

I denne artikel sættes fokus på, hvor kompliceret det reelt er at regulere befolkningens forbrug af almen praksis. Med eksempler fra hverdagen får vi et billede af, at bioteknologien ekspanderer, nye biomarkører og nye sygdomme dukker op, og grænsen mellem syg og rask er under stadig forandring.

Diagnosekultur og sygdomssensibilisering

● Af Rikke S. Andersen, Ann D. Guassora, Annette Davidsen, Lotte Hvas, Anders Petersen, Svend Brinkmann og Flemming Bro



Kontakt
rsa@feap.dk

Biografi

Rikke Sand Andersen er antropolog og lektor på Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdeling for Antropologi, Aarhus Universitet. Ann Dorrit Guassora og Annette Davidsen er lektorer ved Center for Forskning og Uddannelse i Almen Medicin, Københavns Universitet. Lotte Hvas er speciallæge i almen medicin og seniorforsker. Anders Petersen er lektor ved Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Ålborg Universitet. Svend Brinkmann er professor ved Institut for Kommunikation, Ålborg Universitet. Flemming Bro er professor ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.

RESUME: I denne artikel diskuteres, hvordan diagnosekultur og sygdomssensibilisering indebærer en ændring i menneskers oplevelse af lidelse og ubehag. Der beskrives en ekspansion i symptomkategorier og i, hvilke kropslige forandringer, følelser eller "patologier" der i en biomedicinsk optik betragtes som "symptomer eller tegn" på underliggende sygdom. Forfatterne beskriver også en iboende konflikt imellem biomedicinske diskurser ("gå tidligt til læge", "vær opmærksom på din krop", "mange ting kan være tegn på sygdom") og den daglige, biomedicinske praksis ("vær præcis", "kom kun med én problemstilling"). Det kan føre til frustrationer hos både patienter og læger og tydeliggør, hvor kompliceret det er at regulere adgangen til almen praksis.

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

Introduktion

I princippet er der enighed om, at almen praksis er stedet, hvor enhver borger kan henvende sig uvisiteret med ethvert problem – underforstået at problemet er helbredsrelateret og også gerne relevant og hensigtsmæssigt. Fra et sundhedsfagligt og sundhedsøkonomisk perspektiv kan det dog synes at give god mening at forsøge at regulere forholdet mellem almen praksis og befolkning. Hvis man kan sikre, at befolkningen bruger almen praksis "hensigtsmæssigt" og præsenterer "relevante" problemstillinger, sikrer det patienten en effektiv behandling og den bedste udnyttelse af de begrænsede ressourcer. Vi oplever dog, at befolkningens forbrug af almen praksis stadig oftere diskuteres i det offentlige og politiske rum som noget, der bør – og kan – reguleres, fx med patientbetaling, der tænkes at begrænse unødvendige henvendelser. Omvendt fylder rådgivning om at gå tidligere til læge stadig mere i



Bioteknologien ekspanderer, nye biomarkører og nye sygdomme dukker op, og grænsen mellem syg og rask er under forandring

de nationale sundhedskampagner (fx om hjerte-kar-sygdomme og kræftsygdomme). Formålet med denne artikel er at sætte fokus på, hvor kompliceret det reelt er at regulere befolkningens forbrug af almen praksis.

