



avisen

I dette nr:

- ***Temadage i Ålborg 2023***
- ***SIND workshop***
- ***Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser***

UDGIVER

Landsforeningen af Patient-
rådgivere og Bistandsværger
i Danmark, LPD

ANSVARSHAVENDE REDAKTØR

Erik Dahlgaard
erikdahlgaard@live.dk

Indhold fra LPD-avisen må citeres
med angivelse af kilde jf. lov om
ophavsret.

Avisen modtager gerne mate-
riale, men påtager sig intet ansvar
for indsendt materiale. Avisen
forbeholder sig ret til at forkorte/
redigere i indsendt materiale.

LAYOUT OG TRYK

Mark & Storm Grafisk A/S

Avisen udkommer
4 gange årligt
Oplag: 1250

Materiale sendes til
erikdahlgaard@live.dk

WWW.LPD-INFO.DK

Leder

Efter et overstået folketingsvalg og langt tilløb inden vi fik en ny regering, venter alle nu i spænding på, hvilke tiltag der kommer på en masse områder. I vores kreds retter blikket sig naturligt imod, hvorvidt der kommer konkrete tiltag til forbedring af indsatsen overfor kredsen af borgere, der bliver idømt foranstaltningsdomme eller oplever tvang efter psykiatriloven. I de sidste år er der gjort grundige faglige forarbejder til, hvorledes tingene kan indrettes på en ny måde, eller hvordan de eksisterende tiltag kan styrkes.

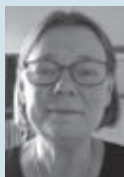
Politiske tilkendegivelser taler om, at der trænger til ændringer og et økonomisk løft på flere planer, så nu venter alle på, at der kommer gang i konkrete initiativer.

Imens mange således venter, arbejdes der i LPD, som vanligt med at understøtte kredsen af patientrådgivere og bistandsværger, så man bedst muligt kan støtte rets sikkerhed for de borgere vi er betroet at hjælpe. Vi arbejder i dagligdagen med rådgivning, når vi får henvendelser. Vi deltager i relevante arbejder; forleden deltog to fra LPD's bestyrelse i en workshop arrangeret af landsforeningen SIND. Her var Det psykiatriske patientklagenævn på programmet, og vi bidrog med patienternes perspektiv, hvor patientrådgiverne jo har det tætte kendskab til problemstillingerne.

Bestyrelsen i LPD

**Formand og redaktør**

Erik Dahlgaard
Tambogade 55
7790 Thyholm
30 62 81 93
erikdahlgaard@live.dk

**Sekretær**

Britta Nielsen
Hyacintvej 3
9380 Vestbjerg
29 60 24 27
brittahn84@gmail.com

**Bestyrelsesmedlem**

Connie Smidstrup
Hyrupvej 6
7140 Stouby
61 65 55 74
smidstrup1@hotmail.com

**Næstformand**

Dorthe Skarsholt Falkenstrøm
Godthåbsvej 50a
9230 Svenstrup
25 32 77 69
skarsholt@live.dk

**Bestyrelsesmedlem**

Inge Lise Lund
Høgevænget 7
5610 Assens
26 21 50 25
ingeliselund1@gmail.com

**Regnskabskontrollant**

Winnie Kirchheiner
Søndertoften 183
2630 Taastrup

**Kasserer**

Anders Ole R. Andersen
Søndergade 8, 1. sal
8620 Kjellerup
21 44 97 03
hanneoganders8600@gmail.com

**Bestyrelsesmedlem**

Jes Højris Hansen,
P. P. Ørumdgade 34, 3. tv.,
8000 Århus C,
jeshojris@gmail.com

**Regnskabskontrollant
suppleant**

Else Marie J. Rosendahl
Vismarlundvej 8, 6500 Vojens
25 68 51 00
juhler.rosendahl@gmail.com

Vi arbejder i vores bestyrelse med kommende kurser og temadage, aktuelt er der program for temadagene, der denne gang holdes i Ålborg den 14.-16. april. Her håber vi at vi ses til nogle spændende og lærerige dage.

Der er i nærværende avis et tema der undersøger grundende til at en del borgere med psykiske udfordringer, lever kortere end befolkningen som helhed. Det er et væsentligt problem, som er undersøgt af behandlingsrådet. Den samlede rapport kan findes på; www.behandlingsraadet.dk

Hermed god læselyst til alle.

Erik Dahlgaard

Redaktør

Indhold

<i>Temadage i Ålborg</i>	4
<i>Indkaldelse til landsmøde</i>	5
<i>SIND workshop</i>	6
<i>Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser</i>	7

Forside:
Colourbox



1. Suppleant

Brian Olsen
Lolland
61 26 85 45
projektlederbo@gmail.com

www.LPD-info.dk



Landsmøde og temadage for patientrådgivere og bistandsværger

afholdes den 14.-16. april 2023

Adresse: Helnan Phoenix Hotel, Vesterbro 77, 9000 Aalborg

Tilmelding på: www.lpd-info.dk senest den 1. april 2023

Fredag den 14. april

16.00-17.00	Ankomst og registrering
17.00-18.30	Niels Erik Nymark Jensen, vicepolitiinspektør Fyns Politi – om Det Fælles Udrykningsteam
18.45	Middag

Lørdag den 15. april

08.00-09.00	Morgenmad
10.00-12.00	Mette Hanrath, psykolog og afdelingsleder for De særlige pladser på Psykiatrisk Hospital i Viborg – oplæg om mentalisering
12.00	Frokost
14.00- 15.30	Anette Sloth, direktør for Psykiatrien i Nordjylland – om 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed
15.45-17.15	Jes Sølgaard, psykolog i Udviklingscenter Aalborg – om vredeshåndtering hos udviklingshæmmede og arbejdet med VISO-rapporter
18.30	Middag

Søndag den 16. april

08.00- 09.00	Morgenmad
09.30-11.00	Ulla Jacobsen, tidl. afd. læge for afd. M på Psykiatrisk Hospital Risskov – oplæg om den nedlagte oligofreniklinik i Risskov, som nu er overgået til privat regi, hvor kommunerne henvender sig for udredning af borgere.
10.00- 12.00	Landsmøde
12.30	Frokost – "sandwich to go" og herefter tak for denne gang

Praktiske oplysninger

Tovholdere	til temadagene er Jes Højris Hansen, Anders Ole R. Andersen og Britta Nielsen
Tilmelding:	www.lpd-info.dk Tilmelding senest d. 1. april 2023
Sted:	Helnan Phoenix Hotel Vesterbro 77, 9000 Aalborg - der er fri parkering for deltagerne i temadagene på Hotel Phoenix' parkeringsplads ved registrering i receptionen
Ophold:	Ophold og mad afholdes af Justits-/Sundhedsministeriet
Hotel:	Tjek ind fra fredag kl. 16.00
Refusion:	Transport refunderes ved udfyldelse af køreseddel med vedlagt Brobizz eller billet. Der ydes Statens lave takst
Pauser:	Alle dage indlægges passende pauser med kaffe te, vand og frugt
Køresedler, bizz og billetter:	Sendes til Anders Ole R. Andersen, Søndergade 8, 1., 8620 Kjellerup – kasserer@lpd.dk

Indkaldelse til landsmøde i LPD

***Landsmødet afholdes søndag den 16. april 2023 kl. 11.00 på:
Helnan Phoenix Hotel, Vesterbro 77, 9000 Aalborg***

Landsmødet afholdes med følgende dagsorden:

- a)** Valg af dirigent, referent og 2 stemmetællere.
- b)** Formanden fremlægger LPD's beretning.
- c)** Kassererens beretning, herunder fremlæggelse af revideret regnskab til godkendelse.
- d)** Kassereren fremlægger LPD's budget for næste år samt forslag til kontingent gældende for det efterfølgende år.
- e)** Indkomne forslag.
- f)** Valg af bestyrelsesmedlemmer + suppleanter.
På valg er; Dorthe Skarsholt Falkenstrøm, Connie Smidstrup,
Jes Højris Hansen og Inge Lise Lund til bestyrelsen
På valg er Brian Olsen som suppleant. Der skal vælges to suppleanter.
- g)** Valg af regnskabskontrollant og suppleant.
På valg er Winnie Kirchheiner og som suppleant Else Marie J. Rosendahl.
- h)** Eventuelt.

Der er stemmeret for aktive medlemmer, som har betalt kontingent senest den 2. april 2023.

Med venlig hilsen
Bestyrelsen, LPD

Arbejdet i Det Psykiatriske Patientklagenævn

- workshop arrangeret af SIND

Af: Connie Smidstrup og Britta Nielsen

Fredag den 13. januar 2023 deltog vi – Connie Smidstrup og Britta Nielsen – som bestyrelsesmedlemmer i LPD - i en spændende workshop arrangeret af Landsforeningen SIND.

Temaet var: Arbejdet i Det Psykiatriske Patientklagenævn, og dagen blev dygtigt styret af Erik Mønsted Pedersen – næstformand i SIND.

Efter velkomst ved Mia Kristina Hansen – formand i SIND – kom Erik Mønsted Pedersen med en optakt til dagens arbejde – hvor han blandt andet talte for en flytning af PPKN til Ankestyrelsen - og derefter havde forskellige deltagere ordet - for korte indlæg, da vi var mange.

Der var repræsentanter fra Sundhedsministeriet, Erhvervsministeriet, Nævne- nes Hus, Styrelsen for Patientklager, Lægeforeningen, Dansk Psykiatrisk Selskab, SIND og LPD.

Vi fik ordet som de sidste før frokosten, og da vi havde holdt et forberedende møde, kunne vi være ret korte og præcise i vores indspark.



Vi påpegede, at der er en meget lang sagsbehandlingstid – tiden fra klagen udfærdiges til et møde i Nævnet. Vi er klar over, at det både kan skyldes pukler af sager i Nævnet og manglende ressourcer på de psykiatriske afsnit, men det betyder desværre, at patienter nu ret ofte er blevet udskrevet, inden de indkal- des til møde i Nævnet. Ikke alle patienter har et brændende ønske om at møde op på sygehuset - igen. Endvidere talte vi for faste mødedage – det har vi haft tidligere, og det gav – sammen med tidsfrister for lægernes udtalelser - en bedre mulighed for at ori- entere patienterne om et evt. møde i Nævnet.

De faste mødedage tilgodeser også patientrådgiverne og bistandsværgerne, som jo også har primære arbejdspladser. Vi gav også udtryk for, at møderne online fungerer ok, men det er et must, at tek- nikken fungerer optimalt. Og der skal være en mulighed for at ønske et fysisk fremmøde.

Efter frokosten holdt Knud Kristensen – tidligere formand for SIND – et oplæg om det historiske perspektiv på arbejdet i Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Dagen blev rundet af med dialog i plenum og ideer til et katalog om det fremtidige arbejde i og med PPKN.

Alt i alt en god og spændende dag, og vi var glade for at kunne repræsentere vores forening LPD.





Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser

Januar 2023

2 Resumé

I Danmark dør mennesker med svære psykiske lidelser i gennemsnit 7-10 år tidligere end den øvrige befolkning. Selvom en del af denne overdødelighed skyldes selvmord, kan størstedelen, op imod 60 procent, tilskrives somatiske sygdomme. Den store overdødelighed tydeliggør behovet for øget forebyggelse, tidlig diagnosticering og kvalitet i den somatiske behandling af patienter med psykisk lidelse.

Dette er den første af to rapporter, som Behandlingsrådet publicerer vedrørende ulighed i sundhed i 2023 og 2024 under temaet "Ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser". Rapporterne fokuserer på det danske sundhedsvæsen. Formålet med Behandlingsrådets analyse (2022) er at belyse eventuelle uligheder i somatisk behandling og sygdomsudfald hos patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse. Endvidere undersøges betydningen af uddannelse og geografisk bopæl i forhold til eventuelle uligheder mellem patienter med og uden psykisk lidelse.

Rapporten indeholder dels et litteraturreview, der opsamler den eksisterende viden om ulighed i somatisk behandling og sygdomsudfald hos patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse. Litteraturreviewet er baseret på danske studier publiceret i perioden 2012-2022.

Derudover indeholder rapporten et registerstudie, der undersøger, om der er nogle kombinationer af psykisk lidelse og somatisk sygdom, der er forbundet med en særlig stor risiko for død, et øget antal indlæggelsesdage og øgede hospitalsomkostninger i forbindelse med somatisk sygdom hos patienter med psykisk lidelse, sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse. Registerstudiet er baseret på danske registre i perioden 2004-2020. Død, indlæggelsesdage og hospitalsomkostninger er målt efter første hospitalkontakt i forbindelse med somatisk sygdom og med en opfølgningsperiode på et år.

Resultaterne fra litteraturreviewet tegner et overordnet billede af, at psykisk lidelse øger risikoen for død ved et bredt spektrum af somatiske sygdomme, og at psykisk lidelse ofte er associeret med en mindre optimal behandling i det somatiske sundhedsvæsen, ligeledes inden for et bredt spektrum af somatiske sygdomme. Disse konklusioner er særligt underbygget af studier vedrørende svær psykisk lidelse.

