrde (Liddy et al., 2014; Ørtenblad et al., 2018; Rosbach and Andersen, 2017; Shippee et al., 2012), en byrde, der yderligere stiger, når patienterne skal navigere i sundhedssystemet (Ørtenblad et al., 2018; Shippee et al., 2012). Ofte oplever patienterne de mange råd og konsultationer med forskellige sundhedsprofessionelle som svære at forstå og mestre (Bower et al., 2011). Patienter med multisygdom oplever tit mangel på sammenhæng i patientforløbet (Noël et al., 2005) og oplever at egenomsorgen er udfordrende, fordi der ofte gives forskelligt (modsat)rettede råd om egenomsorg fra forskellige dele af det behandlende sundhedsvæsen, der hver især har fokus på netop deres medicinske speciale. Derudover er multisygdom noget, som patienterne skal håndtere resten af deres liv (Shippee et al., 2012; Valderas et al., 2009). Denne håndtering kompliceres af, at multisygdom på grund af sin natur

og heterogenitet kan udvikle sig forskelligt, og det kan derfor være svært at opnå enighed i klinikken om mål for behandling og rehabilitering (Kleinmann, 1988).

Multisygdom som label

Forskning har vist eksempler på, hvordan lægfolks opfattelse af deres krop ændrer sig som følge af nye biomedicinske klassifikationer og diagnoser (Reventlow, 2008). Derfor kan der være en risiko for, at fokus på multisygdom kan få konsekvenser for patienterne. I forhold til den manglende enighed om, hvordan man definerer multisygdom, kan en for bred definition føre til, at de negative konsekvenser, der kan være ved at få en diagnose, rammer flere end nødvendigt.

Der kan også være en risiko for "labelling effekt", når patienter kategoriseres som multisyge, og dermed får påklippet en paraplydiagnose – "label". Labelling effekten kan både være negativ og positiv, men her omtaler vi altså særligt den negative del, da den relaterer sig til den neoliberalistiske sundhedsdiskurs. Ifølge Goffman skaber karakteristika, som er uønskede i en særlig kontekst, risiko for stigmatisering (Goffman, 1963). Det ser vi for eksempel, når sygdomme og tilstande, som umiddelbart kan kædes sammen med usund livsstil, for eksempel overvægt, eller kronisk obstruktiv lungesygdom - KOL (som konsekvens af rygning), bliver moralsk befæstede i en neoliberal sundhedsdiskurs, hvor individet har moralsk ansvar for at fastholde sin egen sundhed (Kristensen et al., 2016).

Det er sjældent, at patienterne rent faktisk kender ordet multisyg (Willadsen and Jønsson, 2019). AJs forskning viser, at når informanten får forklaret betydningen af ordet multisygdom, så opfattes dette ofte som noget positivt (Jønsson, 2018). De deltagende patienter i AJs studie har alle såkaldte 'livstilssygdomme', hvortil der er et iboende moralsk imperativ om til en vis grad selv at være ude om det (for uddybning af dette perspektiv se (Lupton, 1995)). Det kan være rygeren, der lider af KOL, eller den overvægtige, der har fået konstateret diabetes; i begge tilfælde kobles adfærd og livsstil sammen med en diagnose, der sommetider diskursivt bliver fremstillet som selvforskyldt. Et paraply-label som multisygdom, der endnu ikke har nogle negative konnotationer, kan derved fjerne det stigmatiserende i de enkelte diagnoser. I stedet tilbydes en forklaring, der normativt fratager patienten skylden, og vender fokus mod de organisatoriske, strukturelle og medicinske udfordringer, hvoraf begrebet udspringer.

Omvendt viser et kort blik i den medicinske og epidemiologiske litteratur samme tendens: jo kortere uddannelse og lavere socioøkonomiske status, desto større risiko for multisygdom (Pathirana and Jackson, 2018). Det tyder på, at tan-

kegangen om, at patienter kunne have holdt sig sygdomsfri ved at udøve den rette selvdisciplin (Lupton, 1995), kan komme til også at påvirke holdningen til multisygdom. Med andre ord, kan det at være multisyg blive endnu en stigmatiserende label, der forbindes til lavere socialgrupper. Herved kan multisygdom blive et problem for en meget stor del af befolkningen. Særligt for de socialgrupper, der er mest i risiko for at blive diagnosticeret med multisygdom, fordi livsvilkår som fattigdom, kort uddannelse og sociale problemer risikerer at blive forvekslet med risikofaktorer, som dermed inkluderes i multisygdomsbegrebet. Dette var også tilfældet for det forslag til definition, der kom fra EGPRN, og som er nævnt i artiklens indledning, hvor en psykosocial risikofaktor kunne inkluderes i definitionen (Le Reste et al., 2015)