Diagnosekultur og sygdomssensibilisering

Vi lever i dag i hvad vi kan kalde en diagnosekultur.¹ Biomedicinen karakteriseres ved en tiltagende diagnose-ekspansion, øget tilgang til bioteknologisk intervention samt en stadig større bureaukratisk regulering af de praktiske niveauer, de sundhedsprofessionelles arbejde samt patienternes møde med klinikken.² Inden for psykiatrien afgrænses symptomkomplekser i nye diagnoser, og stadig flere dele af, hvad der før var hverdagsliv, skifter karakter til sygdom. Bioteknologien ekspanderer, nye biomarkører og nye sygdomme dukker op, og grænsen mellem syg og rask er under forandring. Resultatet er en medikalisering, hvor antallet af diagnoser øges, og stadig flere "fejler noget" og skal i medicinsk behandling (se boks 1). Diagnoser er dog ikke længere noget, kun læger bruger, når de skal vælge behandling og udsige noget om prognosen. Diagnosesproget anvendes bredt i moderne velfærdsstater og har også institutionelle konsekvenser som reguleringsmekanisme i forhold til tildeling af privilegier og ressourcer, herunder adgang til orlov, pensioner, behandling og legitim sygdomsadfærd. På individniveau indebærer diagnosekulturen (boks 1) en ændring i menneskers oplevelse af lidelse og ubehag, som i stadig større udstrækning filtreres gennem de kategorier, som tilbydes af biomedicinen. På samme måde som der har været en udvidelse af diagnosekategorier og diagnoser sociale og institutionelle funktioner, ser vi også en ekspansion i symptomkategorier og i, hvilke kropslige forandringer, følelser eller "patologier" der i en biomedicinsk optik betragtes som "symptomer eller tegn" på underliggende sygdom. Der opstår med andre ord en form for sygdomssensibilisering.

Sensibilisering betyder "øget følsomhed", og i dette tilfælde øget følsomhed over for sygdomstegn. Ligesom diagnoser ikke er en fast og eksakt størrelse, er oplevelsen af at have et symptom på sygdom heller ikke noget, der ligger fast, men noget, der er påvirkeligt af udefra kommende faktorer. Tegn og sensationer fra kroppen, som den enkelte person før har anset for "ikke at være noget særligt" eller noget, "man må leve med som en del af livet", bliver pludselig omdefineret som et muligt symptom på sygdom. Måske har man hørt eller læst noget om, at det kan være et tegn på noget alvorligt, eller man har fået påpeget af



Foto 1 /

Tegn som den enkelte person før har anset for "ikke at være noget særligt" bliver pludselig omdefinert som et muligt symptom på sygdom.

Foto: Colourbox

familie eller venner, at det er noget, der kan behandles, hvis man "kommer i tide". Sygdomssensibilisering skal dog ikke forstås som hverken "sygdomsangst" eller "sygelliggørelse", men mere som en refleksion af, at mængden af symptomer på sygdom ekspanderer på linje med diagnose-ekspansionen. Sygdomssensibilisering skal forstås som en form for refleksiv "hvad nu hvis"-tilstand; som et erfaringsmæssigt mulighedsrum, hvor uvished over for kroppens og sindets larm hersker, og hvor en øget følsomhed over for muligheden for, at det, man oplever, kan være tegn på sygdom, træder i karakter som én fortolkningsmulighed blandt mange.³

Denne uvished er sammenlignelig med det, sociologen Anthony Giddens kalder "diffuse bekymringer".⁴ Altså grundlæggende urovækkende bekymringer, som man ikke umiddelbart kan få bugt med, men hvis kilde man må forsøge at få afdækket. Eller det, som antropologen Susan Whyte har skildret som "*the subjunctive mood*".⁵ Subjunctive (eller konjunktiv på dansk), betyder at navigere i "hvad nu hvis"- eller "det

Boks 1

Diagnosekultur: Begrebet diagnosekultur henviser til en kulturel situation, hvor de psykiatriske diagnoser stadig oftere – og i stadig flere – samfundsmæssige sammenhænge (uddannelse, arbejdsliv, socialt arbejde, kriminalitet, underholdning osv.) sættes i spil og anvendes som et filter for at forstå afvigelse, ubehag og menneskelig lidelseserfaring.