Resultaterne fra registerstudiet viser, at patienter med psykiske lidelser – på tværs af forskellige psykiatriske hospitalsdiagnoser - er i forøget risiko for at dø inden for et år efter deres første somatiske hospitalkontakt, sammenlignet med patienter med tilsvarende somatiske sygdom uden psykisk lidelse. Derudover finder registerstudiet overordnet set ingen systematiske forskelle i hverken gennemsnitsantallet af somatiske indlæggelsesdage eller somatiske hospitalsomkostninger hos patienter med somatisk sygdom og psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden samtidig psykisk lidelse. Resultaterne fra registerstudiet gælder, uanset om der er tale om kroniske eller akutte somatiske sygdomme, om det er sygdomme, der hovedsageligt følges i almen praksis eller på hospital, eller om der er tale om sygdomme, med klare - versus uklare - symptombilleder, forløbsbeskrivelser og procedurer. Resultaterne gælder ligeledes uanset patienternes geografiske bopæl og uddannelsesniveau.

Rapportens resultater understreger, at der er tale om en omfattende ulighedsproblematik, der ikke kun er begrænset til nogle få specifikke psykiske lidelser. På trods af, at dette års rapport finder ulighed i både behandling og sygdomsudfald hos patienter med – versus patienter uden – psykisk lidelse, kan analysen ikke konkludere, at en øget risiko for død er direkte afledt af en mindre optimal behandling i det somatiske sundhedsvæsen. Analysen peger dog på et behov for at undersøge behandlingen nærmere, herunder også årsagerne til utilstrækkelig kvalitet i den somatiske behandling af patienter med psykisk lidelse.

4

Introduktion

Rammer for opgaven

Let og lige adgang til sundhedsvæsenet samt behandling af høj kvalitet markerer to af hjørnestenene i den danske sundhedslov. Sigtet med loven er blandt andet at undgå, at der sker forskelsbehandling af patienter, medmindre disse er begrundet i objektive forhold ⁷.

I sammenligning med mange andre lande besidder Danmark en solid data-infrastruktur, der blandt andet gør det muligt at monitorere kvalitet i sundhedsvæsenet og undersøge, hvorvidt det danske sundhedsvæsen således også lever op til ambitionen om at undgå forskelsbehandling. I Danmark har man eksempelvis siden 2012 monitoreret kvaliteten af behandlingen på de danske sygehuse i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) med det formål at understøtte, at patienter modtager ensartet kvalitet i behandlingen⁸.

Flere rapporter har fremhævet behovet for i højere grad at benytte de danske registre til at belyse eventuel ulighed i sundhedsvæsenet, herunder uretfærdige forskelle i kvaliteten af behandlingen på sygehuse. Dette var eksempelvis en af OECD's konklusioner fra rapporten *OECD Reviews of Health Care Quality – Denmark* (2013)⁹, ligesom det blev påpeget i en rapport udarbejdet af Rigsrevisionen i 2019⁸. Med brug af data fra RKKP kunne Rigsrevisionens rapport desuden påvise, at der for patienter inden for fire udbredte folkesygdomme: Hjertesvigt, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), stroke (blodprop eller blødning i hjernen) og hofte- og lårbrud - med samme behandlingsbehov, men med forskellig baggrund – forekom ikke-begrundede forskelle i behandlingskvaliteten på sygehuse i perioden 2007-2016.

I 2020 nedsatte Danske Regioner Behandlingsrådet med det primære formål at målrette sundhedsvæsenets ressourcer til de teknologier og indsatser, der giver mest sundhed for pengene. I forbindelse med aftalen for regionernes økonomi for 2022 blev regeringen og Danske Regioner desuden enige om at tilskikke Behandlingsrådet endnu en opgave; at udarbejde årlige analyser med henblik på at afdække og belyse eventuel ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper¹⁰. Det er Behandlingsrådets ambition at leve op til denne opgave, både via bedre udnyttelse af danske registre, men også via andre metodiske greb, der kan øge forståelsen af ulighedens mekanismer og komme de indsatser et skridt nærmere, der er nødvendige for mere lighed i behandlingen i sundhedsvæsenet.

Nærværende rapport udgør Behandlingsrådets første analyse inden for ovenstående, nye opgavefelt. Rapporten vil blive efterfulgt af årlige analyser, der med varierende temaer vil have til formål at belyse og afdække ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper i det danske sundhedsvæsen. Som det blev godkendt af Sundhedsministeriet og Danske Regioner den 13. juni 2022, er temaet for denne første analyse "Ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser". Grundet en afkortet projektperiode for udarbejdelsen af denne første rapport, har Sundhedsministeriet og Danske Regioner endvidere godkendt, at rapporten i 2023 udarbejdes under samme overordnede tema. De to rapporter har således til hensigt at supplere hinanden, men vil også kunne læses som to selvstændige undersøgelser. Rapporterne publiceres i henholdsvis januar 2023 og januar 2024.

Om denne rapport

Ulighed i sundhed handler bredt defineret om systematiske forskelle i befolkningen i forhold til 1) risikoen for eksponering af risikofaktorer for sygdom, 2) forekomsten af sygdom, 3) behandlingen af sygdom og 4) konsekvenserne af sygdom^{11,12}. Behandlingsrådets årlige analyser fokuserer på ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper i sundhedsvæsenet, som et aspekt af ulighed i sundhed⁶. Selvom ulighed i sundhed ikke begynder i sundhedsvæsenet, spiller sundhedsvæsenet en rolle i forhold til potentielt at skabe, vedligeholde, eller forstærke uligheden. Sundhedsvæsenet har imidlertid også potentiale til at mindske ulighed i sundhed⁶.

Det overordnede sigte med de to rapporter, som Behandlingsrådet udarbejder vedrørende ulighed i sundhed i 2022 og 2023, er at belyse eventuelle uligheder i den somatiske behandling, som patienter med psykiske lidelser modtager i det danske sundhedsvæsen. Rapporterne søger at klarlægge, både hvor den mest markante ulighed findes, samt årsagerne hertil, og vil således tilsammen give et mere samlet billede og en dybere forståelse af ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser.

Nærværende rapport (2022) består af to hoveddele. Den første del er et litteraturreview, der opsamler den eksisterende viden omhandlende somatisk behandling og sygdomsudfald hos patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse. Den anden del er et registerstudie, der undersøger, om der er nogle kombinationer af psykisk lidelse og somatisk sygdom, der er forbundet med en særlig stor risiko for død, et øget antal indlæggelsesdage og øgede hospitalsomkostninger i forbindelse med somatisk sygdom sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse. Rapportens registerstudie af-dækker ligeledes, i hvilket omfang konsekvenserne af samtidig psykisk lidelse i forhold til forbrug af sen-gedage og hospitalsomkostninger efter somatisk sygdom varierer i forhold til uddannelsesniveau og geo-grafisk bopæl.

Med afsæt i resultaterne fra denne rapport, vil Behandlingsrådets analyse, som udarbejdes i 2023, blandt andet undersøge kvaliteten af den somatiske behandling - samt hvilke mekanismer, der kan være med-virkende til at skabe eventuel ulighed. Denne rapport (2022) fungerer derved som afsæt for en mere dyb-degående analyse i 2023.

Metode og Datagrundlag

I det følgende beskrives kort metoden og datagrundlaget for litteraturreviewet og registerstudiet. En udvidet metodebeskrivelse for litteraturreviewet findes i bilag A, A1-A3 og for registerstudiet i bilag B, B1. I både litteraturreviewet og registerstudiet undersøges kombinationer af psykisk lidelse og somatisk sygdom.

Med hensyn til de psykiske lidelser er alle lidelser inkluderet både i litteraturreviewet (inkluderet i søgeprotokollen) og i registerstudiet. I Danmark anvendes for nuværende klassificeringsværktøjet ICD-10 til diagnosticering af psykiske lidelser. Som udgangspunkt er alle psykiske lidelser under ICD-10 grupperingen inkluderet, herunder:

- F0: Organiske psykiske lidelser
- F1: Psykiske lidelser forårsaget af stoffer
- F2: Skizofrenispektrum tilstande
- F3: De affektive sindslidelser
- F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande
- F5: Adfærdssændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
- F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen
- F7: Mental retardering
- F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser
- F9: Adfærd- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom

En nærmere beskrivelse af disse grupperinger kan findes i bilag B1.

Med hensyn til de inkluderede somatiske sygdomme beskrives disse i de følgende afsnit.

Litteraturreviewet har til formål at kortlægge den eksisterende viden omhandlende somatisk behandling og sygdomsudfald (risiko for død og genindlæggelser) efter diagnosticering og eventuel behandling af somatisk sygdom hos patienter med og uden psykisk lidelse.

Reviewet foretages efter principperne for *litteraturreviewet*¹³, og der foretages en afdækning af publiceret litteratur i perioden 2012-2022 i relevante elektroniske databaser. Grundet fokuset på det danske sundhedsvæsen inkluderes udelukkende studier foretaget i en dansk kontekst. Litteratursøgningen omfatter patienter med somatisk sygdom med forudgående psykisk lidelse inden for følgende somatiske sygdomskategorier:

- Lungesygdomme
- Mave- og tarmsygdomme
- Leversygdomme
- Muskel- og skeletsygdomme
- Diabetes type 1 og 2
- Kræftsygdomme
- Hjertekarsygdomme
- Infektionssygdomme

Registerstudiet har til formål at belyse eventuelle forskelle i sygdomsudfald hos patienter med forskellige somatiske sygdomme afhængig af, om patienterne også har psykisk lidelse. Studiet er designet som et historisk kohortestudie, hvor studiepopulationen består af patienter, der i perioden 2004-2020 har deres første hospitalsskontakt relateret til en ud af følgende otte udvalgte somatiske sygdomme:

- Akut koronart syndrom (blodprop i hjertet)
- Stroke (blodprop eller blødning i hjernen)
- Lungekræft
- Brystkræft
- Lungebetændelse
- Sygdom i leveren
- Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL)
- Diabetes type 2

De somatiske sygdomme er blandt andet udvalgt, da de er årsag til flest dødsfald blandt personer med psykisk lidelse. Yderligere udvælgelseskriterier beskrives i bilag B1.

Forskelle i sygdomsforløb bliver målt på risiko for død og forbrug af hospitalsydelser (antal indlæggelsesdage og samlede hospitalsomkostninger) inden for det første år efter den første somatiske hospitalskontakt (indexindlæggelsen). Analysen sammenligner somatiske patienter med og uden psykisk lidelse. Registerstudiets analyser er primært baseret på danske registerdata, herunder data fra Landspatientregisteret (LPR) inklusiv LPR-psykiatri og DRG-grupperet LPR (inklusiv DAGS-takster), CPR-registret, Dødsårsagsregisteret, og Uddannelsesregisteret fra Danmarks Statistik. Analyserne gennemføres via Forskermaskinen hos Danmarks Statistik.

Læsevejledning

Denne rapport er den første af to rapporter, der vil blive udgivet af Behandlingsrådet vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser. Rapporten fungerer således som en selvstændig undersøgelse, men kan med fordel læses som første del af to, hvoraf anden del vil blive udarbejdet i 2023 og udgivet i januar 2024.

Ud over denne introduktion og et baggrundsafsnit (afsnit 5), der sætter rammen for analysen og giver læseren en indføring i den aktuelle problemstilling, indeholder rapporten en beskrivelse af resultater (afsnit 7), som indeholder to hoveddele: Et litteraturreview (afsnit 7.1) og et registerstudie (afsnit 7.2). Begge af disse to hoveddele afsluttes med delkonklusioner, der diskuteres og sammenfattes sidst i rapporten (afsnit 8).

Rapporten indeholder også en række bilag (afsnit 10), der knytter sig til henholdsvis litteraturreviewet (Bilag A, A1-A4) og registerstudiet (Bilag B, B1-B6), samt en oversigt over fagudvalgets medlemmer (Bilag C). Der findes en særskilt udgivelse af ekstra bilag relateret til registerstudiet. Se behandlingsrådets hjemmeside under "Ulighed i Sundhed" for information om, hvordan disse kan rekvireres.

5

Baggrund

Ifølge FN's verdenssundhedsorganisation, WHO, lever 1 ud af 8 personer i verden med en psykisk lidelse¹. I Danmark anslår Sundhedsstyrelsen, at 580.000 danskere på nuværende tidspunkt har en psykisk lidelse, men at antallet kan være højere, da det ikke er alle med en psykisk lidelse, der bliver registreret i de nationale registre. Det vurderes, at op imod halvdelen af den danske befolkning på et tidspunkt i deres liv får en psykisk lidelse¹⁴.

I Danmark er der igennem en årrække sket en stigning i antallet af personer, der bliver diagnosticeret med en psykisk lidelse. Tal fra Socialstyrelsen viser for eksempel, at der i perioden 2014-2018 forekom en stigning på 30 procent i antallet af voksne med en diagnosticeret psykisk lidelse¹⁴. En rapport udarbejdet af Danske Regioner peger tilsvarende på, at antallet af patienter i både voksenpsykiatrien og i børne- og ungdomspsykiatrien steg i samme periode¹⁵. En tilsvarende stigende tendens er set i forhold til forekomsten af dårligt mentalt helbred^a i befolkningen, hvilket blandt andet ses i Den Nationale Sundhedsprofil-undersøgelse¹⁶. Udviklingen peger samlet set på, at både dårligt mentalt helbred og psykiske lidelser er en voksende udfordring for folkesundheden i Danmark.

I det somatiske sundhedsvæsen behandles en stigende andel patienter med psykiske lidelser. Ifølge Sundhedsstyrelsen er antallet af patienter med psykiske lidelser, der behandles på sygehus steget med 30 procent over de seneste 10 år¹⁴.

Ulighed i sygelighed, sygdomsforløb og død

Ligesom det gør sig gældende i resten i verden, lever mennesker med psykiske lidelser i Danmark markant kortere liv sammenlignet med den øvrige befolkning¹⁷⁻²³. For mennesker med svære psykiske lidelser^b er levetiden i gennemsnit reduceret med 7-10 år²¹. I september 2022 indgik regeringen sammen med de fleste af Folketingets partier en aftale om en 10-års plan for psykiatrien. En af aftalens målsætninger var, at mennesker med psykiske lidelser skal leve længere²⁴.