Litteraturstudiet viste, at der er stor heterogenitet i multisygdomsdefinitionen. Jo bredere definition, jo større risiko er der for, at patienter får en "label" med multisygdom. Bredden af multisygdomsdefinitionen kan lede til overdiagnostik af multisygdom og dermed at for mange patienter overdiagnosticeres som multisyge. I det følgende vil vi derfor diskutere og perspektivere heterogeniteten af multisygdomsdefinitionen i et overdiagnosticeringsperspektiv og diskutere hvilke konsekvenser, det kan have for patienterne.

Konsekvenser af heterogenitet af multisygdomsdefinitionen

Forskningsresultater bliver usikre, når der ikke er konsensus om, og konsistens i forhold til, hvilken gruppe patienter, man inkluderer. I et samfundsmæssigt perspektiv er multisygdom en stor byrde for sundhedsvæsenet, og derfor vil det også være vigtigt at være præcise omkring hvilke (under-) grupper af multisyge patienter, der har størst behov for behandling i sundhedsvæsenet. Men den manglende konsensus om, hvordan man operationelt skal definere multisygdom, har ikke nødvendigvis konsekvenser i klinikken. Her er formålet med en sådan paraplydefinition at operationalisere begrebet og skabe et sprog for hvilke patienter, som har brug for ekstra pleje og tid, i kraft af deres komplekse og sommetider modsatrettede behandlinger. Det kan derfor argumenteres for, at der er forskel mellem de teoretiske definitioner og den kliniske operationalisering af begrebet. Et scenarie kunne være, at en medicinsk afdeling med mange ældre patienter definerede multisygdom ud fra et givent antal medikamenter, fordi polyfarmaci

her var den største udfordring som risikofaktor i form af problemer med interaktion mellem medikamenter. Omvendt kunne et kommunalt rehabiliteringscenter tænkes at definere multisygdom ud fra det antal sygdomme, der påvirker funktionsniveauet. I kvalitativ forskning, hvor patientperspektivet undersøges, kunne multisyge patienter være patienter, der skulle behandles flere forskellige steder i forskellige sektorer for undersøge behandlingsbyrden ved multisygdom. Der kan altså være relevante bevæggrunde for både specifikke og generelle definitioner af multisygdom, men det kan føre til overdetektion og overdefinition, to store udfordringer, der går under fællesbetegnelsen overdiagnostik. Til at stille skarpt på ulemperne ved den manglende konsensus om definitionen, vil vi derfor fokusere på risikoen for overdiagnostik ved brug af multisygdomsbegrebet.

Risiko for overdiagnostik ved brug af multisygdomsbegrebet

Sagt med almindelige ord betyder overdiagnostik, at man gør mennesker unødvendigt til patienter ved at identificere en eller flere afvigelser hos dem, hvor afvigelserne aldrig i sig selv vil skabe problemer for dem senere i livet (Brodersen et al., 2018). Overdiagnostisering kan også ses som en form for (over)medikalisering af almindelige livsbegivenheder via udvidelse af sygdomsdefinitioner (Skolbekken, 2008). For at kunne diskutere brug af begrebet multisygdom i et overdiagnostiseringsperspektiv, vil vi først give en kort indføring i den teoretiske baggrund for overdiagnostik og derefter analysere begrebet multisygdom og de problemer med heterogenitet i definitionen, som der vist ovenfor.

Der har i de senere år været en øget videnskabelig opmærksomhed og en spirende populærvidenskabelig debat om den tiltagende grad af overdiagnostik inden for både psykiatrien og somatikken. Der er beskrevet flere årsager og mange mekanismer, som indikerer, at overdiagnostik er et tiltagende globalt problem (Hofmann, 2014; Pathirana et al., 2017). Man kan inddele overdiagnostik i to underkategorier: overdefinition og overdetektion (Brodersen et al., 2018), som adskiller sig betydeligt fra hinanden i deres mekanismer og årsager.

