

REFERAT

Mødetitel	Rådsmøde den 7. marts 2024
Sted	Niels Jernes Vej 6a, 9220 Aalborg Øst
Dato og tid	07-03-2024 10:00 - 15:00

Deltagerkreds

Michael Dall (formand)

Anna-Marie Bloch Münster, Afbud

Dan Brun Petersen

Nils Falk Bjerregaard, Afbud

Søren Pihlkjær Hjortshøj

Jannick Brennum

Kirsten Møller

Irene Wessel

Pia Dreyer

Klaus Lunding

Sif Holst, Afbud

Jan Sørensen

Kristian Kidholm

Mikkel Bruun Pedersen

Maj-Britt Juhl Poulsen

Peter Huntley

Malene Møller Nielsen

Tine Bro

Trine Kart

Mette Bejder

INDHOLD

1. Status på igangværende sager
2. Orientering om analyse vedrørende ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser 2023
3. Godkendelse af analysespecifikation, Behandling af underarmsfrakturer hos børn
4. Godkendelse af evalueringsforslag, SkylineDX
5. Godkendelse af evalueringsdesign, TMS
6. Beslutning vedr. anmodning om forlængelse af ansøgningsfrist for evalueringen af SelfBack app
7. Drøftelse af scenarieanalyse for Behandlingsrådet
8. Beslutning vedr. behandling af Lymfødem (Pitch)
9. Præsentation og udvælgelse af forslag til analysetemaer 2025 fra Rådet
10. Opfølgning studietur til NICE
11. Eventuelt

1. Status på igangværende sager

Resume

"Status på igangværende sager" indgår som et fast punkt på dagsorden til rådsmøderne med henblik på at give Rådet en status på Behandlingsrådets sager.

Sagsfremstilling

Som et fast punkt til Rådsmøderne vil Malene Møller ved det enkelte rådsmøde give en status på de igangværende sager i Behandlingsrådet.

Indstilling

Sekretariatet indstiller, at Behandlingsrådet:

1. Tager orienteringen til efterretning.

Referat

Direktør Malene Møller Nielsen gav en status på igangværende sager og det forventede flow af sager på de kommende møder.

Der blev desuden orienteret om, at PNN Medical har valgt at trække sig fra ansøgningsprocessen vedr. urinvejsstenten Memokath. Memokath fik tilsendt evalueringsdesign i efteråret 2021, og der har været løbende dialog mellem Behandlingsrådets sekretariat og virksomheden i forbindelse med virksomhedens udarbejdelse af ansøgningen.

Norge har taget initiativ til et formaliseret nordisk samarbejde vedr. HTA. Behandlingsrådet deltager i et indledende møde sammen med andre danske aktører til juni i Norge.

2. Orientering om analyse vedrørende ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser 2023

Resume

Behandlingsrådets ulighedsanalyse for 2023 blev publiceret i slutningen af januar. Analysen har fokus på uligheder i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser med fokus på to udvalgte patientforløb: AKS (blodprop i hjertet og ustabil hjertekrampe) og lungekræft.

Analysen består af tre delstudier, som til sammen giver et dybdegående indblik i, hvor i patientforløbet uligheder opstår, hvad der kan bidrage til at skabe dem, og eksempler på indsatser der anvendes i Danmark til at reducere dem.

Specialkonsulent Lærke Mai Bonde Andersen vil præsentere analysen på rådsmødet.

Sekretariatet indstiller, at Behandlingsrådet tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

På opdrag af Sundhedsministeriet og Danske Regioner udarbejder Behandlingsrådet årligt en analyse vedrørende ulighed i sundhed, der har til formål *at afdække og belyse eventuel ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper.*

Behandlingsrådets rapporter om ulighed i sundhed udarbejdes i tæt samarbejde med en række forskellige aktører. Fagudvalget for analysen består af repræsentanter fra forskellige sektorer – såvel forskere som klinikere, patientrepræsentanter samt repræsentanter fra den kommunale sektor – alle med indgående kendskab til årets tema og ulighed i sundhed.

Årets ulighedsanalyse er publiceret 31. januar 2024. Analysen er udarbejdet under samme overordnede tema som Behandlingsrådets første analyse: *Ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser*.

Mens Behandlingsrådets første analyse havde fokus på ulighedens omfang og konsekvenser på et mere overordnet niveau, graver den anden og netop publicerede analyse et spadestik dybere og sætter fokus på:

1. Hvor uligheder opstår i to udvalgte typer af patientforløb (AKS og lungekræft)
2. Hvilke barrierer, der kan spille en rolle for at uligheder i disse patientforløb skabes
3. Eksempler på indsatser, der anvendes i Danmark, med henblik på at reducere ulighederne.

Analysen besvares igennem tre forskellige delstudier:

- **Delstudie 1: Et registerstudie**, hvor studiepopulationen består af danskere, som i perioden 2004-2020 diagnosticeres med AKS samt de danskere, der i perioden 2012-2020 diagnosticeres med lungekræft eller som i perioden 2004-2020 dør af lungekræft.
- **Delstudie 2: Et kvalitativt studie** baseret på individuelle interviews med personer med psykisk lidelse, som har været i behandling for AKS eller lungekræft, sundhedsprofessionelle tilknyttet diagnostik og behandling af AKS eller lungekræft samt feltstudier på hospitalsafdelinger i Danmark.
- **Delstudie 3: Et deskriptivt studie** baseret på desk research, spørgeskemabesvarelser fra kommunerne og interviews med fagpersoner og forskere med særligt kendskab til målgruppen.

Analysens resultater peger på, at på trods af betydelige bestræbelser på at udvikle effektive forløbsplaner og behandlingsforløb til håndtering af AKS og lungekræft, eksisterer der stadig uligheder i patientforløb

mellem patienter med og uden psykisk lidelse. Der er mange komplekse barrierer i spil for patienter med psykiske lidelser, som medfører, at patienterne kan være i forøget risiko for at blive forsinkede i udredning og behandling, blive vurderet uegnede til behandling og for at fravælge behandling eller udeblive fra undersøgelser og behandlinger. I rapporten beskrives 21 danske indsatser, der sigter mod at reducere ulighed i behandling for patienter med psykiske lidelser. Langt fra størstedelen af indsatserne er tilstrækkeligt evaluerede, og der udestår et behov for at undersøge deres effekter samt hvordan, for hvem og under hvilke betingelser, de virker.

I 2024 skal Behandlingsrådet arbejde med temaet: *Ulighed i behandling relateret til patienters sociale netværk og sociale støtte*. Analysen vil undersøge, hvordan og hvorfor karakteren af det sociale netværk kan påvirke forløbet af en patients behandling. Dette er særligt relevant for de patienter, der ikke har adgang til et robust socialt netværk. Undersøgelsen vil fokusere på børn og omfatte både kvalitative og kvantitative delstudier. Det kvantitative aspekt vil omfatte flere sygdomsområder hos børn, mens det kvalitative delstudie vil centrere sig om astmabehandling som primært fokusområde.

Indstilling

Sekretariatet indstiller, at Behandlingsrådet:

1. Tager orientering til efterretning

Referat

Lærke Mai Bonde Andersen fra Team Lighed i Sundhed præsenterede ulighedsanalysen fra 2023.

Rådet drøftede oplægget, herunder analysens muligheder for impact og implementering.

Rådet tog orienteringen til efterretning.

Bilag

Navn

behandlingsraadets-ulighedsanalyse-for-2023

3. Godkendelse af analysespecifikation, Behandling af underarmsfrakturer hos børn

Resume

Fagudvalget og sekretariatets projektgruppe har i samarbejde udarbejdet en analysespecifikation for analysen vedrørende behandling af underarmsfrakturer hos børn. Projektgruppen vil præsentere analysespecifikationen for Rådet. Analysespecifikationen er vedlagt som bilag.