Selvom en del af overdødeligheden blandt personer med psykiske lidelser skyldes selvmord (ca. en tredjedel), kan hovedparten, op imod 60 procent af overdødeligheden, tilskrives somatiske sygdomme^{c 14,25}. Det er påvist, at mennesker med alvorlige psykiske lidelser både har en forøget risiko for at udvikle somatiske sygdomme²⁶ samt en højere risiko for at dø af sygdomme såsom hjertekarsygdomme, luftvejs sygdomme, diabetes og kræft^{22,27-32}.

At mennesker med psykisk lidelse hyppigere end andre udvikler somatiske sygdomme, kan tilskrives forskellige forhold. En forklaring, der ofte trækkes frem, omhandler brugen af antipsykotisk medicin, der på trods af medicinens gavnlige virkninger med hensyn til blandt andet at reducere risikoen for selvmord^{33,34} og bidrage til en lavere dødelighed³⁵ også beskrives som et tveægget sværd. Dette indbefatter, at medicinen også har en række metaboliske bivirkninger, såsom vægtøgning, diabetes, metabolisk syndrom og

^a Mentale helbredsproblemer er en betegnelse, der både omfatter psykiske lidelser, men også svingende symptomer på psykiske lidelser, der nedsætter en persons velbefindende, uden at det nødvendigvis overstiger tærsklen til det, man vil karakterisere som en psykisk lidelse (f.eks. mistrivsel og udbændthed)^{125,126}.

^b Svære psykiske lidelser omfatter blandt andet skizofreni, bipolar lidelse og skizoaffektiv lidelse³⁶.

^c Komorbiditet anvendes om tilstedeværelsen af mere end én særskilt sygdom eller lidelse hos et individ¹²⁷.

dyslipidæmi^d, der bidrager til at øge sygeligheden³⁶. En anden forklaring omhandler usund livsstil som for eksempel manglende motion, overvægt og rygning, der kan være med til at øge sygeligheden blandt mennesker med psykisk lidelse^{14,37}.

Flere danske studier peger desuden på, at patienter med psykiske lidelser er i øget risiko for både somatisk indlæggelse samt somatisk genindlæggelse inden for 30 dage efter hospitalsudskrivelse, sammenlignet med patienter uden psykiske lidelser. Dette gælder for eksempel patienter med depression, skizofreni eller bipolar lidelse^{38–40}. Studierne understreger, at somatiske hospitalsindlæggelser og genindlæggelser, der potentielt kunne have været forebygget ved rettidig og tilstrækkelig behandling i det primære sundhedsvæsen, er forbundet med markante omkostninger for både patienten og for samfundet^{38,39}.

For mennesker med psykiske lidelser forekommer der således både en ulighed i risikoen for at blive syg med en somatisk sygdom og en ulighed med hensyn til konsekvenserne af at være syg – når der sammenlignes med mennesker uden psykiske lidelser.

Ulighed i diagnosticeringstidspunkt og behandlingskvalitet

Forskellige danske undersøgelser bekræfter, at der i nogle tilfælde forekommer en forsinkelse i tidspunktet for diagnosticering af somatiske lidelser blandt patienter med psykisk lidelse – sammenlignet med den øvrige befolkning^{41–43}. Dette kan blandt andet skyldes, at det for mennesker, hvis eksekutive funktioner^e er påvirket af psykisk lidelse, kan være vanskeligt at navigere i det somatiske sundhedsvæsen og for eksempel selv tage ansvar for at søge læge i tide^{14,44}. Man taler om, at patienterne mangler 'sundhedskompetence'⁴⁵. Omvendt kan man tale om, at for sen diagnosticering af den somatiske sygdom også kan skyldes, at sundhedsvæsenet mangler den fornødne 'patientkompetence' til at tage godt hånd om de mest udsatte borgere. For nogle mennesker med psykiske lidelser er sygdomsbilledet komplekst, og flere helbredsmæssige udfordringer som eksempelvis multisygdom eller misbrug kan ledsages af sociale problemer i form af for eksempel isolation, hjemløshed eller manglende socialt netværk. Disse mennesker kan have brug for ekstra støtte og opmærksomhed i sundhedsvæsenet¹⁴. For sundhedsprofessionelle kan det imidlertid være svært at afkode symptombilledet hos patienten, herunder vurdere, hvorvidt en given adfærd eller tilstand skyldes den psykiske lidelse eller en somatisk sygdom.

Som nævnt peger flere danske undersøgelser også på, at mennesker med psykisk lidelse er i øget risiko for at dø af somatiske sygdomme sammenlignet med den øvrige befolkning^{30,32,46}. Selvom en del af forklaringen på den markante overdødelighed blandt mennesker med psykisk lidelse ligger udenfor sundhedsvæsenets påvirkningssfære, spiller sundhedsvæsenet også en rolle i forhold til potentielt at bidrage til overdødeligheden. Ud over det forbedringspotentiale, der eksisterer vedrørende rettidig diagnosticering, peger undersøgelser på, at patienter med psykisk lidelse i nogle sammenhænge modtager en lavere kvalitet af behandlingen i det somatiske sundhedsvæsen sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse^{41,42,47–55}. Manglende kvalitet i behandlingen af den somatiske sygdom kan for eksempel vise sig ved, at sundhedspersonalet ikke i tilstrækkelig grad følger de anbefalede kliniske retningslinjer^f, der er anlagt for et sygdomsforløb. Årsagerne til dette kan være mange, men kan til dels skyldes, at den psykiske lidelse overskygger de somatiske følgesygdomme, der i øvrigt måtte optræde hos patienten.

^d Dyslipidæmi omfatter et ændret/øget niveau af lipider, der er forbundet med forøget risiko for hjerte-kar-sygdom¹²⁸

^e Anvendes om gruppen af komplekse mentale processer og kognitive evner (såsom arbejdshukommelse, impulshæmning og ræsonnement), der styrer de færdigheder (såsom at organisere opgaver, huske detaljer, styre tid og løse problemer), der kræves til målstyret adfærd¹²⁹.

^f Kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede, nationale anbefalinger, der har til formål at hjælpe sundhedspersonale med at yde en ensartet, fagligt funderet pleje og behandling af borgerne.

Social og geografisk ulighed

Forskning med udgangspunkt i den danske befolkning generelt, som dermed ikke udelukkende omhandler personer med psykisk lidelse, har påvist uligheder betinget af socioøkonomiske faktorer såsom uddannelse og indkomst i forhold til diagnostik af sygdomme eller den behandling og pleje, som patienter modtager i det somatiske sundhedsvæsen. Dette gælder blandt andet i forbindelse med stroke^{56,57}, KOL⁵⁸, kræft⁵⁹ og diabetes type 2⁶⁰. Ligeledes er geografisk bopæl dokumenteret som en faktor, der er associeret med forskelle i forhold til rettidig diagnosticering⁵⁹ og dødelighed som følge af eksempelvis kræftsygdom^{61,62}.

Så vidt vides, findes der imidlertid ikke meget videnskabeligt arbejde, der har undersøgt, om den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser også er forbundet med en social og geografisk ulighed. I mange undersøgelser slås hele gruppen af patienter med psykiske lidelser sammen i én gruppe uden at tage i betragtning, at der også er sociale forskelle internt i gruppen.

6 Formål

Flere nyere studier har påvist højere risiko for at dø af somatiske sygdomme samt højere forekomst af utilstrækkelig somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser inden for en række sygdomsområder. På baggrund heraf er der et behov for et samlet overblik over ulighed i sygdomsudfald og behandling, inden for et bredere udvalg af somatiske sygdomme og psykiske lidelser. Der er desuden behov for viden om, hvorvidt uligheden mellem patienter med og uden psykiske lidelser varierer afhængig af sociale og geografiske faktorer.

Formålet med Behandlingsrådets analyse (2022) er at belyse eventuelle uligheder i somatisk behandling og sygdomsudfald mellem patienter med og uden psykisk lidelse. Endvidere undersøges betydningen af uddannelse og geografisk bopæl i forhold til eventuelle uligheder mellem patienter med og uden psykisk lidelse.

Analysen vil tage udgangspunkt i følgende spørgsmål, som belyses med henholdsvis et litteraturreview (spørgsmål 1) og et registerstudie (spørgsmål 2):

1. Hvad ved vi, på baggrund af den nuværende litteratur, om forskelle i somatisk behandling og somatiske sygdomsudfald (død og genindlæggelser) mellem patienter med og uden psykisk lidelse i Danmark?
2. Hvor er den mest markante forskel i risiko for død samt forskelle i forbrug af hospitalssygdomme i den somatiske behandling af patienter med psykisk lidelse i Danmark i perioden 2004-2020?
 - a. Er der nogle psykiske lidelser, som i kombination med somatisk sygdom er forbundet med særlig stor risiko for død, øget antal indlæggelsesdage og øget antal hospitalsomkostninger, sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse?
 - b. Varierer konsekvenserne af samtidig psykisk lidelse for sygdomsudfaldene (død, indlæggelsesdage og hospitalsomkostninger) hos patienter med udvalgte somatiske sygdomme afhængigt af uddannelse og geografisk bopæl?

7 Resultater

I de følgende afsnit præsenteres resultaterne af litteraturreviewet (afsnit 7.1) og registerstudiet (afsnit 7.2). Afsnittene rundes hver især af med en delkonklusion som samler op på resultaterne.

7.1 Litteraturreview

I dette afsnit beskrives resultaterne af litteraturreviewet. Studier, der har undersøgt sygdomsudfald, omfatter studier af risiko for død, overlevelse og somatiske genindlæggelser inden for et år (*kortsigtede sygdomsudfald*) og over et år (*langsigtete sygdomsudfald*) fra tidspunktet for diagnosticering/behandlingen af en somatisk sygdom. I beskrivelsen af resultaterne er der primært fokus på de kortsigtede sygdomsudfald, som forekommer tættest tidsmæssigt på den behandling, som patienterne modtager i sundhedsvæsenet, mens resultater vedrørende de langsigtete sygdomsudfald sammenfattes kort afslutningsvist. Studier vedrørende behandlingskvalitet omfatter en bred palette af studier, med fokus på diagnosticering, undersøgelser og behandling af somatisk sygdom samt forbrug af sundhedsydelser hos patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse. Studierne anvender forskelle typer af data, for eksempel data fra RKKP-databaserne, Lægemedelstatistikregisteret, spørgeskemaer, obduktionsrapporter m.m. Beskrivelserne i afsnittet er fortrinsvist inddelt på baggrund af den somatiske sygdom, studierne undersøger.

I litteraturreviewet er der identificeret og inkluderet i alt 68 studier, heraf 21 studier, som undersøger kortsigtede sygdomsudfald, 33 studier, som undersøger langsigtete sygdomsudfald, og 29 studier som undersøger behandlingskvalitet. Da flere studier inkluderer et fokus på mere end én somatisk sygdom og flere rapporterer effektmål, der både relaterer sig til sygdomsudfald (kortsigtede sygdomsudfald og/eller langsigtete) og behandlingskvalitet, optræder nogle studier under mere end én overskrift. Medmindre andet er angivet i teksten, er de resultater, der beskrives i følgende afsnit, fremkommet på baggrund af sammenligninger mellem patienter med somatisk sygdom med og uden forudgående psykisk lidelse.

Hjertesygdomme

Opsummering

- Identificerede studier: Kortsigtede sygdomsudfald: 10, behandlingskvalitet: 13
- For patienter med forudgående psykisk lidelse (særlig underbygget af studier vedr. svær psykisk lidelse) er hjertesygdomme (blodprop i hjertet, hjertesvigt, hjertestop) forbundet med øget risiko for død inden for det første år fra diagnosticering/behandling sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse.
- Patienter med psykisk lidelse (særlig underbygget af studier vedr. svær psykisk lidelse) har en forøget risiko for ikke at blive diagnosticeret med hjertesygdomme rettidigt og har mindre sandsynlighed for at modtage visse typer af kardiovaskulære undersøgelser og behandlinger.

Kortsigtede sygdomsudfald

Ti studier undersøger kortsigtede sygdomsudfald forbundet med hjertesygdomme for patienter med psykiske lidelser^{52,63-71}. Samtlige studier rapporterer på dødelighed (7, 30, 90 dage eller 1 år), mens ét studie også undersøger genindlæggelser. Resultaterne viser overordnet set, at de belyste hjertesygdomme er forbundet med øget risiko for død inden for det første år fra diagnosticering/behandling hos patienter med

psykisk lidelse (særligt underbygget af studier vedrørende svær psykisk lidelse) sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse.

Med hensyn til risiko for død efter **blodprop i hjertet** undersøger fem studier forskelle mellem patienter med og uden psykisk lidelse^{63–66,69}. Hovedparten af studierne finder, at psykisk lidelse er forbundet med øget risiko for død, både inden for 30 dage (herunder 81% øget risiko hos patienter med demens⁶⁶) og et år (herunder 52% for demens⁶⁶, 62% for bipolar lidelse⁶⁵, 62% for svær psykisk lidelse (skizofreni, skizofreni-afektiv lidelse og bipolar lidelse)⁶⁴ og 97% for skizofreni⁶⁹). To studier finder dog igen signifikant forskel på dødelighed af alle årsager efter 30 dage ved sammenligning mellem patienter med og uden henholdsvis svær psykisk lidelse⁶⁴ og skizofreni⁶⁹. Med hensyn til den historiske udvikling i dødelighed efter blodprop i hjertet finder Philipsen et al., (2022), at der i perioden fra 1996 til 2016 er sket et fald i dødeligheden (relateret til alle årsager og hjertekar relateret) for patienter med og uden bipolar lidelse, men at forskellen mellem de to grupper forbliver uændret i hele perioden⁶⁵.