Overdefinition

Overdefinition betyder, at man ved ændring af sygdomsdefinitioner kan kategorisere tilstande, som ikke tidligere var sygdomme, som dette. Overdefinition kan opstå gennem to forskellige mekanismer: 1) nedsættelse af behandlingsgrænser for risikofaktorer, uden at der er evidens for, at dette betyder, at den tilsigtede

gavn overstiger den utilsigtede skade og 2) udvidelse af sygdomsdefinitioner, hvilket medfører, at individer med tvetydige og/eller milde symptomer kan blive inkluderet definatorisk under det nu udvidede diagnosebegreb (Brodersen et al., 2018).

Overdetektion

Ved overdetektion identificeres harmløse afvigelser, abnormiteter, risikofaktorer eller patofysiologiske forandringer hos et tilsyneladende raskt individ (Brodersen et al., 2014). Men da det er umuligt på individniveau at forudsige med 100% sikkerhed, om en afvigelse er harmløs i al fremtid, vil man aldrig kunne afgøre, om et diagnosticeret individ er korrekt diagnosticeret eller overdetekteret. Mekanismerne, der fører til overdetektion, kan f.eks. være økonomiske incitamenter, hvor læger betales mere for at gøre mere (f.eks. øge antallet af specifikke undersøgelser), eller ved iværksættelse af screeningsprogrammer for f.eks. risikofaktorer for hjertekarsygdom eller screening for kræftsygdomme, men der kan også ske overdetektion ved anvendelse af undersøgelsesmetoder med højere opløsningsevne eller større følsomhed.

I det systematiske litteraturstudie, og det øvrige materiale, som er refereret ovenfor, er der ingen diskussion af risikoen for overdiagnostik i forbindelse med definitionen af multisygdom (Willadsen et al., 2016). Vi kan dog se forskellige områder, hvor den heterogene definition af multisygdom kan føre til overdiagnostik, både i form af overdefinition og overdetektion, som vi vil berøre nedenfor.

Multisygdom og overdefinition

Som beskrevet ovenfor, indgik sygdomme i samtlige definitioner af multisygdom, som blev identificeret i litteraturstudiet. Derudover blev risikofaktorer inkluderet i 81% af alle definitioner. Risikofaktorer er tilstande med en øget sandsynlighed for fremtidig sygdom og død, og dermed ikke en sygdom på linje med andre kroniske sygdomme, og opleves derfor heller ikke som sådan af patienten (Nexø et al., 2007; Reventlow et al., 2001). At medregne risikofaktorer i definitionen af multisygdom, og dermed sygdomme inden de evt. er blevet til sygdomme, kan være problematisk i forhold til risiko for overdiagnostik af multisygdom og føre til overdefinition. I en del af de eksisterende definitioner kan man således blive kategoriseret som værende multisyg, på baggrund af f.eks. forhøjet blodtryk og højt kolesteroltal – altså ved en kombination af to risikofaktorer (Willadsen et al.,

2016), som ikke nødvendigvis kommer til at føre til hverken sygdom eller for tidlig død. Et norsk populationsstudie har vist, at ca. 2/3 af den voksne befolkning har risikofaktorer for hjertekarsygdom (som forhøjet blodtryk og højt kolesterol) (Petursson et al., 2009), og hvis de er definerende for multisygdom, lider en betragtelig del af den norske befolkning altså af multisygdom. Det vil således lede til overdefinition, hvis multisygdom alene eller delvist defineres på baggrund af risikofaktorer. Risikoen for overdefinition øges ligeledes, når behandlingsgrænser for disse risikofaktorer nedsættes, som det er sket gentagne gange i løbet af de seneste 30 år. Et nyligt eksempel på dette er det amerikanske forslag om at nedsætte grænsen for forhøjet blodtryk fra 140/90 mmHg til 130/80 mmHg, på trods af, at der ikke foreligger evidens for, at sådan en nedsættelse vil medføre mere gavn end skade (Bell et al., 2018).