Medikalisering: Ved medikalisering forstås, at større og større dele af menneskelivets reaktioner og livsfaser defineres ud fra en medicinsk forståelsesramme og derved fører til et anliggende for sundhedsvæsenet (fx institutionalisering af graviditet og fødsel, udvikling af farmakologisk behandling for ADHD).⁶

Sygeliggørelse: Ved sygeliggørelse forstås, at en person, der føler sig rask, af en anden part får at vide, at han/hun har en sygdom, et forstadium til en sygdom eller en risikofaktor for at udvikle en sygdom og herved udvikler en følelse af at være syg. Herved bliver individet gjort til patient og vil kunne påtage sig en patientrolle.⁶ Sygeliggørelse følger ofte efter medikalisering og kan resultere i en individualisering af "problemet".

Sensibilisering: Sensibilisering henviser til en øget form for følsomhed over for informationer, viden eller ideer om sygdom. Sensibilisering kan både komme til udtryk kropsligt (øget kropslig opmærksomhed) og kognitivt (jeg tænker mere på, om jeg er syg). Sensibilisering adskiller sig fra patologisering ved, at individet ikke føler sig syg, men befinder sig i en "hvad nu hvis"-tilstand.

muliges" rum. Helt overordnet betyder en øget sensibilisering over for sygdomstegn, at det bliver stadig sværere for klinikere som for patienter at skelne mellem, "hvad der er tegn på sygdom", og "hvad der er normalt". Det har naturligvis betydning for befolkningens relation til almen praksis; det er her, man kan gå hen, hvis man er i tvivl om, hvorvidt man er syg, og det er her, man kan søge rådgivning og vished. Når så samtidig diagnoserne spiller en stadig større regulerende rolle, sætter det yderligere gang i henvendelserne til praksis.

I psykiatrien har der længe været en intens diskussion af betydningen af ekspansionen af symptombaserede diagnoser, men der har været mindre forskningsmæssigt fokus på ekspansionens betydning på det somatiske område. De sidste år har informationskampagner til befolk-



**Tegn og sensatio-
ner fra kroppen,
som den enkelte
person før har
anset for "ikke at
være noget
særligt" eller
noget, "man må
leve med som en
del af livet",
bliver pludselig
omdefineret som
et muligt symp-
tom på sygdom**

ningen om at reagere tidligt på bestemte symptomer imidlertid øget opmærksomheden på ekspansionen af "symptomkategorier". Lad os komme med et konkret eksempel.

Kræft som eksempel

Kræftdiagnostikken er i fravær af biomarkører langt hen ad vejen symptom-baseret, og et fokus på tidlig diagnostik har afstedkommet et epidemiologisk opsporingsarbejde med at identificere "de tidlige symptomer på kræft" samt at øge befolkningens og sundhedsvæsnets opmærksomhed (awareness) på disse symptomer. Dette har resulteret i en ekspansion af symptomkategorier, og de kropslige forandringer eller sensationer, der nu betragtes som symptomer på kræft, har en lavere positiv prædiktiv værdi end tidligere. Det betyder, at der er flere mulige sammenfald mellem "det normale" og "det sygelige", hvilket reelt er en invitation eller opfordring til befolkningen til at overveje, hvorvidt kropslige forandringer eller sensationer som træthed, væggtab eller diffuse smerter kan være tegn på noget alvorligt. Det er således et eksempel på, at befolkningen gives et nyt sprog eller nogle nye kategorier, der både kan påvirke deres kropsoplevelse og muliggøre en italesættelse af kropslige forandringer: "Jeg er træt, måske det er et symptom på kræft?"

Forandringerne i kræftdiagnostikken er således et eksempel på, hvordan den biomedicinske semiotik (fortolkning af tegn) kontinuerligt forandrer sig i et samspil mellem øgede muligheder for kropslig introspektion (bioteknologi: ændrede perspektiver på patologi), sundhedspolitiske interventioner (prioritering af kræftfeltet; fokus på standardiseringer gennem guidelines) og det, vi kunne kalde kultur eller "norming" ("sundhed er godt, tidlig diagnostik er godt"). De kropslige forandringer, som vi på ethvert givent tidspunkt kalder "kræftsymptomer", er under stadig forandring, hvilket har betydning for befolkningens interaktion med almen praksis og muligvis manifesterer sig som en øget følsomhed over for sygdomstegn (se boks 2-5 for flere eksempler).