Sekretariatet indstiller, at Rådet godkender analysespecifikationen.

Sagsfremstilling

Danske Regioners bestyrelse udpegede den 28. september analysetemaet 'Behandling af underarmsfrakturer hos børn', som et af de analysetemaer, Behandlingsrådet skal arbejde med i 2024. På rådsmødet den 5. oktober drøftede Rådet temaet og besluttede på samme møde at igangsætte udpegninger til fagudvalget, som nu er etableret.

Fagudvalget og sekretariatets projektgruppe har sammen skærpet fokus fra analysetemaet ifm. udarbejdelse af analysespecifikationen. Analysen har til formål at undersøge, om repositionskrævende underarmsfrakturer hos børn i alderen fire til og med 15 år bør behandles med reposition i moderat sedation, reposition i generel anæstesi eller reposition med intern fiksering i generel anæstesi.

I Danmark bliver børn med underarmsfraktur i dag, som udgangspunkt, behandlet med lukket reponering og intern fiksering i generel anæstesi, og i mange tilfælde bliver der indsat osteosyntesemateriale, der efterfølgende skal fjernes. Dette forudsætter adgang til en operationsstue, hvilket betyder, at børnene og deres forældre ofte

sendes hjem og venter på indkaldelse til operationen. Det ønskes i analysen undersøgt, om repositionskrævende underarmsfrakturer hos børn i Danmark bør behandles med reposition i moderat sedation, reposition i generel anæstesi eller reposition med intern fiksering i generel anæstesi. Dette indebærer en afdækning af bl.a. ressourceforbrug, relevante kliniske kompetencer, fysiske rammer, patientpræferencer mv. ift. de tre behandlingsmuligheder.

Klinisk effekt og sikkerhed

I Klinisk effekt og sikkerhed har fagudvalget valgt at undersøge Fysisk funktionsniveau, Livskvalitet, Operationskrævende frakturkred, Komplikationer og Smerter. Sekretariatet bemærker, at evidensen på området kan være begrænset. På baggrund af en indledende ikke-systematisk litteratursøgning, er der identificeret videnskabelig litteratur, der undersøger indsættelse af k-tråde sammenlignet med ingen indsættelse på pædiatriske populationer i generel anæstesi, ligesom der foreligger studier der belyser forskellige bedøvelsesformer på denne population. Det vides ikke på nuværende tidspunkt, om der eksisterer relevant evidens, der undersøger både behandlingsmetode og anæstesiform i samme studie.

Patientperspektiv

I patientperspektivet er der fra fagudvalgets side fokus på de afledte effekter, det ville have for børn og forældre, hvis behandlingen af underarmsfrakturer kan varetages samme dag eller næstkommende hverdag, herunder fraværet af bekymringer og eventuelle gener, der er forbundet med ventetid, faste mv. forud for en operation i generel anæstesi. Der bør desuden være opmærksomhed på de eventuelle præferencer og bekymringer, der kan være forbundet med de undersøgte behandlingsalternativer, herunder børns og forældres oplevelser af sedation og anæstesi.

Organisatoriske implikationer

Under de organisatoriske implikationer ønskes det undersøgt, hvilke fysiske forhold, ressourcer og kompetencer der er nødvendige for, at kunne behandle børn med underarmsfrakturer ved lukket reposition og immobiliserende skinne i hhv. i moderat sedation, i generel anæstesi og med intern fiksering i generel anæstesi.

Sundhedsøkonomi

De sundhedsøkonomiske og budgetære konsekvenser af en eventuel omlægning af behandlingsregimet for underarmsfrakturer hos børn bør ses i forhold til, hvad eventuelt frigjorte ressourcer alternativt kan anvendes på, hvis færre børn behandles operativt i generel anæstesi. Der er opmærksomhed på, at forskellige organiseringer af behandlingen vil medføre væsentligt forskellige budgetkonsekvenser. Derudover bemærkes det, at der er væsentlig forskel i de eksisterende rammer på tværs af hospitaler og regioner, både ift. fysiske og ressourcemæssige forhold.

PICO

PICO	Specifikation
Patientpopulation/målpopulation	Børn i alderen 4 til og med 15 år med en repositionskrævende, displaceret underarmsfraktur, herunder distale metafysære radius- og/ eller ulnafrakturer, samt midtskafefrakturer af radius og/ eller ulna. Frakturen kan være pådraget ved enten et lav- og højenergitraume.
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> ● Lukket reposition og immobiliserende skinne i moderat sedation ● Lukket reposition og immobiliserende skinne i generel anæstesi ● Lukket reposition og intern fiksering (k-tråde/ intramedullære søm) og immobiliserende skinne i generel anæstesi
Komparator	Alle interventioner sammenlignes indbyrdes

Effektmål	<ul style="list-style-type: none">● Fysisk funktionsniveau● Livskvalitet● Operationskrævende frakturskred● Komplikationer● Smerter
------------------	--

Indstilling

Sekretariatet indstiller, at Behandlingsrådet:

1. Godkender analysespecifikationen

Referat

Projektgruppen fremlagde analysespecifikationen vedr. analysen af behandling af underarmsfrakturer hos børn.

Rådet godkendte analysespecifikationen.

Bilag

Navn

Analysespecifikation, behandling af underarmsfrakturer hos børn

15.02.24

Indstilling af analysetema - Behandling af børn med underarmsfrakturer

4. Godkendelse af evalueringsforslag, SkylineDX

Resume

Firmaet SkylineDX har d. 31.1.2024 indsendt et evalueringsforslag vedr. teknologien Merlin Assay til diagnostik af modermærkekræft. Merlin Assay er en ikke-invasiv genekspressionsprofileringstest (GEP), som analyserer melanom-tumurvævet og definerer patientens risiko for at få metastaser til lymfekirtlerne. Testen er baseret på en CP-GEP algoritme, som kombinerer kliniske og patologiske parametre samt genekspression af 8 gener, for at vurdere den individuelle risiko, ud fra et lav- og højrisiko hvileresultat. Testen kræver ikke yderligere tumormateriale, ud over den biopsi af det primære melanom, der allerede er taget i forbindelse med diagnostikken.

Sekretariatet indstiller, at Behandlingsrådet beslutter, hvorvidt der skal igangsættes en evaluering af Merlin Assay til diagnostik af modermærkekræft.

Sagsfremstilling

Når en patient diagnosticeres med modermærkekræft skal det, ifølge de danske kliniske retningslinjer, vurderes hvor høj risiko der er for, at kræften har spredt sig til lymfekirtlerne. Vurderes risikoen højere end 5%, tilbydes patienten en sentinel lymfebiopsi (SLNB) af de nærtliggende lymfekirtler, med henblik på yderligere diagnostik af melanomet. Ud fra denne diagnostik vurderes patientens efterfølgende behandlingsforløb ift. om der er behov for adjuverende behandling eller om det er nok at sætte patienten under observation. Ved SLNB opereres de lymfekirtler ud, som der er højst sandsynlighed for, at kræften har spredt sig til, hvorefter lymfekirtlerne undersøges for kræft. I 80-85% af tilfældene er lymfekirtlerne kræftfri. 17% af patienterne, der får foretaget SLNB oplever komplikationer ved indgrebet. De mest almindelige komplikationer er serom, infektion/cellulitis og lymfødem.

Klinisk effekt

Merlin Assay bruger klinisk patologiske variabler og tumorgenekspressionsprofilering til at identificere lavrisikopatienter, der kan undgå SLNB, og dermed også de unødige gener forbundet hermed. Viser testen, at patienten er i højrisiko for, at kræften har spredt sig til lymfekirtlerne, foretages der SLNB som vanligt. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Valg af komparator

Sentinel Lymph Node Biopsy (SLNB).