Derudover viste det systematiske litteraturstudie, at sværhedsgraden af de inkluderede sundhedstilstande kun var inkluderet i 23 % af definitionerne af multisygdom (Willadsen et al., 2016). Hvis vi tager udgangspunkt i patientperspektivet og bruger osteoporose (knogleskørhed), som eksempel på en sundhedstilstand, så er det en tilstand, der kan have mange forskellige sværhedsgrader, og hvor påvirkningen af livskvalitet og funktionsevne varierer (Reventlow, 2008). Vi har følgende tre eksempler:

- 1: Anni, som er 72 år gammel får tilfældigt konstateret osteoporose ved en scanning, som foretages, fordi hendes mor havde osteoporose, men Anni har ingen symptomer.
- 2: Helle på 62 har fået konstateret osteoporose, da hun blev henvist til en scanning efter et fald på ski, hvor hun brækkede underarmen. Vi ved ikke, om det var osteoporose, der var skyld i at armen brækkede, eller den ville være brækket alligevel pga. selve uheldet.
- 3: Annegrethe er en 86-årig patient, som er invalideret af smertefulde sammenfald i rygsøjlen pga. osteoporose og efterfølgende funktionsnedsættelse.

Det øger sandsynligheden for overdiagnostik af typen overdefinition, når man ikke inkluderer sværhedsgraden af sygdom i definitionen. Ved simpel optælling vil både Anni, Helle og Annegrethe have en kronisk sygdom (osteoporose), men det er kun én af dem, der rent faktisk har symptomer på denne "sundhedstilstand". Man kan derfor forestille sig, at man, for at undgå overdiagnostik af multi-

sygdom, er nødt til for hver enkelt sygdom at tilføje en vurdering af sværhedsgraden af denne. I nogle af de nyere definitioner af multisygdom er der, som nævnt, også gjort forsøg på at medregne sværhedsgraden i definitionen ved at bruge sygdomskategorier (Calderón-Larrañaga et al., 2017; Nicholson et al., 2019; Willadsen et al., 2018). Dette vil formentlig øge sandsynligheden for, at de patienter, man definerer som havende multisygdom, også er patienter med mere komplekse sygdomstilstande og forløb, end hvis man brugte separate sygdomme. Endvidere har andre valgt at holde nogle risikofaktorer (f.eks. forhøjet blodtryk og højt kolesteroltal) ude af multisygdomsdefinitionen og dermed mindsket risikoen for overdefinition (Davide L. Vetrano et al., 2018). Der er ligeledes gjort forsøg med at bruge et vægtet indeks til at definere multisygdom, hvor Charlson Comorbidity Index (CCI) (Charlson et al., 1987) er et af hyppigst anvendte (Nicholson et al., 2019). I CCI gives en samlet pointscore for sværhedsgraden af sygdommene; jo højere score, jo større sværhedsgrad, f.eks. får patienter med kræft, der har spredt sig flere point, end patienter, hvor kræften ikke har spredt sig. Oprindeligt blev CCI dog udviklet til at prædikere et-års-dødelighed, og er dermed ikke nødvendigvis egnet til at definere multisygdom i epidemiologiske undersøgelser med andre udfaldsmål end dødelighed (Nicholson et al., 2019).

Multisygdom og overdetektion

Vi ser til stadighed en større optagethed af og fokus på tidlig opsporing af sygdom og sågar opsporing af risikofaktorer, f.eks. tidlig opsporing af diabetes ("præ-diabetes"), risikofaktorer for hjertekarsygdom eller screeningsprogrammer for f.eks. kræft. Denne opsporing (screening) kan potentielt set føre til overdiagnostik i form af overdetektion, det vil sige, at man diagnosticerer tilstande, som patienterne aldrig bliver syge eller dør af (f.eks. tidlige eller ufarlige former for kræft) (Brodersen, 2019). Disse overdiagnosticerede tilstande, som patienterne aldrig mærker noget til, bliver selvfølgelig inkluderet i en optælling af sygdomme på lige fod med andre sygdomme, når man forskningsmæssigt undersøger, om patienten har multisygdom.

Fra et overdetektionssynspunkt er det, udover de tidligt opsporede sygdomme, også relevant at overveje varigheden af de sygdomme, der inkluderes i begrebet multisygdom, det vil sige, hvor lang tid personen har været diagnosticeret med sygdommen og om sygdommen fortsat er "gyldig".