Implikationer for almen praksis

Mængden af mulige symptomer ekspanderer, og tærsklen for, hvornår kroppens signaler kan opfattes som tegn på sygdom, sænkes. Det betyder også, at det bliver sværere for befolkningen at skelne tegn på sygdom fra "den normale kropslige larm", og nogle bliver unødigt bekymrede.⁷ Det er således svært at træffe "rationelle" valg i betydningen



Boks 2 Menopause som eksempel

Kvindens overgangsalder har i mange årtier været en arena for diskussioner om symptomer og konstruktionen af samme. Hvorfor bliver nogle kropslige erfaringer til et symptom på de hormonelle forandringer, der sker i disse år, mens andre ikke gør? Især i forbindelse med østrogenbehandlingens fremkomst i løbet af 1960'erne og 70'erne blev flere og flere symptomer italesat af såvel læger som medicinalindustri. En lang række kropslige signaler blev nævnt som noget, der med fordel kunne behandles, gerne resten af livet. Mange myter opstod, i kraft af at symptomerne blev svært overestimerede, og fordi man samtidig medtog kropslige tegn på generelle aldridsprocesser. Endelig blev menopausen knyttet til risiko for sygdomme senere i livet, hvilket efterhånden førte til, at mange kvinder mente, at de burde gå til læge og drøfte evt. behandling. Først efter 2002, hvor undersøgelser havde vist, at ulemperne ved hormonbehandling var større end de gavnlige effekter, ændrede billedet sig. Hvor der før stod i Lægemiddelkataloget, at det klimakterielle syndrom ud over hedeture, slimhindeproblemer og blødningsforstyrrelser også bestod af "ledsymptomer, træthed, humørpåvirkning med depressionstendens, grådabilitet, aggressivitet og manglende koncentrationsevne", kunne man efter 2005 læse, at det ikke længere handlede om et *syndrom*, men blot om klimakterielle *gener*. Og nu var listen reduceret til de få ting, der rent faktisk er evidens for.^{7,8} At symptomerne i høj grad handlede om meget andet end biologi, blev yderligere understreget ved at sammenligne kvinder i forskellige kulturer. Således kunne Margaret Lock i 1993 beskrive, hvordan japanske kvinder i tiden omkring sidste menstruation havde symptomer i form af stiv nakke, ringen for ørerne og svimmelhed, mens de knap kendte til hedeture og ikke havde noget ord for dette fænomen.

velinformede beslutninger, og befolkningen opfordres til i højere grad at være opmærksomme på deres krop; hvornår den forandrer sig og "sender mulige tegn" på underliggende sygdom. Lægen er samtidig nødt til at følge trop og skal reagere på symptomer, hvor sandsynligheden for fx kræft bliver stadig lavere, og skal henvise flere til nærmere undersøgelser. Og dermed bekræftes patienten i, at kropslarm bør give anledning til bekymring og en tur til lægen.

I menopause-casen så vi også, at en ekspansion af symptomer og sænkning af sensibiliseringstærsklen gav anledning til, at "normale" gener blev "sygelige", og at tærsklen for gener, der burde accepteres som normale, blev sænket. Resultatet var øget lægesøgning og flere i hormonbehandling. I casen om funktionelle lidelser (Boks 5) er problemet

Boks 3 Depression som eksempel

Depressionsdiagnosen er blandt de diagnoser, der tiltrækker sig størst opmærksomhed i samtiden. Det hænger først og fremmest sammen med den udbredelse og aktualitet, som diagnosen har fået gennem de senere år. Nogle bruger termer som epidemi, mens andre er mere forsigtige, når de skal formidle omfanget af diagnosens udbredelse.