To studier undersøger kortsigtede kliniske sygdomsudfald efter hospitalsindlæggelse for **hjertesvigt** og finder en øget risiko for død blandt patienter med psykisk lidelse (henholdsvis depression⁶⁸ og skizofreni⁵²). Adelborg et al., (2016) påviser en øget 1-års dødelighed (3%) hos patienter med depression sammenlignet med patienter uden depression⁶⁸, og blandt patienter med skizofreni finder Jørgensen et al., (2017) en øget risiko for 1-års dødelighed (183%). Til gengæld finder forfatterne ingen øget risiko for 30-dages genindlæggelse sammenlignet med patienter uden skizofreni⁵².

Med hensyn til **hjerTESTOP udenfor hospitalet** finder to studier^{70,71} en lavere overlevelse blandt patienter med psykisk lidelse, herunder skizofreni og lignende lidelser, bipolar lidelse, depression, psykisk lidelse frembragt af stofmisbrug eller andre psykiske lidelser. Barcella et al. (2019a) finder, at patienter med psykisk lidelse har signifikant lavere odds for 30-dages overlevelse og 1-års overlevelse efter hjerTESTOP, selv blandt patienter, som modtager akut invasiv kardiovaskulær behandling⁷¹. Barcella et al. (2019b) finder ligeledes signifikant lavere odds for 30-dages overlevelse blandt patienter med psykisk lidelse⁷⁰ uanset hvor hjerTESTOPPET finder sted, hvilken tilstand patienten er i, og om patienten modtager hjertelungeredning af vidner. Forfatterne finder endvidere, at forskellen i odds for 30-dages overlevelsen blandt patienter med hjerTESTOP med og uden psykiske lidelser er steget i perioden fra 2006 til 2015⁷⁰.

Et enkelt studie undersøger sygdomsudfald efter **ISKÆMISK hjertesygdom** som en samlet sygdomsgruppe og finder, at svær depression er associeret med forøget risiko for død på henholdsvis 33% for mænd og 34% for kvinder ét år efter iskæmisk hjertesygdom⁶⁷.

Behandlingskvalitet

Med hensyn til kvaliteten af den behandling, som patienterne modtager for hjertesygdomme undersøger 15 studier^{43,52,63–65,71–80} henholdsvis diagnosticering, kardiovaskulære undersøgelser og behandlinger. Herunder koronar angiografi (KAG), implanterbar hjerTESTARTER (ICD), koronar revaskulariserende behandling, højresidig hjertekateterisering (RHC), perkutan koronar intervention (PCI), koronar bypass (CABG) samt hjertemedicin. Samlet set peger undersøgelserne på, at patienter med psykisk lidelse (fortrinsvist belyst i forhold til svær psykisk lidelse) har en forøget risiko for ikke at blive diagnosticeret med hjertesygdomme rettidigt og dernæst har mindre sandsynlighed for at modtage visse typer af kardiovaskulære undersøgelser og behandlinger.

Tre studier peger på, at patienter med svær psykisk lidelse er i risiko for ikke at blive rettidigt diagnosticeret med hjertesygdomme. Af disse finder Brink et al. (2019) eksempelvis, at patienter med skizofreni har markant lavere sandsynlighed for at være blevet diagnosticeret med hjertesygdomme forud for død som følge af disse sygdomme sammenlignet med personer uden skizofreni⁴³. Samstemmende med dette finder Nielsen et al. (2015), på baggrund af en undersøgelse af elektrodiagrammer fra mennesker med skizofreni, at uopdaget blodprop i hjertet er almindeligt blandt disse personer, som dermed ikke modtager tilstrækkelig behandling såsom aspirin, beta-blokkere eller statiner⁷⁴. Manglende kontrolgruppe i dette

studie medfører imidlertid, at det ikke kan vurderes, hvorvidt underdiagnosticering er mere forekommende blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden psykisk lidelse⁷⁴. Også et studie af Puntervold et al. (2021) finder på baggrund af retsmedicinske obduktioner, at hjertesvigt er underdiagnosticeret forud for død hos patienter med skizofreni. I sammenligningsgruppen, bestående af personer uden diagnosticeret psykisk lidelse, finder forfatterne imidlertid også underdiagnosticering for hjertesvigt forud for død⁷⁵.

Seks studier rapporterer signifikante forskelle med hensyn til kardiovaskulære undersøgelser og behandlinger i forbindelse med **akut koronart syndrom (blodprop i hjertet, ustabil hjertekrampe)**. Studiernes resultater viser overordnet set, at patienter med svære psykiske lidelser har mindre sandsynlighed for at modtage visse typer af kardiovaskulære undersøgelser og behandlinger sammenlignet med personer uden psykiske lidelser. Med hensyn til medicin finder Laursen et al. (2014) eksempelvis, at der bliver udskrevet færre recepter på de fleste kardiovaskulære lægemidler til patienter med skizofreni eller bipolar lidelse sammenlignet med den generelle befolkning⁷². Et studie af Brink et al. (2017) viser lignende resultater for patienter med hjertesygdomme og skizofreni over 70 år⁷⁶. Med særligt fokus på patienter indlagt med blodprop i hjertet med ST-elevation (STEMI) behandlet med ballonudvidelse (PPCI), finder Jakobsen et al. (2017), at patienter med alvorlig psykisk lidelse (skizofreni, skizoaffektiv lidelse, bipolar lidelse eller personer i behandling med antipsykotika) har mindre sandsynlighed for at blive behandlet med den anbefalede medicin i løbet af opfølgningsperioden (med moderate absolutte forskelle)⁶⁴. Studiet viser dog ingen forskelle på patienter med og uden psykisk lidelse i forhold til den behandling, som de modtager på hospitalet⁶⁴. To nyere studier finder, at patienter med skizofreni⁶³ og bipolar lidelse⁶⁵ i mindre grad modtager hjertemedicin i henhold til kliniske retningslinjer efter akut koronart syndrom sammenlignet med patienter uden forudgående psykisk lidelse. Med hensyn til øvrige undersøgelser og behandling påviser disse studier endvidere, at patienter med skizofreni og patienter med bipolare lidelser i mindre grad modtager koronar angiografi (KAG), perkutan koronar intervention (PCI) og koronar bypass (CABG) efter akut koronart syndrom, sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse^{63,65}. Disse resultater er i overensstemmelse med et tidligere studie af Attar et al. (2017), som viser, at patienter med førstegangsblodprop i hjertet med skizofreni har mindre sandsynlighed for at blive tilbudt og acceptere undersøgelse (CT-KAG, EKG, KAG) og behandling (medicin, PCI, CABG) sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse⁷⁷. Disse patienter har endvidere mindre sandsynlighed for at blive tilbudt invasiv koronar angiografi (KAG) og modtager oftere tilbud om arbejds-EKG end patienter uden psykiske lidelser⁷⁷.

Med hensyn til **hjertesvigt og hjertestop** identificerer litteraturreviewet tre studier, som overordnet set viser forskelle i de observerede mål for behandlingskvaliteten. Med fokus på patienter med førstegangshospitalskontakt for hjertesvigt finder Jørgensen et al. (2017), at patienter med skizofreni har en lavere sandsynlighed for at modtage behandling i henhold til kliniske retningslinjer for hjertesvigt og herunder en lavere sandsynlighed for at modtage behandling med betablokkere⁵². Larsson et al. (2021) finder, at en psykisk lidelse (demens, skizofreni, affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser, angstlidelser, autismespektrumforstyrrelser, mental retardering og alkoholafhængighedssyndrom) er associeret med en reduceret sandsynlighed for at modtage højresidig hjertekateterisering i forbindelse med en førstegangsdiagnose for hjertesvigt⁷³. Med hensyn til undersøgelse og behandling for hjertestop finder Barcella et al. (2019a)⁷¹, at patienter med psykiske lidelser (med diagnosticeret psykisk lidelse eller som modtager medicin, for eksempel antidepressiv uden psykiatrisk diagnose), har en lavere sandsynlighed for at modtage koronar angiografi (KAG) akut og sub-akut efter hjertestop samt lavere sandsynlighed for at blive behandlet med en implanterbar hjertestarter (ICD) sammenlignet med patienter uden psykiske lidelser. Studiet påviser dog ingen forskel på patienter med og uden psykiske lidelser, som modtager koronar angiografi i forhold til om de modtager koronar revaskulariserende behandling⁷¹.

Tre studier vedrørende kvaliteten af behandlingen for **forkammerflimmer** påviser, at patienter med psykisk lidelse (bipolar lidelse, skizofreni, depression) er mindre tilbøjelige til at modtage oral antikoagulerende medicin sammenlignet med patienter uden psykiske lidelser. Fenger-Grøn et al. (2021) finder, at

patienter med skizofreni eller bipolare lidelser har lavere sandsynlighed for at modtage oral antikoagulerende medicin. Herunder viser studiet, at bipolar lidelse og skizofreni er associeret med signifikant lavere påbegyndelse af oral antikoagulerende medicin inden for 90 dage efter patienterne har været indlagt med forkammerflimmer. Forfatterne finder endvidere et generelt lavere forbrug af oral antikoagulerende medicin hos patienter med forkammerflimmer⁷⁹. Samstemmende med disse resultater finder Højen et al. (2022), at påbegyndelsen af oral antikoagulations-behandling hos patienter med forkammerflimmer er betydeligt lavere blandt patienter med skizofreni sammenlignet med patienter uden skizofreni⁸⁰. Også med hensyn til patienter med depression (patienter med en psykiatrisk hospitalsdiagnose og patienter uden hospitalsdiagnose i kontinuerlig behandling med antidepressiv medicin) viser et studie af Fenger-Grøn et al. (2020), at depression er associeret med et signifikant lavere optag af oral antikoagulerende medicin, men at forskellen svækkes i perioden 2005-2016⁷⁸.

Stroke (blodprop eller blødning i hjernen)

Opsummering

- Identificerede studier: Behandlingskvalitet: 1
- Patienter med psykiske lidelser, uanset sværhedsgraden, er i forøget risiko for ikke at modtage rettidig diagnosticering og relevant hospitalsbehandling i forbindelse med stroke sammenlignet med patienter uden psykiske lidelser.

Kortsigtede sygdomsudfald

Litteraturreviewet identificerer ingen studier, der undersøger kortsigtede sygdomsudfald forbundet med stroke hos patienter med psykisk lidelse.

Behandlingskvalitet

Et studie undersøger kvaliteten af behandlingen for stroke hos patienter med og uden henholdsvis svære, moderate og milde psykiske lidelser⁵⁰. Mackenhauer et al. (2022) finder, at patienter med psykiske lidelser, uanset sværhedsgraden, har lavere sandsynlighed for at modtage reperfusionsterapi, selv hvis patienterne ankommer inden for fire timer fra symptomdebut⁵⁰. Studiets resultater viser også, at der hos personer med psykiske lidelser går længere tid fra symptomerne opstår til hospitalsankomst, samt at dette gælder særligt for personer med alvorlige psykiske lidelser - særligt hvis de ikke ringer 1-1-2. Med hensyn til patienter med alvorlige psykiske lidelser viser resultaterne, at de har mindre sandsynlighed for at blive identificeret med neurologiske symptomer eller symptomer på stroke og større sandsynlighed for at blive registreret med uklare symptomer. Forfatterne finder ingen forskelle i kvaliteten i behandlingen af stroke med hensyn til dør til nål-tid, responstid, tid til skadested, transporttid og tid til scanning for patienter med og uden psykisk lidelse⁵⁰.

Kræft

Opsummering

- Identifierede studier: Kortsigtede sygdomsudfald: 2, behandlingskvalitet: 7
- Demens er associeret med øget risiko for død af brystkræft inden for det første år efter diagnosticering med brystkræft.
- Depression er associeret med øget risiko for død blandt kvinder med lungekræft.
- Patienter med psykiske lidelser (særligt underbygget af studier vedr. svære psykiske lidelser, men også mildere lidelser) har en øget risiko for ikke at modtage rettidig diagnosticering og relevant behandling for visse kræftsygdomme.

Kortsigtede sygdomsudfald

To studier undersøger de kortsigtede sygdomsudfald af kræftsygdomme blandt patienter med og uden psykisk lidelse^{81,82}. Af disse finder Ording et al. (2013), at forekomsten af demens øger risikoen for død (400%) inden for det første år efter diagnosticeringen af brystkræft, sammenlignet med patienter uden demens⁸¹. Christensen et al. (2020) finder i et studie af patienter med lungekræft, der på diagnosticeringstidspunktet bliver tilbudt kurativ frem for palliativ behandling, at depression er signifikant associeret med øget risiko for død blandt kvinder, men ikke hos mænd. Denne association er dog mindre efter justering for anden somatisk sygdom, hvorefter forskellen ikke længere er statistisk signifikant. Forfatterne finder ingen sammenhæng mellem de øvrige psykiske lidelser (demens eller skizofreni) og tidlig død⁸².