I det systematiske litteraturstudie indeholdt kun 28 % af definitionerne af multisygdom en angivelse af varigheden af en eller flere af de sygdomme, der define-

rede multisygdom (Willadsen et al., 2016), på trods af, at varigheden af og fluktuationerne i sygdommene i et multisygdomsperspektiv kan være lige så vigtige, som arten af dem (Valderas et al., 2009). Aktuelt er det ikke muligt at slette diagnoser fra patientjournaler eller registre (Hvas, 2015), og derfor kan der i patientjournalen eller i centrale registre optræde diagnoser, som ikke længere er aktuelle, men som ved en epidemiologisk undersøgelse kan lede til, at en patient kategoriseres som multisyg. Et eksempel på dette kan være psykiatriske diagnoser som depression, som ikke længere er til stede, eller kræftsygdomme, som patienten er helbredt for eller overdiagnosticeret med (Glasziou et al., 2020). Et nyligt australsk studium har vist at 18% af kvinder og 24% af mænd med en kræftdiagnose er overdiagnosticeret (Glasziou et al., 2020). I det systematiske litteraturstudie kunne vi kun påvise seks artikler, der havde en tidsgrænse for inklusion af kræftdiagnoser, dvs. kræftdiagnoser der var stillet for mere end fem år siden var ikke inkluderede (Willadsen et al., 2016). I enkelte nyere studier af multisygdom, har man forsøgt at inddrage varigheden af sygdommene som en definerende faktor, ved at inddele dem i tre kategorier: I) stationære eller progressive kroniske sygdomme (f.eks. Parkinsons sygdom), II) stationære, men med mulighed for bedring (f.eks. kræft), III) aftagende (depression) og IV) intermediære (lyskebrok) (Hvidberg et al., 2019).

Det samme er tilfældet i forhold til risikofaktorer. Hvis risikofaktorer medregnes i definitionen af multisygdom, kan man argumentere for, at hvis kolesteroltal og blodtryk er uændret fra da patienten var 50 til han er 75 eller 80 år, kan denne risikofaktor af-diagnosticeres, da normalværdierne af disse risikofaktorer er aldersafhængige og dermed også behandlingstærsklen.

SAMFUNDSMÆSSIGE KONSEKVENSER AF HETEROGENITET AF MULTISYGDOMSDEFINITIONER

Diskussionen af konsekvenser af heterogenitet i definition af multisygdom og risikoen for overdiagnostik leder til en diskussion af, hvilke konsekvenser en mulig overdiagnostik kan have for samfundet.

Samfundet er økonomisk og strukturelt udfordret af ændret demografi med flere ældre, der har behov for pleje og hospitalsbehandling. Forekomsten af multisygdom stiger med alderen, og fra data i primærsektoren har man fundet, at forekomsten stiger fra omkring 20% for personer under 40 år, til 75% for dem, der er

over 70 år (Fortin et al., 2012). I en dansk undersøgelse fra år 2000 var forekomsten af multisygdom 7,1% for befolkningen som helhed, men 29,1% for personer over 80 år - målt på kontakter til sekundærsektoren (Willadsen et al., 2018). Denne forekomst er relativt lav i forhold til andre studier, hvor man har fundet at halvdelen af alle over 65 år har multisygdom (Schiøtz et al., 2017) og et nyere dansk studie har vist, at alle danskere i gennemsnit har 1,67 kroniske sygdomme (Hvidberg et al., 2019). Den lave prævalens hos Willadsen et al. formodes dels at kunne tilskrives at data udelukkende kom fra sekundærsektoren, og dels at der blev brugt en definition af multisygdom, der baseredes på organisatoriske eller kliniske grupper af kronisk sygdom, fremfor på enkelt diagnoser. Derudover var risikofaktorer ikke inkluderet, som det f.eks. var tilfældet i Hvidberg et al.'s optælling af kroniske sygdomme (Hvidberg et al., 2019). Aldring er i sig selv den største risiko for at udvikle multisygdom (Fabbri et al., 2015). Mange af de sygdomme, der kan inkluderes i et multisygdomsbegreb, er resultat af de degenerative processer, som er en del af aldringsprocessen. Det kan for eksempel dreje sig om risikofaktorer og sygdomme som osteoporose, høretab og slidgigt (Forbes and Hirdes, 1993).

Hvis der benyttes en bred definition af multisygdom, vil de fleste ældre blive kategoriseret som multisyge uden egentlig at være syge. Det har således betydning for planlægning af dimensionering af sundhedsvæsenets tilbud, hvilken definition på multisygdom, der anvendes. Hvis aldersbetingede risikofaktorer inkluderes, vil multisygdomsproblemet blive overvurderet, hvorimod manglende inklusion af sværhedsgrad kan føre til, at ressourcerne ikke bruges på dem, der har størst behov.