Sundhedsøkonomi

Ansøger har endnu ikke fremsendt en omkostningsskitse for teknologien, idet de afventer data om danske forhold.

Det må forventes, at der er en omkostning forbundet med anvendelsen af Merlin Assay, og at der vil være en besparelse forbundet med, at der udføres færre SLNB procedurer og afledte komplikationer heraf.

Prioriteringsfaktorer

Sekretariatet vurderer, at den pågældende sundhedsteknologi, Merlin Assay, kan relateres til flere af Behandlingsrådets prioriteringsfaktorer.

PRIORITERINGSFAKTORER:	
Genstandsfelt	Merlin Assay er en ikke-invasiv genekspressionsprofileringstest (CP-GEP), som analyserer melanom-tumørvæv og definerer patientens risiko for at få metastaser til lymfekirtlerne
Patientpopulation/Målpopulation	Patienter med nydiagnosticeret primær malignt melanom, der er berettiget til SLNB.

Sikkerhed/risikoklasse	CE godkendt klasse C
Øvrige forhold	Sekretariatet vurderer, at der foreligger tilstrækkelig evidens til at gennemføre en evaluering. Sekretariatet forventer, at sagen fokuserer helt eller delvist på diagnostisk akkurate.
Effekt	Teknologien bidrager til at vurdere, om en patient er i højrisiko eller lavrisiko for, at modermærkekræften har spredt sig til lymferne.
Alvorlighed	Teknologien vedrører den diagnostiske proces indenfor et alvorligt sygdomsomsråde. Modermærkekræft rammer ca. 2500 personer i Danmark hvert år, og hvert år dør ca. 270 danskere af modermærkekræft.
Økonomisk billede	Endnu ukendt. Det må forventes, at der er en omkostning forbundet med indkøb af teknologien. Samtidig vil der være en besparelse ved, at der foretages færre SLNB-procedurer og deraf afledte besparelser i form af færre tilfælde af komplikationer relateret til indgrebet.
Generel relevans	Teknologien anvendes kun på forsøgsbasis, men vurderes af sekretariatet, at have relevans ift. danske forhold.

Indstilling

Sekretariatet indstiller, at Behandlingsrådet:

1. Beslutter, hvorvidt der skal igangsættes en evaluering af teknologien.
2. Såfremt Rådet beslutter at igangsætte en evaluering, udpeges det faglige selskab, som skal varetage formandsposten, samt hvilke yderligere kompetencer, der skal repræsenteres i fagudvalget.

Referat

Projektgruppen præsenterede evalueringsforslag vedr. teknologien Merlin Assay fra virksomheden Skyline DX.

Rådet besluttede at igangsætte evalueringen.

Rådet besluttede følgende vedr. fagudvalgets sammensætning:

Formanden udpeges af LVS gennem Dansk Patologisk Selskab.
Regionerne vil blive bedt om at udpege repræsentanter med lægefaglige kompetencer fra patologi, dermatologi, plastickirurgi og onkologi. Det ene af medlemmerne bør desuden repræsentere Dansk Melanomgruppe.

Bilag

Navn

evalueringsforslag-merlin-assay - sløret

5. Godkendelse af evalueringsdesign, TMS

Resume

På rådsmødet i august valgte Rådet, ud fra HTA-listen 2023, en HTA vedr. repetitiv Transkaraniel Magnetisk Stimulation (rTMS) til behandling af voksne patienter med behandlingsresistent depression, som en potentiel evaluering af egen drift. Rådet valgte at igangsætte evalueringen på Rådsmødet d. 5. oktober 2023 på baggrund af et evalueringsforslag udarbejdet af sekretariatet.

Fagudvalget og sekretariatets projektgruppe har i samarbejde udarbejdet et evalueringsdesign, som vil blive præsenteret for Rådet.

Evalueringen har til formål at undersøge om behandling med rTMS bør tilbydes som tillægsbehandling til voksne patienter med behandlingsresistent unipolar depression.

Evalueringen indeholder flere forskellige rTMS produkter som metodisk håndteres som en produktkategori.

Sekretariatet indstiller, at Rådet godkender evalueringsdesignet.

Sagsfremstilling

Behandlingsrådet godkendte evalueringsforslaget på rådsmødet d. 5. oktober 2023. Evalueringsforslaget var udarbejdet med udgangspunkt i en udvalgt HTA fra HTA-listen 2023. HTA'en er fra Wales.

Der er etableret et fagudvalg, som, i samarbejde med Sekretariatet, har udarbejdet nærværende evalueringsdesign.

Sekretariatets projektgruppe vil præsentere evalueringsdesignet for Rådet.

Evalueringen har til formål at undersøge, hvorvidt behandling med rTMS bør tilbydes som tillægsbehandling den udvalgte patientgruppe.

Patientpopulationen er afgrænset til patienter over 18 år med moderat

til svær episode af behandlingsresistent unipolar depression.

Evalueringen indeholder flere forskellige rTMS produkter, som metodisk håndteres som en produktkategori.

Vurderingen af Klinisk effekt og sikkerhed baseres på eksisterende videnskabelig litteratur, der sammenligner den kliniske effekt og sikkerhed af rTMS med tre komparatorer; Sham TMS, farmakologisk behandling og Elektrokonvulsiv terapi (ECT). Intervention sammenlignes med udgangspunkt i de fem effektmål: helbredsrelateret livskvalitet, remissionsrate, recidivrate, frafald og uønskede hændelser.

Under Patientperspektivet ønskes det afdækket, hvorvidt patienterne har præferencer mellem behandlingsalternativerne og hvordan patienterne oplever behandlingsforløbet og eventuelle bivirkninger.

I afdækningen af de organisatoriske implikationer ønsker fagudvalget at belyse, hvordan de overordnede behandlingsforløb ser ud for de inkluderede behandlingsalternativer ift. den definerede patientpopulation. Desuden ønskes det afdækket, hvordan en stigning i andelen af patienter der vil blive behandlet med rTMS, kan påvirke behandlingsskapaciteten i det offentlige sundhedsvæsen, samt hvilke personaleressourcer dette vil kræve.

Sundhedsøkonomien undersøges igennem en cost-utility-analyse med QALY som effektmål samt en supplerende budget-konsekvens analyse.

Tidligere udført HTA fra Wales 2021 anvendes ift. at rammesætte klinisk effekt og sikkerhed samt den sundhedsøkonomiske evaluering. De udførte litteraturreviews fra denne HTA vil blive opdateret, men følger så vidt muligt samme kriterier og søgeord. HTA fra Ontario indeholder et litteratur-review af litteratur på patientperspektivet vedr. patienters holdninger og præferencer til teknologien, hvorfor denne HTAs litteratursøgning vil blive opdateret. Organisationsperspektivet vil ikke

basere sig på tidligere HTA'er, da dette perspektiv ikke er afdækket i disse.

Med Rådets godkendelse af evalueringsdesignet, påbegynder Sekretariatet udarbejdelsen af evalueringsrapporten.

Indstilling

Sekretariatet indstiller, at Behandlingsrådet:

1. Godkender evalueringsdesignet for repetitiv transkranial magnetisk stimulation (rTMS) til behandling af voksne patienter med behandlingsresistent unipolar depression

Referat

Projektgruppen præsenterede evalueringsdesign for repetitiv transkranial magnetisk stimulation (rTMS) til behandling af voksne patienter med behandlingsresistent unipolar depression.

Rådet godkendte evalueringsdesignet.