Behandlingskvalitet

Syv inkluderede studier undersøger forskelle i kvaliteten af behandlingen for forskellige typer af kræftsygdomme for patienter med og uden psykisk lidelse^{42,43,47,49,54,81,83}. Studierne omfatter fokus på diagnosticering, behandling i henhold til kliniske retningslinjer og onkologisk behandling. Studierne resultater peger på, at patienter med psykiske lidelser (fortrinsvis underbygget af studier vedrørende svære psykiske lidelser, men også mildere psykiske lidelser) er i risiko for ikke at modtage rettidig diagnosticering og relevant behandling for visse kræftsygdomme.

Med hensyn til **brystkræft** peger resultater fra to studier på, at personer med visse psykiske lidelser er i risiko for ikke at modtage kræftbehandling i henhold til kliniske retningslinjer sammenlignet med personer uden psykisk lidelse^{54,83}. Dalton et al. (2018) finder, at kvinder med brystkræft og skizofreni eller relaterede lidelser, har en lavere sandsynlighed for at blive tilbudt behandling i henhold til kliniske retningslinjer⁸³. Suppli et al. (2017) finder tilsvarende, at kvinder med en historie med depression (både de, der er behandlet i det psykiatriske sundhedsvæsen og kvinder, der modtager antidepressiv behandling i op til tre år forud for brystkræftdiagnosen, uden psykiatrisk behandling) har en forøget risiko for ikke at modtage behandling for brystkræft i henhold til kliniske retningslinjer⁵⁴.

Resultaterne fra to studier viser forskelle på sandsynligheden for at modtage onkologisk behandling blandt patienter med alvorlig psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse^{47,49}. Med hensyn til patienter med gynækologiske kræftsygdomme, som har modtaget kirurgisk behandling for sygdommene, finder Iachina et al. (2019) en ikke-signifikant tendens, der peger i retning af, at patienter med psykisk lidelse (skizofreni, skizotypiske lidelser eller affektive sindslidelser) med **livmoderhalskræft** har lavere sandsynlighed for at modtage onkologisk behandling⁴⁷. Derudover ses en mulig tidsmæssig forsinkelse med hensyn til onkologisk behandling efter operation hos patienter med livmoderhalskræft og psykisk lidelse, sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse⁴⁷. Med hensyn til **kræft i livmoder og kræft i æggestokkene** observeres ingen signifikante forskelle i behandlingen mellem patienter med og uden psykisk lidelse⁴⁷. Med fokus på **endetarms- og tyktarmskræft** blandt patienter med alvorlige psykiske lidelser (skizofreni, skizotypiske lidelser, psykotiske lidelser eller affektive lidelser) finder Kaerlev et al. (2018), at patienter med psykisk lidelse og tyktarmskræft har lavere sandsynlighed for at modtage onkologisk behandling sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse⁴⁹. Med hensyn til endetarmskræft

finder studiet ligeledes en lavere sandsynlighed for, at patienter med psykisk lidelse modtager onkologisk behandling uden at dette resultat dog med statistisk signifikans kan tilskrives patienternes historie med psykisk lidelse⁴⁹.

Resultaterne fra fire studier peger på, at patienter med visse psykiske lidelser har en forøget risiko for ikke at blive diagnosticeret rettidigt for kræftsygdomme^{42,43,49,81}. Eksempelvis finder Brink et al. (2019), at patienter med skizofreni har lavere sandsynlighed for at være blevet diagnosticeret med kræft forud for død som følge af kræftsygdomme sammenlignet med patienter uden skizofreni. Også resultater fra Kaerlev et al. (2018) og Ording et al. (2013) peger på, at patienter med psykisk lidelse får stillet kræftdiagnosen i senere kræftstadier i forbindelse med tyktarmskræft (svære psykiske lidelser)⁴⁹ og brystkræft (demens)⁸¹. Et studie påviser, at der er forskel på, i hvilken forbindelse kræftdiagnosen stilles for patienter med og uden psykiske lidelser. Virgilsen et al. (2022) finder en lavere sandsynlighed for, at patienter med forudgående psykisk lidelse (herunder særligt patienter med skizofreni eller organiske lidelser og med undtagelse af stresslidelser) bliver diagnosticeret i kræftpakkeforløb initieret hos praktiserende læge og en større sandsynlighed for at disse patienter diagnosticeres i forbindelse med uplanlagte indlæggelser sammenlignet med patienter uden psykiske lidelser (med undtagelse af brystkræft og modermærkekræft)⁴².

Kronisk obstruktiv lungelidelse

Opsummering

- Identificerede studier: Kortsigtede sygdomsudfald: 1, behandlingskvalitet: 4
- Patienter med skizofreni har øget risiko for død inden for 30 dage efter indlæggelse med forværring af KOL-symptomer.
- Der er blandede resultater med hensyn til associationen mellem psykisk lidelse og underdiagnosticering af KOL.

Kortsigtede sygdomsudfald

Ét studie rapporterer på sygdomsudfald for patienter med KOL med og uden skizofreni. Jørgensen et al. (2018) finder, at patienter med skizofreni har en højere risiko for død inden for 30 dage efter indlæggelse med akut forværring af respiratoriske KOL-symptomer⁵¹. Resultaterne viser en mindre, dog ikke-signifikant, forskel på risikoen for 30-dages genindlæggelse for patienter med og uden skizofreni⁵¹.

Behandlingskvalitet

Fire studier undersøger behandlingskvalitet fortrinsvis i forbindelse med KOL (i et enkelt studie anvendes den bredere betegnelse 'respiratoriske sygdomme') for patienter med psykisk lidelse^{43,51,75,76}. Studierne har blandede resultater med hensyn til, om de finder forskelle, men viser overordnet set, at patienter med KOL og skizofreni har en forøget risiko for ikke at modtage visse typer af KOL-behandling – og at de kan være i risiko for ikke at blive diagnosticeret med KOL rettidigt. Denne konklusion udrages blandt andet på baggrund af Jørgensen et al. (2018b), som viser, at patienter med skizofreni har en anelse lavere sandsynlighed for at modtage den anbefalede medicinske behandling med langtidsvirkende bronkodilaterende medicin (LAMA eller LABA) sammenlignet med patienter uden skizofreni. Dog finder de, at bortset fra disse typer af medicinsk behandling, så modtager patienter med psykisk lidelse overordnet set den samme behandling for KOL som patienter uden skizofreni⁵¹. Et andet studie af Brink et al. (2017) viser ingen statistisk signifikant forskel på 70-årige personer med og uden skizofreni med hensyn til, om de modtager medicin for respiratoriske sygdomme⁷⁶. Med hensyn til diagnosticering finder et senere studie af Brink et al. (2019), at patienter med skizofreni har en markant lavere sandsynlighed for at være blevet diagnosticeret med KOL forud for død som følge af sygdommen sammenlignet med personer uden skizofreni. I modsætning til dette resultat finder Puntervold et al. (2021) på baggrund af retsmedicinske obduktioner af personer med skizofreni og personer uden diagnosticeret psykisk lidelse, at kronisk

lungesygdom ikke er signifikant underdiagnosticeret blandt personer med skizofreni forud for død. Studiet finder til gengæld underdiagnosticering af kronisk lungen sygdom i gruppen uden diagnosticeret psykisk lidelse⁷⁵.

Muskel – og skeletsygdomme

Opsummering

- Identificerede studier: Kortsigtede sygdomsudfald: 1, behandlingskvalitet: 1
- Demens er associeret med forøget risiko for død inden for et år efter indlæggelse med hoftefraktur.
- Patienter med demens har en forøget risiko for at modtage utilstrækkelig postoperativ smertebehandling efter hoftefraktur sammenlignet med patienter uden demens.

Kortsigtede sygdomsudfald

Med hensyn til sygdomsudfald finder Pedersen et al. (2017), at demens er associeret med forøget risiko for død inden for 30 dage (48%) og et år (70%) efter indlæggelsesdagen med hoftefraktur⁸⁴.

Behandlingskvalitet

Vedrørende behandlingskvalitet finder Jensen-Dahm et al. (2016) ingen forskel på patienter ≥ 65 år med og uden demens med hensyn til, om de modtager paracetamol og opioider, men at patienter med demens modtager lavere doser som postoperativ smertebehandling efter hoftefraktur. Patienter med demens modtager desuden oftere smertestillende medicin ved behov sammenlignet med patienter uden demens⁸⁵.

Infektioner

Opsummering

- Identificerede studier: Kortsigtede sygdomsudfald: 5
- Forudgående psykisk lidelse er ved forekomsten af infektion (lungebetændelse, blodforgiftning, urinvejsinfektioner m.fl.) forbundet med forøget risiko for død (gælder for demens, depression og bipolar psykisk lidelse, skizofreni) og genindlæggelser (gælder for demens og depression) inden for det første år fra diagnosticering/behandling.

Kortsigtede sygdomsudfald

Fem studier undersøger de kortsigtede sygdomsudfald forbundet med infektioner blandt patienter med psykisk lidelse^{40,48,86–88}. To studier omhandler sygdomsudfald forbundet med **lungebetændelse** for patienter med demens⁸⁶ og depression⁴⁰. Af disse undersøger Graversen et al. (2021b) 30-dags genindlæggelse og dødelighed hos patienter med lungebetændelse i aldersgruppen 65-99 år⁸⁶ og finder, at demens bidrager til øget genindlæggelse (7%), særligt de første dage efter udskrivelse. Resultaterne af studiet viser ligeledes at demens er associeret med en øget risiko for død (129%), med en særlig høj risiko hos patienter med et samtidig forbrug af antipsykotika (239%)⁸⁶. Et tilsvarende studie af Graversen et al. (2021a) med fokus på patienter med lungebetændelse med og uden depression i alderen 50-99 år viser, at depression er associeret med en højere 30-dages dødelighed (29%) efter lungebetændelse, og at den forøges med alderen og falder lidt med antallet af dage efter udskrivelse⁴⁰. Dødeligheden er højst bl.a. blandt de 50-59-årige, for personer der bor alene, som ikke bor på plejehjem, som ikke er afhængige af hjemmepleje, som har en kort indlæggelsesperiode (0-2 dage), og personer som ikke får beroligende

medicin, opioider eller antipsykotika. I forhold til genindlæggelse er risikoen ligeledes forøget hos personer med depression (7%), særligt hos de yngre patienter og patienter med kort indlæggelsesperiode⁴⁰.

I tre studier undersøger forfatterne **flere typer af infektioner**^{48,87,88} i samme studie, hos patienter med skizofreni, bipolar lidelse⁴⁸, demens⁸⁷ eller depression⁸⁸. Af disse finder Davydow et al. (2016b) med fokus på 30-dages dødelighed efter en infektionsrelateret hospitalsindlæggelse (relateret til blod, lunger, mave-tarm, urinveje, centralnervesystemet, lever og human immundefektvirus), at eksisterende depression er forbundet med en øget risiko for død af alle årsager (7%). De største risici for død er forbundet med blodforgiftning (30% forøget risiko for død), urinvejsinfektion (25%) og lungebetændelse (23%). Resultaterne viser også en forøget risiko for død, jo kortere tid der er imellem den forudgående depressive episode (samt den forbundne antidepressive behandling) og den infektionsrelaterede hospitalsindlæggelse⁸⁸. De samme infektionstyper undersøges af Ribe et al. (2015) med fokus på 30-dags og 1-års dødelighed hos patienter med og uden svær psykisk lidelse (skizofreni og bipolar lidelse). Resultaterne viser, at svær psykisk lidelse er forbundet med øget risiko for død (52%), som rangerer fra 27% (blodforgiftning) til 161% (infektion i centralnervesystemet). Dødelighedsrationen er signifikant lavere for personer med bipolar affektiv lidelse i forhold til personer med skizofreni. Studiet viser også, at dødeligheden forbliver højere for patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse i op til 12 måneder efter indlæggelse⁴⁸. Med fokus på patienter med infektionsrelateret hospitalsindlæggelse over 65 år finder Janbek et al. (2021), at der efter udskrivelse fra hospital er en signifikant øget risiko for genindlæggelse blandt både kvinder og mænd med demens sammenlignet med personer uden demens, især inden for 7 dage (37% for kvinder og 23% for mænd)⁸⁷. Studiets resultater viser endvidere, at dødeligheds-raten er signifikant forøget både 7, 30 og 90 dage efter indlæggelsen, herunder særligt efter 90 dage efter hospitalsindlæggelsen (forøget med 90% hos kvinder og 99% hos mænd med demens)⁸⁷.

Behandlingskvalitet

Litteraturreviewet identificerer ingen studier vedrørende behandlingskvalitet forbundet med infektioner blandt patienter med psykisk lidelse.

Diabetes

Opsummering:

- Identificerede studier: Behandlingskvalitet: 5
- Patienter med svær psykisk lidelse (skizofreni) har en forøget risiko for ikke at blive diagnosticeret rettidigt og modtage relevant behandling i forbindelse med diabetes type 2.
- Forudgående depression er associeret med forbedret diabetes behandling målt på påbegyndelse og overholdelse af diabetesbehandling samt opnåelse af behandlingsmål med hensyn til kolesterol niveau.

Kortsigtede sygdomsudfald

Litteraturreviewet identificerer ingen studier vedrørende kortsigtede sygdomsudfald forbundet med diabetes blandt patienter med psykisk lidelse.

Behandlingskvalitet

Med hensyn til behandlingskvalitet i forbindelse med diabetes og psykisk lidelse undersøger fem studier henholdsvis diagnosticering, proces- og præstationsmål for diabetesbehandling i henhold til kliniske retningslinjer, påbegyndelse og overholdelse af diabetesbehandling, patientvurderet behandlingskvalitet og medicin^{43,53,76,89,90}. Studierne viser modsatrettede resultater med hensyn til betydningen af psykisk lidelse afhængig af den enkelte psykiske lidelse og det anvendte mål for behandlingskvalitet.