Konklusion og perspektivering: Multisygdomsbegrebets bæredygtighed

Det, der var tænkt som en paraplybetegnelse, der kunne hjælpe kategoriseringen og tydeliggøre problemet med at leve med flere kroniske sygdomme samtidig, kan vise sig at have den modsatte effekt. Som ovenstående oversigt har belyst, er der flere problemer forbundet med heterogeniteten af multisygdomsdefinitionen. Overdiagnosticering af de sygdomme og tilstande, der inkluderes i definitionen, fører til, at begrebet multisygdom udvandes, og der er risiko for, at der ikke er fokus på de patienter, der har størst behov.

Forskningsmæssigt giver fokusering på multisygdom i sig selv risiko for medikalisering af begrebet, og for patienterne, kan det have konsekvenser at få endnu en "label". Og netop derfor er der behov for på alle niveauer at indskærpe vigtigheden af klare definitioner af, hvad der forstås med multisygdom som begreb, og hvordan det ses i samfundet som fænomen afledt af den måde begrebet defineres i forskningen og sundhedsvæsenet.

For at mindske risikoen for overdiagnostisering ved multisygdom kan risikofaktorer undlades i definitionen, og varighed og sværhedsgrad kan medtænkes i vurderingen. Det kan ligeledes foreslås at inkludere kompleksitet på flere niveauer; f.eks. ift. organisation i sundhedsvæsenet, dvs. en vurdering af hvilke kontakter man har til sundhedsvæsenet i form af forskellige behandlinger og rehabiliteringstilbud. Behandlingsbyrden vil formodentlig være bedre korreleret til en multisygdomsdefinition baseret på gruppering af diagnoser, som foreslået af f.eks. Willadsen, da flere organsystemer er repræsenteret, når den definition bruges (Møller et al., 2018).

Derudover skal man ved i videnskabelige undersøgelser af multisygdom overveje, hvilke data, man bruger til vurderingen af, om patienter har multisygdom eller ej, dvs. er det selvrapporterede data eller skal de være registerbaserede. Ved at bruge selvrapporterede data får man flere oplysninger om "illness", men der kan også være risiko for, at man ved brug af selvrapporterede data ikke fanger de multisyge med den største byrde og behov (hvis de ikke deltager og f.eks. ikke besvarer et udsendt spørgeskema).

Vi har i denne artikel peget på, at en bred definition af begrebet multisygdom kan have konsekvenser. Konklusionen på analysen er, at en bred definition af multisygdomsbegrebet implicit indeholder en risiko for negative konsekvenser for patienterne i form af u hensigtsmæssig labelling og risiko for overdiagnostisering, noget der kun er sparsomt belyst i litteraturen tidligere. For at mindske de negative konsekvenser af brugen af brede definitioner af multisygdom i fremtiden advokerer vi for at bruge en definition, der ikke inkluderer risikofaktorer, men alene sygdomme, og hvor der tages højde for varighed og alvor af disse sygdomme, samt at sygdomme grupperes for at give det mest retvisende billede af den sygdoms- og behandlingsbyrde, der er relateret til multisygdomsbegrebet. Vi har i analysen peget på risikoen for, at der kan ske en kulturel transition af begrebet multisygdom og en deraf følgende øget risiko for negative konsekvenser for patienterne. Forfatterne håber, at denne artikel kan bidrage til en fortsat diskussion af de risici, der er ved en manglende refleksion over definitionen og brug af begrebet multisygdom, samt en refleksion over vores rolle som forskere,

hvor vores egen fokusering på multisygdom kan være en medvirkende årsag til overdiagnostisering, som potentielt kan få alvorlige konsekvenser for patienterne.