Bilag

Navn

Evalueringsdesign af repetitiv transkranial magnetisk stimulation (rTMS)

6. Lukket punkt.

7. Lukket punkt.

8. Lukket punkt.

9. Præsentation og udvælgelse af forslag til analysetemaer 2025 fra Rådet

Resume

Hvert år udvælger Danske Regioners bestyrelse de 2-3 analysetemaer, Behandlingsrådet skal arbejde med i det kommende år. Forslagene kommer normalt fra regioner og hospitalsledelser, men med inspiration i gode erfaringer fra pitch-formatet for evalueringer, har Rådet i år også mulighed for at foreslå analysetemaer.

Sagsfremstilling

Regioner og hospitalsledelser kan i et årligt rul indstille analysetemaer til det kommende års analysearbejde i Behandlingsrådet ved at indsendelse af et indstillingsskema.

Rådet kan i år også indstille analysetemaer.

Processen for indstilling af analysetemaer for 2025:

Rådsmedlemmer, der har forslag til analysetemaer, præsenterer på rådsmødet deres forslag gennem et kort oplæg til de øvrige rådsmedlemmer. Sekretariatet kan også præsentere forslag, baseret på emner som er opstået i løbet af året. Herefter er der en fælles drøftelse i Rådet.

Efter præsentationerne kan Rådet udvælge op til tre temaer, som sekretariatet efterfølgende kvalificerer, så de indgår som del af den samlede mængde af indstillinger til kommende års analyser. Samtlige indkomne analysetemaer kvalificeres af Rådet på junimødet inden oversendelse til Danske Regioner.

Oplæggene om forslag til analysetemaer har en varighed på 5-10 minutter og bør omhandle problemstilling, population, potentialer og publikationer.

Indstilling

Sekretariatet indstiller, at Behandlingsrådet:

1. Præsenterer forslag til analysetemaer for 2025
2. Drøfter forslagene og udvælger op til tre, der efterfølgende kvalificeres i sekretariatet

Referat

Rådet besluttede at håndtere sagen via en skriftlig kommentering.

Sekretariatet videresender de indkomne forslag til rådsmedlemmerne.

10. Opfølgning studietur til NICE

Resume

Rådet var på studietur ved NICE i London den 10.-11. januar 2024. Begge dage indeholdt sessioner med oplæg, hvor medarbejdere fra NICE præsenterede emner som organisering af NICE i Englands sundhedsvæsen, involvering af interessenter, processer og metoder for HTA arbejdet mm.

Oplæggene dannede grundlag for lærerige drøftelser og erfaringsudveksling mellem Rådet og NICE.

Det indstilles, at Rådet drøfter oplæggene og medlemmernes efterfølgende refleksioner.

Sagsfremstilling

Rådet var på studietur i London 10.-11. januar med det primære formål at besøge National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Medarbejdere fra NICE havde planlagt to sessioner pr dag med følgende overordnede emner for deres oplæg:

Dag 1: Overblik over NICE og organisationens erfaring med HTA i England og NICE's HTA processer og metoder

Dag 2: NICES programmer vedr. diagnostiske interventioner, devices og digitale teknologier og NICES erfaring med digitale teknologier, AI og Early Value Assessments (EVA'er).

De fire sessioner bidrog til mange lærerige drøftelser mellem Rådet og NICE, og følgende emner havde et særligt fokus i drøftelserne:

- Hvordan arbejder NICE med at implementere anbefalingerne i NHS og sikrer sig at disse udbredes i de rette kliniske miljøer.
- Hvordan arbejder NICE med at indsamle ny viden på hospitalerne i NHS vedr. de anbefalinger, som er betinget af yderligere viden om teknologien.

- Hvilke interessenter inddrager NICE i udarbejdelsen af deres guidelines, og hvordan er deres inddragelsesprocesser organiseret.
- Hvilke forskellige produkter arbejder NICE med indenfor medtech området (Full assessment guidelines, EVA'er, Interventional Procedures, Diagnostic guidelines mm.) og hvordan balanceres metoder og processer i de forskellige produkter, eksempelvis med forskellig tyngde af evidens indenfor medtech området.
- Hvilke perspektiver har NICE på afviklingsdagsordenen vedr. et målrettet fokus på afvikling af teknologier, procedurer mm. der ikke bidrager med tilstrækkelig værdi.

Indstilling

Sekretariatet indstiller, at Behandlingsrådet:

1. Drøfter oplæggene og medlemmernes efterfølgende refleksioner.

Referat

Rådet samlede op på studieturen til NICE, herunder udbyttet ved at få inspiration fra andre HTA-organisationer, men mindst i lige så høj grad muligheden for længere og mere dybdegående drøftelser mellem rådets medlemmer.

11. Eventuelt

Referat

Opfølgningsmødet i maj flyttes til den 24. maj.



Behandlingsrådets rapport vedrørende

Ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser

Patientforløb, barrierer og indsatser

Januar 2024

Om Behandlingsrådets rapport

Denne rapport om ulighed i sundhed er udarbejdet af Behandlingsrådets sekretariat i samarbejde med Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Aalborg Universitet, og Fagudvalget for analysearbejdet vedrørende ulighed i sundhed. Desuden har kliniske eksperter inden for akut koronart syndrom (AKS) og lungekræft bidraget til at kvalificere analysearbejdet. Se Fagudvalgets sammensætning, afsnit 13, for en komplet oversigt over navne.

Rapporten er udarbejdet med afsæt i følgende dokumenter, som er tilgængelige på Behandlingsrådets hjemmeside:

- **Et analysetema** på baggrund af hvilket, Sundhedsministeriet og Danske Regioner har bestemt, at analysen skal udarbejdes.
- **Et undersøgelsesdesign**, der sætter rammerne for - og anviser specifikationer vedrørende - gennemførelsen af analysen.

Oplysninger om dokumentet

Godkendelsesdato:	Versionsnummer:
Godkendt af fagudvalget 21.01.2024	1.0

Versionsnr.:	Dato:	Ændring:
1.0	31.01.2024	Offentliggjort

Om Behandlingsrådets rapport.....	2
1 Begreber og forkortelser	5
2 Resumé.....	6
3 English summary	8
4 Introduktion.....	11
4.1 Rammer for opgaven.....	11
4.2 Læsevejledning.....	12
4.3 Metode og datagrundlag.....	12
5 Baggrund.....	16
5.1 Ulighed i behandling og sygdomskonsekvenser	16
5.2 Patientforløb, barrierer og indsatser	17
5.3 Uligheder ved AKS og lungekræft	19
5.4 AKS og lungekræft – beskrivelse af patientforløb	20
6 Formål.....	22
7 Resultater af Delstudie 1 – Uligheder i patientforløb	23
7.1 Uligheder i patientforløb - AKS	24
7.2 Delkonklusion – Delstudie 1, AKS	32
7.3 Uligheder i patientforløb - Lungekræft	33
7.4 Delkonklusion – Delstudie 1, lungekræft	42
8 Resultater af Delstudie 2 – Barrierer, der bidrager til uligheder i patientforløb	44
8.1 Barrierer for somatisk behandling gælder ikke kun mennesker med psykisk lidelse.....	45
8.2 Patienter med psykisk lidelse kan forsinkes i udredning og behandling	45
8.3 Sundhedsprofessionelle kan vurdere patienter med psykisk lidelse uegnede til behandling	50
8.4 Patienter med psykisk lidelse kan sige nej tak til -, modsætte sig - eller udeblive fra behandling	65
8.5 Delkonklusion – Delstudie 2	77
9 Resultater af Delstudie 3 – Indsatser, der har til formål at reducere uligheder i patientforløb.....	80
9.1 Identificerede barrierer fremhævet af fagpersoner og forskere.....	81
9.2 Identificerede indsatser	84
9.3 Manglende indsatser ifølge fagpersoner og forskere	115
9.4 Delkonklusion – Delstudie 3	116
10 Diskussion	117
10.1 Sammenfatning af rapportens fund	117
10.2 Hvordan opnås mere lighed i patientforløbene?	121
10.3 Konklusion	129
10.4 Metodiske styrker og svagheder.....	130
11 Referencer.....	132