I forhold til diagnosticering viser resultater fra Brink et al. (2019), at patienter med skizofreni har en lavere sandsynlighed for at være blevet diagnosticeret med diabetes forud for død som følge af sygdommen

sammenlignet med personer uden skizofreni⁴³. Med hensyn til diabetesbehandling finder Jørgensen et al. (2018a), at patienter med diabetes og skizofreni har mindre sandsynlighed for at modtage høj-kvalitets diabetesbehandling i henhold til kliniske retningslinjer end patienter med diabetes uden skizofreni. Herunder viser studiet, at disse patienter har mindre sandsynlighed for at modtage behandling med blodtryks-sænkende lægemidler samt få foretaget kliniske ydelser såsom blodtryksmåling, screening for protein i urinen (albuminuri) samt øjen- og fodundersøgelser (med moderate absolutte forskelle)⁵³. Om patienter med depression finder Rohde et al. (2021) omvendt, at depression og behandling med antidepressiv medicin forud for nydiagnosticeret diabetes type 2 er associeret med forbedret diabetes behandlingskvalitet sammenlignet med patienter uden depression. Nærmere bestemt viser studiets resultater, at patienter med depression eller som modtager antidepressiv behandling forud for konstateringen af diabetes type 2 har større sandsynlighed for at påbegynde og overholde diabetesbehandlingen og nå behandlingsmål med hensyn til kolesterol niveau inden for det første år fra diabetes type 2 diagnosen end patienter med diabetes type 2 uden depression⁸⁹. I et studie af patientvurderet kvalitet (PACIC score) i forbindelse med tidlig opstået diabetes type 2 finder Bo et al. (2020) ingen associationer mellem behandlingskvalitet og psykiske lidelser eller forbrug af antidepressiv medicin⁹⁰. Endelig finder et studie af Brink et al. (2017) med fokus på anvendelsen af medicin mod kroniske lidelse blandt ældre over 70 år, herunder diabetes, inden signifikant forskel med hensyn til brugen af medicin mod diabetes hos personer med og uden skizofreni⁷⁶.

Forebyggelige indlæggelser

Opsummering

- Identificerede studier: Kortsigtede sygdomsudfald: 2
- Patienter med psykiske lidelser (depression, skizofreni, bipolar lidelse) har en forøget risiko for hospitalsindlæggelser og 30-dages genindlæggelser i forbindelse med forekomsten af somatiske sygdomme, hvor hospitalsindlæggelser burde kunne forebygges.

Kortsigtede sygdomsudfald

To studier^{38,39} undersøger de kortsigtede sygdomsudfald af en samlet gruppe af somatiske sygdomme (ambulatory care sensitive conditions - forkortet ACSC), som på dansk forstås som sygdomme, hvor hospitalsindlæggelser skulle kunne forebygges ved hjælp af ydelser fra primærsektoren³⁸. I begge studier drejer det sig om **hjertesvigt, hjertekrampe, forhøjet blodtryk, KOL, diabetes, lungebetændelse, blindtarmsbetændelse og urinvejsinfektion**. Af disse finder Davydow et.al. (2015), at hospitalsindlæggelser, der skyldtes ACSC'er, er hyppigere blandt patienter med depression sammenlignet med patienter uden depression³⁸. Endvidere finder forfatterne, at sammenlignet med patienter uden depression, så er der en øget risiko for 30-dages genindlæggelse for den samme ACSC (21%) eller en anden ACSC (19%) end den, der var relateret til den primære indlæggelse³⁸. Et lignende studie, også af Davydow et al. (2016a), undersøger effekten af skizofreni og bipolar lidelse hos patienter med ACSC'er³⁹. Her finder forfatterne ligeledes en øget risiko for indlæggelse og 30-dages genindlæggelse med ACSC (28%-13% for samme ACSC og 62%-30% for en anden ACSC end primær indlæggelse) hos patienter med skizofreni eller bipolar lidelse sammenlignet med patienter uden disse lidelser.

Behandlingskvalitet

Litteraturreviewet identificerer ingen studier vedrørende den samlede gruppe af forebyggelige indlæggelser. Resultater fra studier vedrørende behandlingskvalitet relateret til de sygdomme, som betegnelsen omfatter, rapporteres særskilt under de enkelte somatiske sygdomme eksempelvis hjertesygdomme, diabetes, KOL.

Kvalitet af sundhedsydelse

Opsummering

- Identificerede studier: Behandlingskvalitet: 3
- Patienter med psykiske lidelser (særligt svære psykiske lidelser) er tilbøjelige til at modtage en lettere respons fra sundhedsvæsenet med hensyn til akut lægebehandling sammenlignet med patienter uden psykiske lidelser.

Kortsigtede sygdomsudfald

I litteraturreviewet identificerer ingen studier vedrørende de kortsigtede sygdomsudfald forbundet med anvendelsen af sundhedsydelse blandt patienter med psykisk lidelse.

Behandlingskvalitet

Tre studier undersøger forskelle i behandlingen mellem patienter med og uden psykiske lidelser relateret til kvaliteten af præhospital akut lægebehandling⁹¹, kontakt til lægevagten⁹², samt indlæggelse og ambulant behandling. Resultaterne fra to studier peger på, at mennesker med psykiske lidelser (særligt svære psykiske lidelser) er mere tilbøjelige til at blive afsluttet eller modtage en mindre omfattende indsats fra sundhedsvæsenet end patienter uden psykiske lidelser. På baggrund en undersøgelse af 1-1-2-opkald finder Mackenhauer et al. (2021) eksempelvis, at patienter med psykiske lidelser har lavere sandsynlighed for at blive transporteret til hospitalet, når de ringer 1-1-2 og større sandsynlighed for kun at modtage telefonisk rådgivning og blive afsluttet på skadestedet end patienter uden psykiske lidelser⁹¹. Disse patienter har desuden større sandsynlighed for at ringe igen inden for 24 timer efter at have modtaget telefonisk rådgivning eller efter at være blevet afsluttet på skadestedet, samt en større sandsynlighed for at have uplanlagte hospitalskontakter inden for de første syv dage, hvis de afsluttes på skadestedet⁹¹. Risikoen for disse udfald stiger med alvorligheden af de psykiske lidelser. Forfatterne finder ingen forskelle mellem patienter med og uden psykiske lidelser med hensyn til ankomsttidspunktet for første eller supplerende akutenhed⁹¹. Med hensyn til forskelle i brugen af lægevagten finder Flarup et al. (2014), at patienter med alvorlige psykiske lidelser, såsom skizofreni, skizoaffektive lidelser og bipolare affektive lidelser, oftere bliver afsluttet gennem telefonkonsultation og i mindre grad bliver henvist til en ansigt-til-ansigt konsultation sammenlignet med andre patientgrupper i studiet, herunder patienter med lungesygdomme, hjertesygdomme, kræftsygdomme og diabetes⁹². Endelig finder Brink et al. (2017) med fokus på 70-årige personer med og uden skizofreni, en signifikant reduceret sandsynlighed for, at personer med skizofreni indgår i et generelt medicinsk ambulant behandlingsforløb sammenlignet med personer uden skizofreni. Forfatterne finder ingen signifikant forskel i antallet af generelle medicinske indlæggelser eller i antallet af indlæggelsesdage.

Langsigtede sygdomsudfald

Opsummering

- Identificerede studier: 33
- Forudgående psykisk lidelse (særligt underbygget af studier vedr. svære psykiske lidelser, men også andre psykiske lidelser) er associeret med en negativ påvirkning på de langsigtede sygdomsudfald forbundet med diagnosticering/behandling af somatiske sygdomme.

I litteraturreviewet identificeres 33 studier, der undersøger langsigtede sygdomsudfald efter diagnosticering med somatisk sygdom hos personer med og uden psykiske lidelser. Studierne undersøger følgende syv somatiske sygdomsområder: kræft (15 studier)^{23,32,43,54,81,83,93–101}, hjertesygdomme (12

studier)^{27,43,64,68,69,72,102–107}, luftvejssygdomme (5 studier)^{23,32,43,93,100}, kredsløbssygdomme (4 studier)^{23,32,100,108}, diabetes (4 studier)^{32,36,43,109}, sygdomme i fordøjelsessystemet (2 studier)^{32,100}, blodkar-sygdom i hjernen (1 studie)⁷² og infektionssygdomme (1 studie)³². Endvidere undersøger fire studier et bredere udvalg af somatiske sygdomme^{20,29,30,110}. Hovedparten af studierne belyser patienter med og uden skizofreni, bipolar lidelse og depression, mens enkelte undersøger demens, anoreksi, stress og angst. Et større antal studier omhandler et bredere udvalg af psykiske lidelser under samlebetegnelsen psykiske lidelser. Langt hovedparten af studierne resultater viser, at psykisk lidelse har en negativ på-virkning på de langsigtede sygdomsudfald efter diagnosticering med somatisk sygdom. Samtlige studier, som har undersøgt dødelighed på lang sigt, konstaterer en øget risiko for død for personer med somatisk sygdom og samtidig psykisk lidelse sammenlignet med personer med alene somatisk sygdom, herunder både sygdomsspecifik dødelighed og død af alle årsager. Studier, hvor forfatterne ser på forventet levetid finder ligeledes, at psykisk lidelse er forbundet med en reduktion i forventet levetid^{20,23}. Imidlertid kan to studier ikke påvise en øget dødelighed for personer med psykisk lidelse og somatisk sygdom sammenlig-net med personer uden psykiske lidelser. I studiet af Rotbain et al. (2019) konkluderer forfatterne, at de-mens ikke er associeret med øget risiko for død af leukæmi, ligesom de konkluderer, at psykiske lidelser (samlet set) ikke er associeret med en øget dødelighed af alle årsager¹⁰¹. Ligeledes finder Sikjær et al. (2018), at samtidig psykisk lidelse ikke ændrer dødeligheden blandt patienter med lungekræft⁹³.

Delkonklusion

Litteraturreviewet bidrager med et samlet overblik over den eksisterende viden vedrørende uligheder i somatisk behandling og sygdomsudfald hos patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse. Gennemgangen fremlægger resultater fra studier omhandlende et bredt udvalg af somatiske sygdomme og psykiske lidelser, med flest studier omhandlende hjertesygdom og svære psyki-ske lidelser. Samtlige studier er baseret på danske data og omhandler dermed det danske sundhedsvæ-sen. Litteraturreviewet viser at:

- Patienter med psykisk lidelse har dårligere kortsigtede sygdomsudfald, når de får en so-matisk sygdom sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse. Forudgående psykisk lidelse er således ofte forbundet med øget risiko for død inden for et år efter diagnosticering med somatisk sygdom.
- Patienter med psykisk lidelse har dårligere langsigtede sygdomsudfald, når de får en so-matisk sygdom. Forudgående psykisk lidelse er således ofte forbundet med øget risiko for død samt en reduktion i forventet levetid mere end et år efter diagnosticeringen med en somatisk sygdom.
- Patienter med psykisk lidelse modtager ofte en mindre optimal behandling i det somati-ske sundhedsvæsen.
- Uligheder i den somatiske behandling opstår potentielt flere steder i sygdomsforløbet hos personer med psykisk lidelse. Det gælder i forhold til *diagnosticering*, i forhold til *aktive-ring af sundhedsvæsenet ved akutte henvendelser*, i forhold til *undersøgelser og be-handlinger*, som patienterne modtager, og endelig i forhold til patienternes *efterlevelse af behandlingen*.

7.2 Registerstudie

I dette afsnit beskrives resultaterne fra de registerbaserede analyser. Indledningsvis beskrives de undersøgte populationer med hensyn til blandt andet populationsstørrelse og alder ved død efter somatisk diagnose. Dernæst beskrives resultaterne af analyserne vedrørende risiko for død og hospitalsydelser, inklusive analyser opdelt på urbaniseringsgrad og uddannelse. En udvidet metodebeskrivelse findes i bilag B1.

Opsummering af metode:

- Studiepopulationen består af patienter (≥ 18 år) med og uden forudgående psykisk lidelse (alle psykiatriske diagnoser), der første gang bliver diagnosticeret med en af otte udvalgte somatiske sygdomme i hospitalsvæsenet i perioden fra 2004 til 2020.
- Hver patient er fulgt i et år efter førstegangs-diagnosticering med en af de otte udvalgte somatiske sygdomme.
- Der analyseres på død af alle årsager, indlæggelsesdage og hospitalsomkostninger i opfølgningsperioden på 1 år.