Referencer

- Bell, K.J.L., Doust, J. & Glasziou, P. (2018). Incremental Benefits and Harms of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association High Blood Pressure Guideline. *JAMA Intern. Med.* 178, 755–757. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0310>
- Bower, P., et al. (2012). Illness representations in patients with multimorbid long-term conditions: qualitative study. *Psychol. Health* 27, 1211–26. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.662973>
- Bower, P. et al. (2011). Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study. *Fam. Pract.* 28, 579–87. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz018>
- Brodersen, J. (2019). Overdiagnostik - hvad det er, og ikke er. in: Glasdam, S., Boelsbjerg, H.B. (Eds.) *Folkesundhed - Bag om intentioner og strategier* p 149. Gads forlag, København.
- Brodersen, J., et al. (2018). Overdiagnosis: what it is and what it isn't. *BMJ evidence-based Med.* 23, 1–3. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2017-110886>
- Brodersen, J., Schwartz, L.M. & Woloshin, S. (2014). Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. *APMIS* 122, 683–9. <https://doi.org/10.1111/apm.12278>
- Calderón-Larrañaga, A. et al. (2017). Assessing and Measuring Chronic Multimorbidity in the Older Population: A Proposal for Its Operationalization. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 72, 1417–1423. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw233>
- Charlson, M.E., Pompei, P., Ales, K.L. & MacKenzie, C.R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J. Chronic Dis.* 40, 373–83. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
- Coventry, P.A. et al. (2015). Living with complexity; marshalling resources: a systematic review and qualitative meta-synthesis of lived experience of mental and physical multimorbidity. *BMC Fam. Pract.* 16, 171. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0345-3>

- Dekhtyar, S. et al. (2019). Association Between Speed of Multimorbidity Accumulation in Old Age and Life Experiences: A Cohort Study. *Am. J. Epidemiol.* 188, 1627–1636. <https://doi.org/10.1093/aje/kwz101>
- Diederichs, C., Berger, K. & Bartels, D.B. (2011). The measurement of multiple chronic diseases--a systematic review on existing multimorbidity indices. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 66, 301–11. <https://doi.org/10.1093/gerona/glq208>
- Fabbri, E et al. (2015). Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 16, 640–7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.03.013>
- Forbes, W.F. & Hirdes, J.P. (1993). The relationship between aging and disease: geriatric ideology and myths of senility. *J. Am. Geriatr. Soc.* 41, 1267–71.
- Fortin, M. et al. (2012). A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology. *Ann. Fam. Med.* 10, 142–151. <https://doi.org/10.1370/afm.1337>
- Goffman, E., (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity.* Englewood Cliffs New Jersey, USA.
- Hofmann, B. (2014). Diagnosing overdiagnosis: conceptual challenges and suggested solutions. *Eur. J. Epidemiol.* 29, 599–604. <https://doi.org/10.1007/s10654-014-9920-5>
- Hvas, L. (2015). Retten til at være rask i en diagnosekultur, in: Brinkman, S., Petersen, A. (Eds.) *Diagnoser - Perspektiver, Kritik Og Diskussion.* Århus, p. 319.
- Hvidberg, M.F., Johnsen, S.P., Davidsen, M. & Ehlers, L. (2019). A Nationwide Study of Prevalence Rates and Characteristics of 199 Chronic Conditions in Denmark. *Pharmacoeconomics - open.* <https://doi.org/10.1007/s41669-019-0167-7>
- Johnston, M.C. et al. (2019). Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. *Eur. J. Public Health* 29, 182–189. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky098>
- Jønsson, A. (2018). *Aging with multimorbidity. Illness and Inequity in Everyday Life.* PhD Thesis, University of Copenhagen. Copenhagen.
- Kavanagh, A.M. & Broom, D.H. (1998). Embodied risk: my body, myself? *Soc. Sci. Med.* 46, 437–44.
- Kleinmann, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition.* Basic Books, New York.
- Kristensen, D.B., Lim, M. & Askegaard, S. (2016). Healthism in Denmark: State, market, and the search for a “Moral Compass”. *Health (London)* 20, 485–504. <https://doi.org/10.1177/1363459316638541>