Når det drejer sig om depressionsdiagnosen, så stilles den – ligesom andre psykiatriske diagnoser – udelukkende på baggrund af symptomer. Symptomerne på en depression optræder ikke i et samfundsmæssigt vakuum, men spiller snarere sammen med den tid, de optræder i – og er et resultat af denne. Hermed forstås, at depressionsdiagnosens symptomer bliver kraftigt aktualiseret i en tid, hvor de fremstår som diamentrale modsætninger til tidens forestilling om, hvad der karakteriserer "det ideelle individ". Altså et individ, der fortløbende er i stand til at være fleksibelt, tilpassningsdygtigt, omstillingsparat, socialt osv. i forhold til sit arbejde og sit netværk, men også i forhold til sin familie og i omgangen med sine venner.⁹ Set i det perspektiv optræder symptomer som nedtrykthed, reduceret energi, markant nedsat lyst, selvbebrejdelser, hæmning osv. som potentielle tegn på en depression og dermed som stærkt uønskværdige – ja, endda handicappende. Disse tegn, hvis sværhedsgrad måske endda forstærkes qua samtale med venner, familie, kolleger – eller måske qua depressionstests på nettet – bliver opmærksomhedspunkter, som individet må tage alvorligt. For hvad nu, hvis symptomerne er tegn på en depression? Problemet med sensibilisering er derfor påtrængende for psykiske problemer, da der ikke kan etableres en klar distinktion mellem symptomer og bagvedliggende patologi. Hvis der er tilstrækkeligt mange symptomer tilstrækkeligt længe, så er det ikke blot tegn på sygdom, så er det sygdom.

Boks 4 ADHD som eksempel

Hvor depressionen er karakteriseret ved anhedoni og ofte involverer en form for hypoaktivitet, er en anden af samtidens centrale psykiatriske diagnoser – ADHD – typisk karakteriseret ved hyperaktivitet og dårlig impuls kontrol. På den måde kan de to problematiske tilstande siges at repræsentere hver sin ende af et spektrum, hvor man skal ramme omkring midten for at være et ideelt menneske ifølge de kulturelt herskende normer. Den depressive lider af hæmning og en mangel på fremtidsorientering, hvor personen har svært ved at forestille sig, at tingene nogensinde skulle blive anderledes. Omvendt er ADHD-lidelsen karakteriseret ved et overskud af energi (patienter beskriver det typisk som kropslig sitren og ”popcorn i hovedet”), hvor personen går i gang med en ting, men ikke når at gøre den færdig, fordi der viser sig noget andet, der trænger sig mere på.¹⁰ Helt forenklet: Hvor den depressive tænker for meget (rumination) uden at kunne handle, handler personen med ADHD på en vis måde for meget uden at kunne fastholde en tanke. Falder man selv eller ens børn uden for det ideelle – og er man gennem sensibilisering forberedt på at fortolke afvigelsen i lyset af viden om psykiatriske symptomer – da vil der være relativt kort til en egentlig diagnose. Især ADHD-foreningen har i de senere år gjort meget for at udbrede kendskabet til symptomer på ADHD (problemer med opmærksomhed, impuls kontrol samt hyperaktivitet), bl.a. via ADHD-bussen, der besøgte flere af landets folkeskoler, og gennem en stor offentlig eksponering, hvilket formentlig fører til en generel sensibilisering for denne diagnose.

nærmest omvendt; her handler det om, at nogle patienter fra et medicinsk synspunkt er ”for sensibiliserede”.

Sensibiliseringen kan også ske via omtale af nye medicinske behandlinger eller, som det er tilfældet med ADHD-diagnosen, via øget adgang til velfærdsydelser.