Opmærksomhedspunkter:

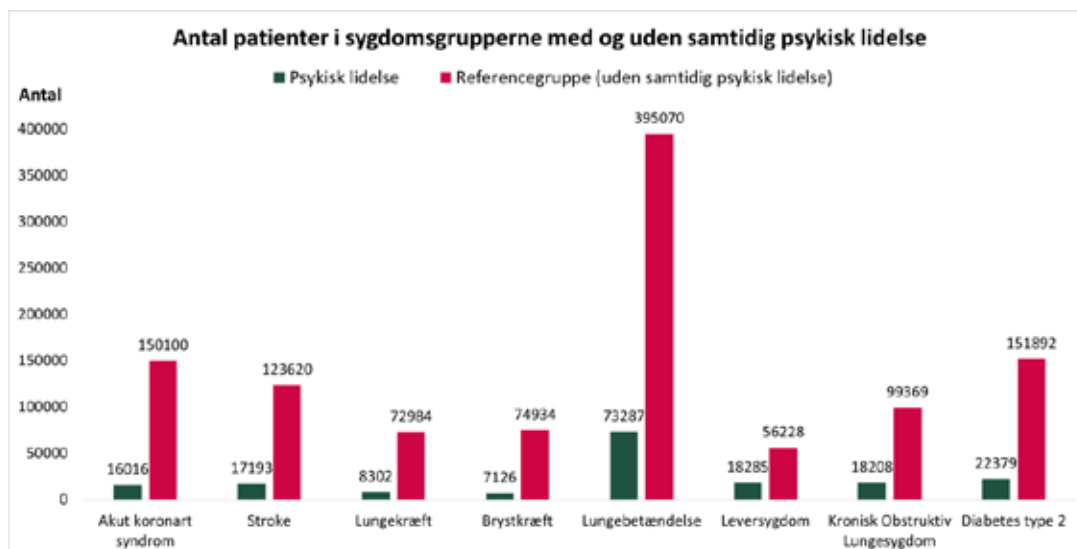
- Det er på baggrund af analyserne ikke muligt at drage endelige konklusioner om årsagssammenhænge mellem den somatiske behandling og død, indlæggelsesdage eller hospitalsomkostninger.
- Analyserne omhandler psykiske lidelser og somatiske sygdomme, der er af så alvorlig karakter, at patienterne har en hospitalsdiagnose, i modsætning til lidelser og sygdomme, der diagnosticeres og behandles alene i almen praksis (ofte af mildere karakter).
- Patienter med mere end én psykisk lidelse kan optræde i flere analyser.
- Patienter med mere end én af de udvalgte somatiske diagnoser kan optræde i flere analyser.

Opsummering af hovedresultater:

- Et år efter diagnosticering af somatisk sygdom har patienter med samtidig psykisk lidelse (uanset psykiatrisk hospitalsdiagnose), når der sammenlignes med somatiske patienter uden samtidig psykisk lidelse, generelt
 - en højere risiko for død.
 - ikke flere somatiske indlæggelsesdage.
 - Ikke højere somatiske hospitalsomkostninger.
- Uddannelse og geografisk bopæl synes ikke at have nogen systematisk indflydelse på ovennævnte associationer.

Antallet af patienter i analysen

I alt 1.304.993 patienter er inkluderet i analysen på tværs af de otte somatiske sygdomsområder (akut koronart syndrom, stroke, lungekræft, brystkræft, lungebetændelse, leversygdom, KOL, diabetes type 2). Herudaf har 1.124.197 af patienterne ingen psykisk lidelse og 180.796 af patienterne har psykisk lidelse. Bemærk at individer med flere somatiske sygdomme kan optræde i flere populationer i Figur 1 og Tabel 1. Som det fremgår af Figur 1, er der stor forskel på størrelsen af patientgrupperne, hvor antallet af patienter med lungebetændelse er væsentligt større end antallet af patienter med øvrige somatiske sygdomme. Andelen af patienter med samtidig psykisk lidelse varierer også inden for de enkelte somatiske sygdomme, med en mindre andel blandt patienter med leversygdom (4,1%) og den højeste andel blandt patienter med akut koronart syndrom (blodprop i hjertet) (10,4%), se Tabel 1.



Figur 1: Størrelsen af hhv. grupperne med samtidig psykisk lidelse og grupperne uden samtidig psykisk lidelse (referencegrupperne) blandt de otte grupper af somatiske sygdomme.

Tabel 1: Andel af patienter med psykisk lidelse blandt den samlede gruppe med en pågældende somatisk sygdom

Sygdomme	Andel med samtidig psykisk lidelse (%)
Akut koronart syndrom	10.4 %
Stroke	8.2 %
Lungekræft	9.8 %
Brystkræft	11.5 %
Lungebetændelse	6.4 %
Leversygdom	4.1 %
Kronisk obstruktiv lungesygdom	6.5 %
Diabetes type 2	7.8 %

Alder ved diagnose og død

Ser man på hvilken alder, patienterne har ved diagnosticering af somatisk sygdom og efterfølgende død, tegner data overordnet et billede af, at patienter med en diagnosticeret psykisk lidelse både er yngre, når de bliver diagnosticeret med de pågældende somatiske sygdomme, og dør i en yngre alder end referencegrupperne (Figur 2A og 2B). Det gælder for samtlige af de somatiske sygdomme i kombination med samtlige af de psykiske lidelser, bortset fra F0 (Organiske psykiske lidelser). At netop F0 adskiller sig fra de øvrige kan skyldes, at kategorien omfatter demens. For at indgå i denne gruppe, kræver det at folk får demens, før de får den pågældende somatiske sygdom. Da demens typisk diagnosticeres i en sen alder, har denne gruppe formentligt allerede opnået en højere alder end referencegruppen og de andre grupper med psykiske lidelser, når de diagnosticeres med den pågældende somatiske sygdom.

Det er vigtigt, i fortolkningen af figuren, at holde sig for øje, at figuren beskriver, hvornår de forskellige grupper får diagnosen, og hvornår de dør efter at være blevet diagnosticeret med de specifikke somatiske sygdomme. Den beskriver således ikke den samlede levealder generelt i befolkningen for grupperne med psykisk lidelse eller referencegruppen. Endelig skal det bemærkes, at der er tale om et generelt mønster, men at de absolutte forskelle er begrænsede og muligvis kan skyldes statistiske tilfældigheder.

Delkonklusion

- For en bred vifte af somatiske sygdomme har patienter med samtidig psykisk lidelse en højere risiko for at dø i året efter deres første hospitalsdiagnose med den pågældende somatiske sygdom, sammenlignet med de tilsvarende patienter uden samtidig psykisk lidelse.
- Dette gælder, uanset om der er tale om kroniske eller akutte sygdomme, om det er sygdomme, der hovedsageligt følges i almen praksis eller på hospital, eller om der er tale om sygdomme, med klare - versus uklare - symptombilleder, forløbsbeskrivelser og procedurer.
- Selvom der er forskelle blandt forskellige kategorier af psykisk lidelse diagnosticeret i det psykiatriske hospitalssystem, er der en øget risiko for død for næsten alle former for samtidig psykisk lidelse. Det vil sige, at den højere risiko for død ikke kun er begrænset til de mest alvorlige former for psykiske lidelser som for eksempel skizofreni og indlæggelseskrævende depression.
- Der ses ingen systematiske forskelle i hverken antallet af somatiske indlæggelsesdage eller somatiske hospitalsomkostninger hos patienter med somatisk sygdom og psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden samtidig psykisk lidelse.
- Der er ikke nogen systematisk variation i betydningen af samtidig psykisk lidelse, når analyserne opdeles på uddannelsesniveau eller bopæl.

8 Diskussion

Formålet med Behandlingsrådets analyse har været at belyse eventuelle uligheder i den somatiske behandling, som patienter med og uden psykisk lidelse modtager i det danske sundhedsvæsen, samt i patienternes sygdomsudfald. Endvidere er betydningen af uddannelse og geografisk bopæl i forhold til eventuelle uligheder mellem patienter med og uden psykiske lidelser blevet undersøgt. I dette afsnit sammenfattes og diskuteres rapportens resultater med en gennemgang af centrale fund fra henholdsvis litteraturreviewet og registerundersøgelsen. Dernæst præsenteres metodiske styrker og svagheder og afslutningsvist en perspektivering.

Sammenfatning af rapportens fund

Litteraturreviewet tegner et overordnet billede af, at psykisk lidelse er forbundet med en øget risiko for død ved et relativt bredt spektrum af somatiske sygdomme og psykiske lidelser både på kort og lang sigt. Grundet få studier med varierende resultater gør et mindre klart billede sig gældende vedrørende, hvorvidt somatisk sygdom med samtidig psykisk lidelse er forbundet med øget risiko for somatiske genindlæggelser. Litteraturreviewet peger endvidere på, at psykisk lidelse ofte er associeret med en mindre optimal behandling i det somatiske sundhedsvæsen, ligeledes ved et relativt bredt spektrum af somatiske sygdomme og psykiske lidelser.

I forhold til tidligere studiers belysning af både sygdomsudfald og behandlingskvalitet gælder, at forskelle på patienter med og uden psykisk lidelse primært er undersøgt i forhold til patienter med svære psykiske lidelser og primært med fokus på hjertesygdomme. Det efterlader et behov for viden inden for mindre og endnu ikke belyste somatiske sygdomsområder og psykiske lidelser, eksempelvis mildere psykiske lidelser. Registerstudiet bidrager med en del af den viden, som de eksisterende studier mangler, da alle psykiatriske diagnoser er inkluderet i studiet i kombination med otte forskellige somatiske sygdomme (Tabel 2).

Tabel 2 Oversigt over hvilke kombinationer af somatisk sygdom og psykisk lidelse som rapportens litteraturreview og registerstudie afdækker

	Hjertesygdom	Lungekræft	Bryskræft	Lungebetændelse	Lever-sygdomme	KOL	Diabetes	Infektioner	Muskel-skelet
Organiske psykiske lidelser	● ●	● ●	● ● ●	● ●	●	●	●	●	● ●
Psykiske lidelser forårsaget af stoffer	●	●	●	●	●	●	●		
Skizofreni	● ● ●	● ●	● ● ●	● ●	●	● ● ●	● ●		
Affektive sindslidelser	● ● ●	● ●	● ● ●	● ●	●	●	● ●	●	
Nervøse og stress-relaterede tilstande	●	●	●	●	●	●	●		
Adfærdssændringer	●	●	●	●	●	●	●		
Personlighedsforstyrrelser	●	●	●	●	●	●	●		
Mental retardering	●	●	●	●	●	●	●		
Psykiske udviklingsforstyrrelser	●			●	●				
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser	●	●	●	●	●	●	●		

● Registerstudie
 ● Litteraturreview (sygdomsudfald)
 ● Litteraturreview (behandlingskvalitet)

Registerstudiet viser, at ved et bredt spektrum af somatiske sygdomme har patienter med psykiske lidelser – på tværs af forskellige psykiatriske hospitalsdiagnoser – en forøget risiko for at dø inden for et år efter deres første somatiske hospitalskontakt – sammenlignet med patienter med tilsvarende somatiske sygdomme uden samtidig psykisk lidelse. Det gælder uanset, om de somatiske sygdomme er kroniske eller akutte, om de hovedsageligt følges i almen praksis eller på hospital, og om der er tale om sygdomme med klare – versus uklare – symptom-billeder, forløbsbeskrivelser og procedurer. Det gælder desuden også uanset patienternes uddannelsesniveau og geografiske bopæl. Registerstudiet finder derudover overordnet set ingen systematiske forskelle i hverken gennemsnitsantallet af somatiske indlæggelsesdage eller somatiske hospitalsomkostninger hos patienter med somatisk sygdom og psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden samtidig psykisk lidelse. I sammenhæng med litteraturreviewet understreger resultaterne fra registerstudiet, at der er tale om et omfattende problem, som ikke er kun begrænset til nogle få specifikke psykiske lidelser.

Rapportens resultater er i overensstemmelse med resultater fra flere udenlandske studier, som ligeledes peger på, at mennesker med psykiske lidelser i nogle sammenhænge modtager en mindre optimal behandling i det somatiske sundhedsvæsen^{111–114}, og har større risiko for dårligere sygdomsudfald^{111,112,115}. Blandt andet finder Nordentoft et al. (2013), der ser på data fra Danmark, Sverige og Finland, at patienter med somatisk sygdom og samtidig psykisk lidelse generelt har en reduceret forventet levetid, sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse. Forfatterne finder ligeledes, at somatisk sygdom hos patienter med samtidig psykisk lidelse, er forbundet med to til tre gange forøget risiko for død sammenlignet med personer med psykisk lidelse uden somatisk sygdom¹⁹. To svenske registerstudier fra henholdsvis 2012 og 2013 viser ligeledes, at psykisk lidelse er forbundet med øget risiko for død og tabte leveår ved samtidig somatisk sygdom^{114,116}. Herunder finder Björkenstam et al. (2012), at personer med psykisk lidelse, sammenlignet med personer uden psykisk lidelse, har en substantielt større risiko for at dø af iskæmisk hjertesygdom og kræft samt tilstande, der anses som forebyggelige ved hjælp af indsatser i sundhedsvæsenet¹¹⁴. Endelig finder et nyere tysk registerstudie, at forekomsten af somatiske sygdomme er væsentlig forhøjet blandt personer med svære psykiske lidelser, og at disse lidelser er forbundet med et tab af leveår på mellem 2,6 og 12,3 år afhængig af alder, køn og lidelse¹¹⁷. Resultaterne fra udenlandske studier peger således i retning af, at problematikken vedrørende øget risiko for død forbundet med somatisk sygdom hos personer med psykiske lidelser også er aktuel udenfor Danmarks grænser.

Hvor opstår ulighederne?

Som beskrevet i baggrundsafsnittet, kan flere faktorer være medvirkende til, at personer med psykisk lidelse dør tidligere end den øvrige befolkning af somatisk sygdom. Overordnet set, så har mennesker med svær psykisk lidelse en højere dødelighed end personer uden psykisk lidelse, hvorfor man ofte også vil se en forøget dødelighed hos disse patienter uafhængig af behandlingen af somatisk sygdom. Resultaterne fra litteraturreviewet peger imidlertid i retning af, at patienter med somatisk sygdom og samtidig psykisk lidelse i nogle sammenhænge går glip af potentielle behandlingsmuligheder, som sammen med en risiko for at modtage en mindre optimal behandling, kan medvirke til at reducere deres chance for overlevelse. Undersøgelser har vist, at man kan mindske dødelighed og måske endda opnå effekter lig det, man ser hos patienter uden psykisk lidelse, ved at sikre sig, at patienterne modtager behandling i henhold til kliniske retningslinjer⁵⁴ eller ved eventuelt at intensivere behandlingen¹⁰³. Et fokus på, hvor, hvorfor og under hvilke betingelser eventuelle uligheder opstår, er derfor relevant.