12 Bilag	141
12.1 Delstudie 1.....	141
12.2 Delstudie 2.....	173
12.3 Delstudie 3.....	178
13 Fagudvalgets sammensætning	184

1 Begreber og forkortelser

ADP	Adenosindiphosphat, blodpladehæmmende medicin
AKS	Akut koronart syndrom er en samlebetegnelse, som dækker over akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertet) med og uden ST-elevation (STEMI og non-STEMI) og ustabil angina pectoris (ustabil hjertekrampe) [1].
ASA	Acetylsalicylsyre, blodpladehæmmende medicin
CABG	Coronary artery bypass grafting, også kaldet bypassoperation
ICD-10	International klassificering af sygdomme, den 10. revision (International Classification of Diseases 10th Revision)
KAG	Koronararteriografi, røntgenundersøgelse af hjertets kranspulsårer
KOL	Kronisk obstruktiv lungesygdom
LPR	Landspatientregisteret
PCI	Perkutan koronar intervention er et indgreb, som kan udføres med flere forskellige teknikker. Den mest brugte teknik er ballonudvidelse med stentbehandling af hjertets kranspulsårer [2].
Psykiske lidelser	Defineres som lidelser karakteriseret ved en forstyrrelse af den enkeltes tanker, følelsesmæssige regulering eller adfærd [3]. Psykiske lidelser er ofte forbundet med lidelse samt en svækkelse af vigtige funktionsområder [3]. I rapporten anvendes begrebet psykisk lidelse gennemgående frem for psykisk sygdom på baggrund af WHO's klassifikationsværktøj, ICD-10, som klassificerer psykiske diagnoser som psykiske lidelser, ikke sygdomme [4].
RKKP	Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Somatiske sygdomme	Anvendes om sygdomme i kroppen, såsom hjerte-kar-sygdomme, kræft, luftvejssygdomme og infektioner.
SPI	Specialiseret palliativ indsats
Stroke	Fælles betegnelse for blodprop eller blødning i hjernen
Ulighed i sundhed	Anvendes om forskelle i sundhedstilstanden og risikoen for at blive syg mellem individer eller grupper i befolkningen [5]. Social ulighed i sundhed anvendes om systematiske forskelle i sundhed mellem grupper med forskellig social position målt på socioøkonomiske faktorer såsom uddannelse, indkomst, beskæftigelse og sociodemografiske faktorer såsom køn og etnicitet [6]. Geografisk ulighed anvendes om forskelle i sundhedstilstanden, som forekommer på baggrund af, hvor i landet man er bosat. Hvis den geografiske ulighed i sundhed skyldes forskelle i social sammensætning mellem lokalområder, er det et aspekt af social ulighed i sundhed. Geografisk ulighed i sundhed kan også skyldes andre forhold såsom forskelle i sundhedsvæsenets tilbud og ressourcer på tværs af landet.

2 Resumé

Dette er den anden af to rapporter, som Behandlingsrådet publicerer under temaet "Ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser". Rapporterne forholder sig begge kritisk til det forhold, at mennesker med psykiske lidelser lever markant kortere liv sammenlignet med den øvrige befolkning - og at op mod 60 % af årsager til død hos patienter med psykiske lidelser er somatiske (fysiske) sygdomme.

Behandlingsrådets ulighedsanalyse for 2022 påviser blandt andet, at den forhøjede dødelighedsrate efter diagnosticering med somatisk sygdom gælder på tværs af alle psykiske lidelser. Analysen konkluderer, at mennesker med psykisk lidelse ikke altid modtager den anbefalede behandling i det somatiske sundhedsvæsen, og at det gælder for en række somatiske sygdomme. Det er et betydningsfuldt samfundsmæssigt problem, og analysen understreger derfor vigtigheden af at adressere forskelle i den somatiske behandling mellem patienter med - og uden psykisk lidelse.

Formålet med ulighedsanalysen for 2023 er at lave en dybdegående analyse, som sætter fokus på:

- 1) Uligheder i det somatiske patientforløb mellem patienter med – og uden psykisk lidelse
- 2) Barrierer, som kan spille en rolle for at ulighederne skabes
- 3) Indsatser, der anvendes i Danmark til at reducere ulighederne

Analysen tager afsæt i to forskellige somatiske patientforløb; henholdsvis ved akut koronart syndrom (AKS) og lungekræft. Denne rapport indeholder tre delstudier:

Det første delstudie er et registerstudie af de danskere, som i perioden 2004-2020 diagnosticeres med AKS (N=166.155) samt de danskere, der i perioden 2012-2020 diagnosticeres med lungekræft (N=41.424) eller i perioden 2004-2020 dør af lungekræft (N=61.604). Formålet med studiet er at undersøge, om der er systematiske forskelle i den somatiske behandling af patienter med og uden psykisk lidelse. Analyserne af både AKS- og lungekræftpopulationerne viser overordnet, at patienter med psykisk lidelse modtager færre sundhedsydelse end patienter uden psykisk lidelse. Patienterne har en mindre struktureret vej ind i behandlingssystemet, større risiko for at fravælge eller ikke blive vurderet i stand til at modtage behandling, og modtager i mindre grad den anbefalede medicin.

Det bemærkes, at der blandt patienterne med AKS og psykisk lidelse er en lidt højere forekomst af komorbiditeter (flere samtidige somatiske sygdomme) op til AKS-diagnosen end der er blandt patienter uden psykisk lidelse. Blandt lungekræftpatienterne er der ikke registreret markante forskelle i den samlede grad af komorbiditet mellem patienter med og uden psykisk lidelse, men der ses dog lidt flere patienter med psykisk lidelse, som også har KOL. Derudover er der ikke markante forskelle i kræftstadiet ved lungekræftdiagnosen blandt patienter med og uden psykisk lidelse. Dette kan indikere, at der kan være systemiske barrierer for optimal behandling af patienter med psykiske lidelser og understreger behovet for øget opmærksomhed på denne gruppe for at reducere ulighed i adgang, behandling og konsekvenser af sygdom. Yderligere understreger resultaterne behovet for øget opmærksomhed på somatisk sygdom hos alle med psykisk lidelse - særligt hos patienter med mental retardering, hvor de mest udtalte forskelle i patientforløbet er registreret på tværs af de psykiatriske diagnosegrupper.

Det andet delstudie er et kvalitativt studie, som har til formål at undersøge hvilke barrierer, der bidrager til at uligheder i patientforløbet ved AKS eller lungekræft for patienter med psykiske lidelser

skabes. Dette studie er baseret på individuelle interviews med syv personer, som har haft AKS, fire personer, som har haft lungekræft, og én person, som har haft mave- og tarmkræft, og derudover én pårørende til en person med AKS samt to støttekontaktpersoner til personer, som har haft lungekræft. Der er endvidere foretaget feltstudier på fire hospitalsafdelinger i sammenlagt 11 dage samt individuelle interviews med 17 sundhedsprofessionelle tilknyttet diagnostik og behandling af AKS eller lungekræft. Data er indsamlet fra maj til september 2023. Resultater fra delstudiet indikerer, at en barriere består i, at patienter med psykisk lidelse kan blive forsinkede i udredning og behandling i den indledende del af patientforløbet. Det kan eksempelvis hænge sammen med patientens udfordringer med at afkode kroppens signaler som tegn på alvorlig sygdom, eller lægens fejlfortolkning af symptomer på AKS og lungekræft som tegn på anden somatisk sygdom eller psykisk lidelse. Herudover viser resultaterne, at en barriere for behandling er, at patienter med psykisk lidelse kan være i risiko for at blive vurderet uegnede til behandling – eksempelvis på grund af tilstedeværelsen af andre somatiske sygdomme, kliniske bekymringer vedrørende patienternes efterlevelse af behandlingsråd eller mangel på social støtte. Resultaterne viser også, at patienter med psykisk lidelse i nogle tilfælde fravælger behandling eller udebliver fra undersøgelser og behandlinger, fordi de for eksempel finder forløbet uoverskueligt, utrygt eller fordi det kan være vanskeligt at indgå i de rammer for behandling, som sundhedsvæsenet tilbyder. I forbindelse med rehabilitering indikerer Delstudie 2, at det kan være en udfordring for patienter med psykisk lidelse at efterleve sundhedsprofessionelles anbefalinger vedrørende forebyggende livsstilsændringer uden den rette støtte.