Menopause-casen demonstrerer, at ”hvad nu hvis”-usikkerheden ikke kun har at gøre med frygt for at overse risikoen for en alvorlig sygdom, hvor tidlig behandling er af betydning for prognosen, men også kan afspejle den enkeltes oplevelse af at have ansvar for at optimere sit velbefindende for at fungere og præstere optimalt.¹



Det, vi her har beskrevet som diagnosekultur og sygdomssensibilisering, har dog ikke kun "kvantitativ" betydning for almen praksis (flere søger læge). Det har også betydning for den måde, det kliniske møde udfolder sig på

Biomedicinens udtalte lovning på, at der eksisterer effektive behandlinger for den, der finder frem til dem, og jo før jo bedre, lægger et pres på den enkelte. Det gælder om at være opmærksom på alt, der kunne give et vink om en tilstand, der eventuelt findes en effektiv behandling for. Er mistanken der, er det igen op til den enkelte at håndtere det, søge information, afveje sandsynligheder og så ellers gå til lægen, hvis mistanken ikke helt kan manes i jorden.

Implikationer for det kliniske møde

Det, vi her har beskrevet som diagnosekultur og sygdomssensibilisering, har dog ikke kun "kvantitativ" betydning for almen praksis (flere søger læge). Det har også betydning for den måde, det kliniske møde udfolder sig på. Det anbefales i konsultationstræning, at lægen aktivt søger at aftale, hvilke problemer der skal behandles i konsultationen og helst fra starten. Konversations- og organisationsforskning har vist, at mange konsultationer netop kun kommer til at dreje sig om "én problemstilling", og hvis patienter vil gøre flere problemer gældende undervejs i konsultationen, vil det typisk være et krav, at de kan gøre det relevant i konteksten, ellers opfordres de til at bestille en ny tid.¹¹ Det betyder, at personer, der søger læge løbende, skal forhandle legitimiteten af deres henvendelser, og de skal gøre deres problemer "værdige" til at blive nævnt over for lægen.^{12,13} Forskning har endvidere vist, at denne "ét problems-logik" understøttes af organiseringen af almen praksis' klinikker, incitamentsstrukturer og et øget fokus på at være "effektiv".¹³

Hvis vi betragter disse iboende logikker i det kliniske møde i en bredere kontekst, eller det som vi har beskrevet som diagnosekultur og sygdomssensibilisering, bliver det tydeligt, at der kan opstå udfordringer for både læger og patienter. Lægerne synes måske, at deres patienter kommer hele tiden og er lidt pylrede, og patienterne synes ikke, de kan komme til at tale med lægerne om det, der reelt bekymrer dem, eller de har svært ved at adskille "deres sygdoms-klager" på "den rigtige måde". Som vi har beskrevet andetsteds, er der en iboende

LÆGEHUS



Boks 5 Generaliserede smerter som eksempel

Der findes også symptomer, som det er mindre legitimt at have, især fordi man ikke kender den fysiologiske forklaring på symptomerne. Derfor antager mange, at forklaringen er psykologisk. Én type af disse såkaldte funktionelle lidelser er udbredt smerte, som fx har fået betegnelsen fibromyalgi eller whiplash-følgetilstande. I disse situationer skal patienterne nærmest "afsensibiliseres". To tredjedele af disse patienter er kvinder. Historisk har der været forskellige forklaringer på tilstandene. Tidligere mente man, at lidelserne havde noget med livmoderen at gøre, hvorfor de fik betegnelsen hysteri efter det græske ord for livmoder. I 1990'erne blev tankegangen om hysteri genoplivet, da forfatteren Elaine Showalter skrev bogen "Hysterics". Hun mente, at hver tid havde sine hysterikere, men at symptomudtrykkene i historiens løb vekslede fra middelalderens hekse til krigsveteraner med granatchok eller golfkrigsveteraner med nervesymptomer og til nutidens kroniske træthedssyndrom. Herefter skrev en dansk neuropsykolog bogen "Ondt i livet" og henførte årsagen til problemer eller overbelastning i livet, altså en social-psykologisk forklaring. Mange behandlere opfatter stadig symptomerne som havende en psykologisk årsag, men en sådan forklaring ville indebære, at noget psykologisk skulle forvandle sig til noget somatisk, og at krop og psyke var to adskilte fænomener. Efterhånden kommer man dog mere på sporet af, at disse symptomer opstår i et komplekst samspil mellem det biologiske, det psykologiske og det sociale. Nogle af patienterne har været udsat for traumatiske begivenheder i deres liv, men det gælder absolut ikke alle. For nogle er tilstanden debuteret i forbindelse med en sygdomsperiode, og hvad angår det biologiske, er det autonome nervesystem og immunsystemet involveret.