Litteraturgennemgangen peger på flere steder i mødet med sundhedsvæsenet, hvor uligheder i behandlingen af patienter med psykisk lidelse potentielt opstår. Uligheder optræder således blandt andet i forbindelse med *diagnosticering*, i forhold til *aktiveringen af sundhedsvæsenet ved akutte henvendelser*, i forhold til *undersøgelser og behandlinger*, som patienterne modtager, og endelig i forhold til patienternes *efterlevelse af behandlingen*. I alle disse faser af patientforløbet gælder, at forklaringerne på de observerede uligheder kan være både patientrelaterede, relateret til sundhedsvæsenet (sundhedsprofessionelle og organisatorisk niveau), eller relateret til et samspil mellem disse, som det uddybes i det følgende.

Patient

For optimal effekt af en behandling, er det afgørende, at patienten bliver diagnosticeret tidligt i sygdomsforløbet. Psykisk lidelse kan være med til at komplicere denne diagnosticeringsproces, da der hos patienten blandt andet kan være en nedsat opmærksomhed på fysiske symptomer, manglende overskud^{42,118} til at kontakte egen læge eller deltage i screeningsprogrammer¹¹². Patienterne kan desuden have svært ved at beskrive de konkrete symptomer⁸⁷. Overordnet gælder det, at flere af disse faktorer kompliceres yderligere, såfremt personen har et samtidigt problematisk forbrug af alkohol- og/eller rusmidler¹¹⁹. Andre akutte eller vedvarende udfordringer kan ligeledes besværliggøre diagnosticeringen, såsom psykose, der kan medføre en forstyrret virkelighedsopfattelse og desorientering hos patienten.

Når først patienten er diagnosticeret med en somatisk sygdom, kan psykisk lidelse påvirke behandlingsforløbet, da eventuelle kognitive vanskeligheder forbundet med psykisk lidelse kan komplicere kommunikationen mellem patienten og sundhedsprofessionelle¹¹⁸. Der kan også være udtalte udfordringer med mangel på energi til at opstarte og vedligeholde behandlingen, problemer med at transportere sig frem og tilbage til behandling (eksempelvis ved mangel på socialt netværk), begrænsede økonomiske midler til at købe medicin, mistillid til den behandling, der bliver givet, eventuelt på grund af en problematisk relation til den sundhedsprofessionelle, eksempelvis egen læge⁵¹.

Sundhedsvæsenet – Sundhedsprofessionelle

I sundhedsvæsenet kan flere faktorer bidrage til et ikke-optimalt diagnosticerings- og behandlingsforløb hos patienter med samtidig psykisk lidelse, hvilket blandt andet kan være relateret til de sundhedsprofessionelle. Med hensyn til diagnosticering kan flere af de nævnte faktorer på patientniveau komplicere processen for lægen - samtidig med at symptomerne relateret til den psykiske lidelse kan sløre de fysiske symptomer relateret til den somatiske sygdom^{112,120}. Derudover kan der fra den sundhedsprofessionelles side forekomme en ofte ubevidst stigmatisering¹²¹ og diskriminering, ligesom der kan være tale om generel mangel på erfaring med håndtering af patienter med psykisk lidelse⁵¹, hvilket kan have uensigtsmæssige konsekvenser for patienten. Disse parametre kan ligeledes have en selvforstærkende effekt, ved at patienten ikke føler sig ligeværdig og imødekommet, og derfor helt opgiver at tage kontakt til sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet – Organisatorisk niveau

Sundhedsvæsenet er komplekst og kan for mange være svært at navigere i. Denne kompleksitet er særligt udfordrende, når den somatiske patient også har en psykisk lidelse. For at imødekomme disse udfordringer, kræver det ekstra ressourcer i form af tid og personale i sundhedsvæsenet⁵¹. Disse ting kan være svære at opfylde i et i forvejen presset sundhedsvæsen med begrænsede ressourcer. Denne patientgruppe bevæger sig både i det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen, og der kan på det organisatoriske niveau være udfordringer med at koordinere behandlingen af begge problematikker samtidig¹¹¹. Den øgede kompleksitet kan vanskeliggøre det yderligere for patienten med hensyn til at overskue behandling af både den somatiske sygdom og den psykiske lidelse.

Metodiske styrke og svagheder

I forhold til både litteraturreviewet og registerstudiet er der en række metodiske styrker og svagheder, som må tages højde for i tolkningen af resultaterne. I litteraturreviewet er det først og fremmest en styrke, at de inkluderede studier hovedsagelig er kohortestudier baseret på danske registerdata, da det resulterer i store studiepopulationer med en høj grad af repræsentativitet af sygdomsgruppen. Her vil der dog være forskel, alt efter hvilken psykisk lidelse der er tale om. For eksempel vil populationen være mere repræsentativ, når vi ser på patienter med svær psykisk lidelse, da de oftere bliver diagnosticeret, og dermed figurerer i de danske registre. Som eksempel kan let depression derimod ofte være udiagnosticeret eller udelukkende være diagnosticeret af den praktiserende læge. Flere af de inkluderede studier prøver at kompensere for dette ved at inkludere patienter, der har fået udskrevet recept på antidepressiv medicin uden psykiatrisk hospitalsdiagnose i undersøgelse. Enkelte af de inkluderede studier er baseret på patientjournaler og obduktionsrapporter, hvorefter de er koblet med registerdata. I disse undersøgelser er

studiepopulationerne generelt mindre og generaliserbarheden er derved lavere. Som nævnt er studierne fra litteraturreviewet hovedsagelig baseret på danske registerdata, hvilke anses som valide og giver en unik mulighed for at følge patienterne over en længere periode samt deres kontakt til forskellige offentlige sundhedsudbydere¹²². Studiernes design gør det imidlertid ikke muligt at konkludere på årsager, hvilket vil sige, at det på baggrund af de observerede uligheder i sygdomsudfald og behandlingskvalitet eksempelvis ikke kan afgøres, hvorvidt forklaringen herpå skal findes i sundhedsvæsenets tilbud til patientgrupperne eller i patientgruppernes livsomstændigheder og udfordringer.

Med hensyn til registerstudiet, er der ligeledes en række metodologiske begrænsninger, som det er vigtigt at være opmærksom på. Et forhold omhandler udvælgelsen af patienter, som i dette studie har beroet på hospitalsdiagnoser, både hvad angår de somatiske sygdomme og de psykiske lidelser. En del patienter bliver imidlertid diagnosticeret og behandlet i almen praksis uden at have en hospitalskontakt. Det gør sig eksempelvis gældende på det psykiatriske område, for eksempel ved mildere tilfælde af depression og angst, og for kroniske somatiske sygdomme som eksempelvis diabetes type 2 og KOL. Gruppen af patienter, der indgår i registerstudiet er derfor selekteret til at omfatte patienter, som har haft så alvorlige tilfælde af deres sygdomme, at det har krævet hospitalskontakt. Endvidere kan der være patientgrupper, som ikke søger hjælp og behandling, og som registerstudiet derfor heller ikke dækker. Dette forhold kan have betydning for generaliserbarheden. Således kan man ikke umiddelbart konkludere, at resultaterne fra registerstudiet er repræsentative for alle somatiske patienter med samtidig psykisk lidelse.

Et andet forbehold i fortolkningen af resultaterne fra registerstudiet er, at patienter med flere samtidige psykiske lidelser tæller med i flere opgørelser. Der er ikke taget hensyn til dette forhold i analyserne, hvilket betyder, at en del af de patienter, som indgår i analyserne af de "milde" psykiske lidelser, også kan have mere alvorlige lidelser, der også kan bidrage til den observerede overdødelighed. Et separat fokus på betydningen af multisygdom, både med hensyn til psykiske lidelser og somatiske sygdomme, kan være et relevant fokuspunkt i fremtidige analyser. En særlig problemstilling med hensyn til multisygdom er de såkaldte dobbeltdiagnoser, hvor der både er tale om en misbrugsproblematik og en anden psykisk lidelse. I fremtidige analyser kan disse kombinationer med fordel undersøges nærmere.

Med hensyn til resultaterne vedrørende dødelighed er et tredje forbehold, at patienter med svære psykiske lidelser, som allerede nævnt, uafhængigt af bagvedliggende somatiske tilstande i gennemsnit har en forhøjet dødelighedsrate sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Det betyder, at man uafhængig af den behandling, som patienten modtager i sundhedsvæsenet, ofte vil se en forhøjet risiko for død blandt patienter med somatisk sygdom og svær psykisk lidelse sammenlignet med patienter med samme somatiske sygdom uden samtidig psykisk lidelse. Fremadrettet kan det derfor være relevant at se på dødelighedsrater hos personer i baggrundsbefolkningen, som får en specifik somatisk sygdom, sammenligne denne med personer, som har en svær psykisk lidelse som får samme specifikke somatiske sygdom, og slutteligt have en gruppe bestående af personer med svær psykisk lidelse uden den specifikke somatiske sygdom. Herved kan man synliggøre effekter af henholdsvis psykisk lidelse og somatisk sygdom.

Et fjerde forhold omhandler de anvendte geografiske enheder i registerstudiet. Analyser opdelt på urbaniseringsgrad viser ikke entydige forskelle. Det er dog muligt at opdelingen i de valgte geografiske enheder ikke har været tilstrækkelig finmasket til at fange eventuelle geografiske forskelle. Det kan derfor være hensigtsmæssigt i fremtidige analyser at se på geografisk ulighed ved at måle på en anden inddeling, eventuelt i sogne, grupperet efter social sammensætning, eller ved at se nærmere på afstand til nærmeste sygehus.

Endelig sætter brugen af registerdata en begrænsning med hensyn til hvilke slags oplysninger, der er tilgængelige i analyserne. Der er blandt andet begrænset viden omkring faktorer, der kan påvirke forløbet før, under og efter mødet med sundhedsvæsenet, og som kan have afgørende betydning af patienternes sygdomsforløb – og muligvis også den behandling, de modtager. Det kan være faktorer såsom patienternes livsstil (for eksempel rygning), sundhedstilstand (for eksempel BMI), sværhedsgraden af den

somatiske sygdom, socialt netværk (for eksempel partner eller familie, der yder social støtte). Nogle af disse faktorer findes eksempelvis hos Danmarks Statistik, i Den Nationale Sundhedsprofil og danske kvalitetsdatabaser og kan med fordel inkluderes i fremtidige analyser. Ligeledes kan kvalitative analyser, der ofte giver et mere dybdegående indblik i de bagvedliggende årsagsmekanismer, med fordel inkluderes med henblik på at forstå de mekanismer, der skaber, fastholder og forstærker uligheder i sygdomsforløb og somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser.

Perspektivering

Denne rapport bidrager til at skabe et samlet overblik over den eksisterende litteratur vedrørende sygdomsudfald og behandlingskvalitet efter diagnosticering med somatiske sygdomme hos patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse. De identificerede studier bidrager samlet set til belysningen af et relativt bredt udvalg af somatiske sygdomme og psykiske lidelser med hensyn til sygdomsudfald og behandlingskvalitet, men synliggør også områder, der fortsat savner belysning (Tabel 2). Med hensyn til både kortsigtede sygdomsudfald og behandlingskvalitet mangler der eksempelvis viden inden for muskel- og skeletsygdomme og mave- og tarmsygdomme blandt patienter med psykisk lidelse. Fokusset, som hovedsagelig har været på svære psykiske lidelser i tidligere studier, åbner ligeledes op for et behov for belysning af betydningen af andre og potentielt mildere psykiske lidelser i forhold til patienternes somatiske behandling og sygdomsudfald.

Rapportens litteraturreview og registerstudie giver et afsæt til det videre arbejde med at belyse uligheder i den somatiske behandling hos patienter med psykisk lidelse. I forhold til dette fremstår der på nuværende tidspunkt et behov for mere dybdegående analyser, der ser nærmere på årsagerne til uligheder i somatisk sygdomsudfald og behandlingskvalitet hos mennesker med psykisk lidelse og som ser bredere på det samlede patientforløb, herunder på uligheder i adgang, kvalitet, opfølgning og rehabilitering. Der forekommer også et behov for yderligere undersøgelser, der ser nærmere på betydningen af social og geografisk ulighed med hensyn til, hvorvidt – og på hvilke måder – disse faktorer eventuelt bidrager til en yderligere udsathed blandt mennesker med somatisk sygdom og psykisk lidelse. Endelig fremstår et behov for identificering af virksomme interventioner, der understøtter patientforløbet hos patienter med psykiske lidelser. Herunder kan der blandt andet være brug for viden om understøttelse i sektorovergange, der for mange patienter med særligt komplekse udfordringer kan være ekstra udfordrende.

LPD
Co/ Erik Dahlgaard
Tambogade 55
7790 Thyholm



Indbetalinger af pengegaver, bidrag
fra offentlige instanser og firmaer samt
den årlige kontingent på kroner 350 for
medlemskab, skal indbetales direkte til
vores netbank:



Sparekassen Thy

Regnr.: 9090

Kontonummer: 0004654765

LANDSFORENINGEN
af Patientrådgivere & Bistandsværger i Danmark

MARK & STORM
GRAFISK

ET STÆRKT TEAM...

- med online markedsføring i fokus



Odensevej 9 | 5750 Ringe | Tlf. 62 62 22 77 | www.mark-storm.dk