Det tredje delstudie er et deskriptivt studie baseret på desk research, spørgeskemabesvarelser fra 32 af landets 98 kommuner og interviews med 26 fagpersoner og forskere med særligt kendskab til målgruppen. Data er indsamlet fra april – oktober 2023. Formålet med studiet er at identificere og beskrive eksempler på indsatser, som anvendes i Danmark med henblik på at reducere ulighed i patientforløb mellem personer med og uden psykisk lidelse. Der er udvalgt og beskrevet 21 indsatser af varierende omfang, der udspringer fra en bred vifte af aktører. Indsatserne bliver afprøvet eller er implementeret forskellige steder i landet. Listen af indsatser er ikke udtømmende, og nogle indsatser kan være afsluttede efter analysens udgivelse. Nogle af de centrale komponenter i de identificerede indsatser er: Opsøgende indsats, systematisk opsporing, patientstøtte og ledsagelse, fleksibilitet i adgang, differentieret indsats tilpasset den enkeltes behov, samt styrket udsattefaglighed. Overordnet gælder det, at langt størstedelen af indsatserne ikke er tilstrækkeligt evaluerede, og der udestår et behov for at undersøge deres effekter samt hvordan, for hvem og under hvilke betingelser, de virker. På denne måde kan det bedre vurderes, om indsatserne med fordel kan udbredes til øvrige dele af landet eller til andre kontekster. Igennem interviewene er der identificeret behov for, at sundhedsvæsenet bliver bedre til at forstå og imødekomme mennesker med psykisk lidelse samt et behov for indsatser, der indebærer styrkelse af udsattefagligheden på sundhedsuddannelserne. Endelig er der behov for implementering af indsatser, der adresserer de praktiske og økonomiske udfordringer, som patienter med psykiske lidelser kan stå overfor. Disse tiltag kan potentielt bidrage til en mere retfærdig og lige adgang til udredning og behandling for denne patientgruppe.

Rapportens resultater tydeliggør, at der, på trods af betydelige bestræbelser på at udvikle effektive forløbsplaner og pakkeforløb til håndtering af AKS og lungekræft, stadig eksisterer uligheder i patientforløb. Fagudvalget vurderer, at for at reducere disse uligheder er det nødvendigt, at sundhedsvæsenet i højere grad tilpasses til at imødekomme de borgere med psykiske lidelser, der har brug for en særlig indsats. Der er desuden brug for indsatser, der går på tværs af forskellige sektorer, og som ikke alle bør være midlertidigt finansierede projekter, men som med fordel kan integreres som mere bærende, vedvarende løsninger i sundhedsvæsenet. Det er nødvendigt, at indsatserne evalueres, så der kan opnås viden om deres effekter, herunder også, hvordan, for hvem og under hvilke betingelser de virker. Rapporten bidrager med vigtig viden til forståelsen af uligheder i den somatiske behandling mellem patienter med og uden psykisk lidelse. For at reducere uligheden, er det imidlertid afgørende, at der tages de nødvendige skridt for at omsætte denne viden til konkrete handlinger.

3

English summary

This is the second of two reports that the Danish Health Technology Council is publishing under the theme of *Inequality in the somatic treatment of patients with mental disorders*. Both reports are critical of the fact that people with mental disorders have significantly shorter lifespans compared to the rest of the Danish population. Specifically, the report builds on the fact that up to 60% of deaths in patients with mental disorders are due to somatic (physical) illnesses.

The Inequality Analysis of the Danish Health Technology Council for 2022 indicates, among other things, that the elevated mortality rate following diagnosis with somatic illness applies across all mental disorders. The analysis concludes that people with mental disorders do not always receive the recommended treatment in the somatic healthcare system and that this applies to a number of somatic diseases. This is a significant societal problem, and the analysis thus highlights the importance of addressing differences in the somatic treatment of patients with and without mental disorders.

The objective of the inequality analysis for 2023 is to create an in-depth analysis that focuses on the following:

- 1) Inequalities in the somatic care pathways between patients with and without mental disorders
- 2) Barriers that possibly play a role in creating inequalities
- 3) Interventions undertaken in Denmark that aim to reduce these inequalities

The analysis is based on two different somatic care pathways: Acute Coronary Syndrome (ACS) and lung cancer. This report contains three sub-studies.

The first sub-study is a register study of Danes diagnosed with ACS from 2004-2020 (N=166,155), as well as Danes diagnosed with lung cancer from 2012-2020 (N=41,424). Additionally, patients who died from lung cancer from 2004-2020 (N=61,604) are included in the analysis. The purpose of the study is to examine whether there are systematic differences in the somatic treatment of patients with and without mental disorders. The analyses of both the ACS and lung cancer populations show that patients with mental disorders obtain fewer health services overall than patients without mental disorders. Patients with mental disorders have a less structured pathway when entering the treatment system and are at greater risk of opting out or not being assessed as capable of receiving treatment. These patients are additionally less likely to receive recommended medications.

It should be noted that among patients with ACS who simultaneously have a mental disorder, there is a slightly higher incidence of comorbidity (several simultaneous somatic diseases) in the period leading up to ACS diagnosis than there is among patients without mental disorders. Among lung cancer patients, no significant differences have been registered regarding the total degree of comorbidity between patients with and without mental disorders; however, slightly more patients with a mental disorder also have COPD. Additionally, there were no significant differences in the cancer stage at lung cancer diagnosis between patients with and without mental disorders.

This could indicate that there may be systemic barriers to optimal treatment of patients with mental disorders and highlights the need for increased attention to this group in order to reduce inequality regarding access, treatment and consequences of illness. Furthermore, the results emphasise the need for increased attention to somatic illness in everyone with mental disorders. This is particularly

the case for patients with mental retardation, as this group has the most pronounced differences in somatic care pathways registered across the psychiatric diagnosis groups.

The second part of this analysis is a qualitative study which aims to investigate which barriers contribute to inequalities in the care pathway of ACS or lung cancer between patients with and without mental disorders. This study is based on individual interviews with seven people who have had ACS, four people who have had lung cancer, one person who has had stomach and bowel cancer, one relative of an individual with ACS and two professionals tasked with assisting people who have had lung cancer. Field studies were carried out in four hospital departments for a total of 11 days. Individual interviews with 17 healthcare professionals associated with the diagnosis and treatment of ACS or lung cancer were also done. Data were collected from May to September 2023.

Results from the sub-study indicate that one barrier is that patients with mental disorders may initially experience a delay in the assessment of and treatment within the somatic disease pathway process. This may, for example, be related to challenges patients face regarding reading the body's signals of serious illness or a doctor's misinterpretation of ACS and lung cancer symptoms as signs of another somatic illness or mental disorder. The results show that an impediment to treatment is that patients with mental disorders may be at risk of being assessed as unsuitable for treatment. This may be due to factors such as the presence of other somatic illnesses, clinical concerns regarding the patient's compliance with treatment advice or lack of social support for the patient.