- Le Reste, et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 14, 319–25. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.001>
- Liddy, C., Blazkho, V. & Mill, K. (2014). Challenges of self-management when living with multiple chronic conditions: systematic review of the qualitative literature. *Can. Fam. Physician* 60, 1123–33.
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. Sage Publications Inc., London.
- Macleod, U. et al. (2009). Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers. *Br. J. Cancer* 101 Suppl, S92–S101. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605398>
- Mendenhall, E. (2016). Beyond Comorbidity: A Critical Perspective of Syndemic Depression and Diabetes in Cross-cultural Contexts. *Med. Anthropol. Q.* 30, 462–478. <https://doi.org/10.1111/maq.12215>
- Møller, A., Willadsen, T.G., Jønsson, A.R. & Reventlow, S. (2018). Definition of multimorbidity and risk of overdiagnosis, in: https://Ebm.Bmj.Com/Content/23/Suppl_2/A1.2.
- N’Goran, A.A. et al (2016). From chronic conditions to relevance in multimorbidity: a four-step study in family medicine. *Fam. Pract.* 33, 439–44. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw030>
- Nexøe, J., Halvorsen, P.A. & Kristiansen, I.S. (2007). Critiques of the risk concept—valid or not? *Scand. J. Public Health* 35, 648–54. <https://doi.org/10.1080/14034940701418897>
- Nicholson, K., Almirall, J. & Fortin, M. (2019). The measurement of multimorbidity. *Health Psychol.* 38, 783–790. <https://doi.org/10.1037/hea0000739>
- Noël, P.H., Frueh, B.C., Larme, A.C. & Pugh, J.A. (2005). Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity. *Health Expect.* 8, 54–63. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00312.x>
- Ørtenblad, L., Meillier, L. & Jønsson, A.R. (2018). Multi-morbidity: A patient perspective on navigating the health care system and everyday life. *Chronic Illn.* 14, 271–282. <https://doi.org/10.1177/1742395317731607>
- Pathirana, T., Clark, J. & Moynihan, R. (2017). Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. *BMJ* 358, j3879. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3879>
- Pathirana, T.I. & Jackson, C.A. (2018). Socioeconomic status and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *Aust. N. Z. J. Public Health* 42, 186–194. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12762>

- Petursson, H., Getz, L., Sigurdsson, J.A. & Hetlevik, I. (2009). Can individuals with a significant risk for cardiovascular disease be adequately identified by combination of several risk factors? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *J. Eval. Clin. Pract.* 15, 103–109. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.00962.x>
- Reventlow, S. (2008). *Risikoopfattelse og osteoporose hos kvinder i alderen 60-70 år. En kvalitativ undersøgelse af risikoplevelse, kulturelle forestillinger og kropslige oplevelser og kropspraksis*. København.
- Reventlow, S., Hvas, A.C. & Tulinius, C. (2001). "In really great danger..." The concept of risk in general practice. *Scand. J. Prim. Health Care* 19, 71–5.
- Reventlow, S., Jensen, H.L. & Sångren, H. (2008). Klassifikation og oplevelse af kronisk sygdom. Patientens møde med medicinsk teknologi - vejen mod kronisk sygdom. *Tidsskr. Forsk. i Sygd. og Samf.* 9. <https://doi.org/https://doi.org/10.7146/tfss.v5i9.1325>
- Rosbach, M. & Andersen, J.S. (2017). Patient-experienced burden of treatment in patients with multimorbidity - A systematic review of qualitative data. *PLoS One* 12, e0179916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179916>
- Roughead, E.E., Vitry, A.I., Caughey & G.E., Gilbert, A.L. (2011). Multimorbidity, care complexity and prescribing for the elderly. *Aging health* 7, 695–705. <https://doi.org/10.2217/ahe.11.64>
- Schiøtz, M.L. et al (2017). Social disparities in the prevalence of multimorbidity - A register-based population study. *BMC Public Health* 17, 422. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4314-8>
- Shippee, N.D. et al. (2012). Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J. Clin. Epidemiol.* 65, 1041–1051. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.05.005>
- Skolbekken, J.-A. (2008). Unlimited medicalization? Risk and the pathologization of normality., in: Petersen, A., I. W. (Eds.), *Health, Risk, and Vulnerability*. Routledge, Oxon.
- Valderas, J.M. et al. (2009). Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Ann. Fam. Med.* 7, 357–363. <https://doi.org/10.1370/afm.983>
- Vetrano, D.L. et al. (2018). Frailty and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* <https://doi.org/10.1093/geronagly110>

- Willadsen, T.G. et al. (2016). The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity - a systematic review. *Scand. J. Prim. Health Care* 34, 112–21. <https://doi.org/10.3109/02813432.2016.1153242>
- Willadsen, T. et al. (2018). Multimorbidity and mortality. *J. Comorbidity* 8, 2235042X1880406. <https://doi.org/10.1177/2235042X18804063>
- Willadsen, T.G. & Jønsson, A. (2019). Hvad er multimorbiditet? Og hvor slemt skal man have det for at have multimorbiditet? *Månedsskrift for almen praksis* April.