konflikt imellem det, vi kunne kalde biomedicinske diskurser ("gå tidligt til læge", "vær opmærksom på din krop", "mange ting kan være tegn på sygdom"), og den daglige biomedicinske praksis ("vær præcis", "kom kun med én problemstilling"). Det kan føre til frustrationer hos både patienter og læger, og det tydeliggør, hvor kompliceret det er at regulere adgangen til almen praksis.

Konklusion

Samtidens biomedicinske ekspansion sætter rammen for mødet mellem læge og patient og dermed for lægens handlemuligheder. Casene viser, at stærke kræfter uden for konsultationslokalet er på spil, når det drejer sig om at regulere patienternes adgang til lægen og deres forventninger til lægen inklusive dennes diagnoser. Den enkelte læge agerer i dette spændingsfelt, men har med en bevidst holdning til den diagnostiske proces og ud fra sin magtposition som autoriseret diagnostiker mulighed for at påvirke forløbet for den enkelte patient og kan også påvirke sensibiliseringstærsklen både op og ned. ●

Økonomiske interessekonflikter: *ingen angivet*

Litteratur:

1. Brinkmann S, Petersen A. Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion. 1. udgave ed. Aarhus: Klim; 2015:391.
2. Rosenberg CE. Our present complaint: American medicine, then and now. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007:214.
3. Andersen RS. Identifying the cancerous body. Symptomatic management of cancer diagnostics and its contagious potentials. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund (n.d).
4. Giddens A. Modernitet og selvidentitet: Selvet og samfundet under sen-moderniteten. Kbh.: Hans Reitzel; 2006:289.
5. Jenkins R, Jessen H, Steffen V, eds. Managing uncertainty: Ethnographic studies of illness, risk and the struggle for control. Copenhagen: Museum Tusulanum; 2005Critical anthropology; volume 2.
6. Hvas AC. Sygeliggørelse og "medikalisering": Forsøg på begrebsafklaring på baggrund af et litteraturstudie. Ugeskr Laeger. 1999;Årg. 161, nr. 42 (1999):5783-5785.
7. Hvas L. Bekymringsgørelse – er det noget at bekymre sig over? Månedsskrift for praktisk lægegerning. 2009;Årg. 87, nr. 3 (2009):277-283.
8. Lock MM. Encounters with aging: Mythologies of menopause in Japan and North America. Berkeley: University of California Press; 1993:439.
9. Petersen A, Rønberg M.R. Depression – problematiske følelser i samtiden. In: Bo I, Jacobsen M, eds. Hverdagslivets følelser. Kbh: Hans Reitzel; 2015:221-245.
10. Nielsen M. Når følelser og reaktioner bliver symptomer på en diagnose. In: Brinkmann S, & Petersen A., ed. Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion. Aarhus: Klim; 2015:207-229.
11. Guassora AD, Nielsen SB, Reventlow S. Deciding if lifestyle is a problem: GP risk assessments or patient evaluations? A conversation analytic study of preventive consultations in general practice. Scand J Prim Health Care. 2015;33(3):191-198. doi: 10.3109/02813432.2015.1078564.
12. Andersen RS, Vedsted P. Juggling efficiency. An ethnographic study exploring healthcare seeking practices in Danish primary care settings. Social Science & Medicine. 2015. DOI: Mar;128:239-45. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.01.037
13. Andersen RS, Tørring ML, Vedsted P. Global healthcare seeking discourses facing local clinical realities. Exploring the case of cancer. Med Anthropol Q. 2014. DOI: Jun;29(2):237-55. doi: 10.1111/maq.12148