The results also show that patients with mental disorders, in some cases, opt out of treatment or do not attend examinations and treatment. This may be due to the fact that they can find the treatment processes either unmanageable or unsafe or because they have difficulty fitting into the framework for treatment offered by the healthcare system. In connection with rehabilitation, the sub-study indicates that it can be challenging for patients with mental disorders to adhere to health professionals' recommendations concerning preventive lifestyle changes without the right support.

The third sub-study is a descriptive study based on desk research, questionnaire responses from 32 of Denmark's 98 municipalities as well as interviews with 26 professionals and researchers with special knowledge regarding the target group. Data were collected between April-October 2023. The purpose of this sub-study is to identify and describe examples of interventions undertaken in Denmark that aim to reduce inequalities in care pathways between people with and without mental disorders. Twenty-one interventions were selected and described. They include those developed, used and implemented from a wide range of stakeholders. The interventions are being tested or are already implemented in different places in Denmark. The list is not exhaustive and some of the interventions may be completed after publication of this analysis.

Some of the key components of the identified interventions are outreach efforts, systematic detection, patient support and accompanying arrangements, flexibility in access to care, differentiated approaches tailored to individual needs and strengthened professional expertise in working with people in vulnerable positions. Overall, the vast majority of interventions have not been evaluated adequately, leading to a need for the investigation of their effects as well as analysis of how, for whom and under what conditions these interventions work. In this way, whether the initiatives can be beneficially extended to other parts of Denmark or to other contexts can be better assessed.

The interviews identify a need for the healthcare system to become better at understanding and accommodating those with mental disorders. They also identify the need for interventions that strengthen the expertise needed for working with people in vulnerable positions. A need for the implementation of efforts that address the practical and financial challenges faced by patients with mental disorders was identified. Initiatives taken have the potential to contribute to fairer and more equal access to healthcare and treatment for this patient group.

The report's findings clearly show that in spite of significant efforts to develop effective treatment plans and packages for managing ACS and lung cancer, inequalities in care pathways exist. The expert committee has assessed that in order to reduce these inequalities, the healthcare system must adapt to the needs of Danish residents with mental disorders to a greater extent. Interventions need to be undertaken that cut across different sectors. Not all initiatives should be temporarily funded projects but rather integrated as more sustainable, enduring solutions in the healthcare system. It is necessary that the interventions be evaluated to gain knowledge about their effects including how, for whom, and under what circumstances they work.

This report contributes important knowledge regarding the understanding of inequalities in somatic treatment between patients with and without mental disorders. To reduce inequality, it is crucial that necessary steps are implemented to convert this knowledge into actionable steps.

4 Introduktion

4.1 Rammer for opgaven

Let og lige adgang til sundhedsvæsenet samt behandling af høj kvalitet er to af hjørnesteenene 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 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 tildele Behandlingsrådet endnu en opgave; at udarbejde årlige analyser vedrørende ulighed i sundhed, der har til formål *at afdække og belyse eventuel ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper* [6].

Ulighed i sundhed handler bredt defineret om systematiske forskelle i befolkningen i forhold til risikoen for eksponering for sygdomsfremkaldende faktorer, forekomsten af sygdom samt behandlingen og konsekvenserne af sygdom [8,9].

Behandlingsrådets årlige analyser fokuserer på ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper i sundhedsvæsenet, som et aspekt af ulighed i sundhed [6]. Selvom ulighed i sundhed ikke begynder i sundhedsvæsenet, spiller sundhedsvæsenet en rolle i forhold til potentielt at skabe, vedligeholde, eller forstærke uligheden.

Behandlingsrådet udarbejder sine rapporter med brug af både kvantitative og kvalitative metoder. 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 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 behandlingen [10]. Med henblik på at øge forståelsen af de forhold, der bidrager til ulighederne, anvendes også kvalitative metoder, som giver en indsigt i uligheden, udover ulighedens omfang og konsekvenser. Disse metoder kan give en mere dybdegående indsigt i de forhold, der kan bidrage til, at uligheder opstår og udvikler sig, så det i højere grad bliver muligt at udvikle og sætte ind med målrettede indsatser.

Nærværende rapport er udarbejdet under samme overordnede tema som Behandlingsrådets første analyse for 2022: *Ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser*. Mens analysen for 2022 havde fokus på ulighedens omfang og konsekvenser på et mere overordnet niveau, graver analysen for 2023 et spadestik dybere og sætter fokus på, hvor uligheder opstår i to udvalgte typer patientforløb. Rapporten har ligeledes fokus på de barrierer, der bidrager til ulighederne og eksempler på indsatser, der eksisterer i Danmark, som har til formål at reducere ulighederne. Tilsammen er det sigtet, at rapporterne for 2022 og 2023 bidrager med et samlet billede og en dybdegående forståelse af ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser. De to rapporter supplerer således hinanden, men kan også læses som to selvstændige undersøgelser.

4.2 Læsevejledning

Denne rapport indeholder en introduktion (afsnit 4), samt et baggrundsafsnit (afsnit 5), der sætter rammen for analysen og giver læseren en indføring i den aktuelle problemstilling. Herefter præsenteres resultaterne af rapportens tre delstudier (afsnit 7, 8 og 9). Hver af disse tre resultatafsnit afsluttes med en delkonklusion, der diskuteres og sammenfattes sidst i rapporten i et diskussionsafsnit (afsnit 10). For en kort gennemgang af rapportens indhold og resultater henvises til rapportresuméet (afsnit 2) samt eventuelt diskussionsafsnittet (afsnit 10). Rapporten indeholder også en række bilag (afsnit 12), der knytter sig til de tre delstudier samt en oversigt over fagudvalgets medlemmer (afsnit 13).

4.3 Metode og datagrundlag

I det følgende gives en kort beskrivelse af metode og datagrundlaget for rapportens tre delstudier. En udvidet metodebeskrivelse findes i bilagsmaterialet (afsnit 12).

Til forskel fra Behandlingsrådets første analyse, hvor der er udvalgt otte somatiske sygdomme, har denne rapport fokus på to sygdomsområder. Dette valg er truffet med henblik på at opnå mulighed for at gennemføre mere dybdegående analyser og komme tættere på, hvor i patientforløbet uligheder opstår – og hvad der skaber dem. Alle delstudier har derfor fokus på AKS og lungekræft hos patienter med og uden psykisk lidelse. I udvælgelsen af de to somatiske sygdomme er der lagt vægt på dels, at sygdommene er blandt de hyppigste dødsårsager i den samlede gruppe af patienter med psykiske lidelser, dels at sygdommene dækker to forskellige typer af forløb, og dels at der savnes mere viden om kvaliteten af patientforløbene for disse patientgrupper. Med hensyn til de psykiske lidelser er alle lidelser under ICD-10 grupperingen udvalgt som fokus for analysen¹. Disse omfatter:

- F0: Organiske psykiske lidelser
- F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer
- F2: Skizofrenispektrum tilstande
- F3: Affektive sindslidelser
- F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande
- F5: Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
- F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen
- F7: Mental retardering
- F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser
- F9: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom

4.3.1 Delstudie 1 – Identifikation af uligheder i patientforløb

Delstudie 1 er et registerstudie, som har til formål at kortlægge patientforløb indenfor henholdsvis AKS og lungekræft med henblik på at identificere uligheder i patientforløbet mellem patienter med og uden psykisk lidelse. Det kan dreje sig om, hvorvidt de udvalgte patientgrupper modtager forebyggelse, diagnostik, behandling eller pleje i henhold til gældende kliniske retningslinjer. Registerstudiet er designet som et historisk kohortestudie, hvor studiepopulationen består af danskere, som

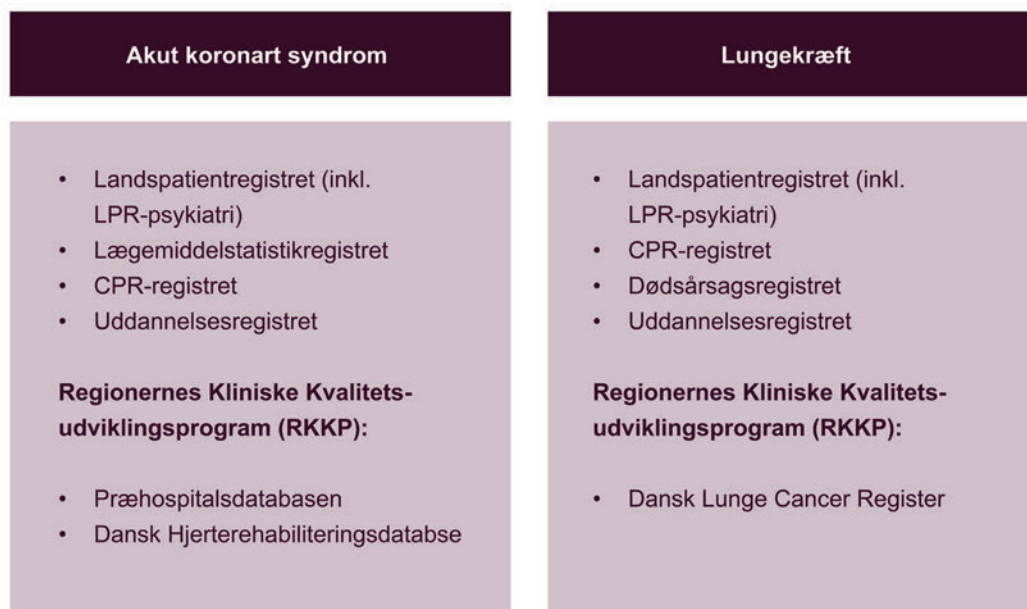
¹ Den 11. reviderede version af WHO's internationale klassifikation af sygdomme, kendt som ICD-11, er blevet udgivet. Imidlertid er det stadig uklart, hvornår ICD-11 vil blive implementeret i Danmark. På baggrund af denne usikkerhed er de danske datakilder, der anvendes i denne rapport, registreret i henhold til ICD-10-klassifikationen. Derfor tager Behandlingsrådets rapport for 2023 udgangspunkt i ICD-10's gruppering af psykiske lidelser [88].

i perioden 2004-2020 diagnosticeres med AKS (antal=166.155, hvoraf 16.017 har psykisk lidelse) samt de danskere, der i perioden 2012-2020 diagnosticeres med lungekræft (antal=41.424, hvoraf 4.795 har psykisk lidelse) eller som i perioden 2004-2020 dør af lungekræft (antal=61.604, hvoraf 6.989 har psykisk lidelse). Patienterne er klassificeret som værende patienter med psykisk lidelse, hvis de er blevet diagnosticeret med mindst én psykisk lidelse på en psykiatrisk afdeling i perioden 1994 og frem til inklusionsdatoen. Ulighederne i patientforløbene vurderes ud fra forskelle i udvalgte effektmål, før (op til 6 måneder), under og efter (op til et år) den somatiske hospitalsdiagnose. En udvidet metodebeskrivelse findes i afsnit 12.1.1.

4.3.1.1 Datakilder

Figur 1 giver et overblik over de datakilder der anvendes i Delstudie 1. Disse omfatter danske registerdata, herunder data fra Landspatientregisteret (LPR) inklusiv LPR-psykiatri, Lægemiddelstatistikregisteret, CPR-registret, Dødsårsagsregisteret, og Uddannelsesregisteret. Fra RKKP anvendes data fra Præhospitalsdatabasen, Dansk Hjerterehabileringsdatabase og Dansk Lunge Cancer Register. Analyserne gennemføres via Forskermaskinen hos Danmarks Statistik.

Figur 1 – Anvendte datakilder i Delstudie 1



4.3.2 Delstudie 2 – Barrierer, der bidrager til uligheder i patientforløb

Delstudie 2 har til formål at belyse hvilke barrierer, der bidrager til uligheder i patientforløb ved AKS og lungekræft mellem mennesker med og uden psykisk lidelse. Analysen inkluderer indsigter fra patientperspektivet med fokus på, hvordan mennesker med psykisk lidelse oplever forløbet før, under og efter behandlingen for AKS eller lungekræft. Derudover inkluderes sundhedsprofessionelles perspektiver med fokus på, hvordan læger og sygeplejersker erfarer patienter med psykiske lidelser på hospitalsafdelingerne. Endelig inkluderes feltstudier af mødet mellem patient og sundhedsprofessionel på hospitalsafdelingerne.

4.3.2.1 Datakilder

Figur 2 viser et samlet overblik over de anvendte datakilder i Delstudie 2. I delstudiet er der foretaget syv individuelle interviews med nuværende og tidligere patienter med AKS samt én pårørende til en

patient med AKS. På lungekræftområdet er der foretaget fire individuelle interviews med nuværende og tidligere patienter med lungekræft samt to støttekontaktpersoner til patienterne. Der er yderligere foretaget et interview med en patient med mave-tarm kræft. Elleve informanter havde, ifølge egne oplysninger, en eller flere psykiske lidelser forud for diagnosticeringen af AKS eller lungekræft. To informanter beskrev selv et langvarigt skadeligt forbrug af alkohol eller flere andre psykoaktive stoffer. Patienterne var på interviewtidspunktet bosat i 12 forskellige danske kommuner, der tilsammen repræsenterer alle fem kommuner.

Ud over patientinterviewene, er der foretaget 10 individuelle interviews med læger og sygeplejersker tilknyttet udredning og behandling af AKS og syv individuelle interviews med læger og sygeplejersker tilknyttet udredning og behandling af lungekræft.

Endelig er der foretaget seks dages feltarbejde på en hjertemedicinsk hospitalsafdeling og fem dages feltarbejde på tre lungemedicinske ambulatorier. Nedenstående figur viser et samlet overblik over de anvendte datakilder i Delstudie 2. En uddybende metodebeskrivelse kan findes i Bilag 12.2.1.

Figur 2 - Anvendte datakilder i Delstudie 2

1. Patientperspektiver	2. Sundhedsprofessionel- les perspektiver	3. Patienter og sundheds- professionelles praksisser og interaktioner
<ul style="list-style-type: none"> • 12 individuelle interviews med patienter • Ét interview med en pårørende • To individuelle interviews med støttekontaktpersoner 	<ul style="list-style-type: none"> • 17 individuelle interviews med læger og sygeplejersker 	<ul style="list-style-type: none"> • Seks dages feltarbejde på en hjertemedicinsk afdeling • Fem dages feltarbejde på tre lungemedicinske ambulatorier

4.3.2.2 Analyse

Individuelle interviews med patienter og sundhedsprofessionelle samt feltnoter er kodet og analyseret ved hjælp af en tematisk analysestrategi. De personer, der har deltaget i interviews, er benævnt "informanter" i analysen. En samlet oversigt over informanter findes i Bilag 12.2.1.

4.3.3 Delstudie 3 – Indsatser, der har til formål at reducere ulighed i patientforløb

Formålet med Delstudie 3 er at identificere eksempler på indsatser, som anvendes i Danmark med henblik på at reducere uligheder i patientforløbet imellem patienter med og uden psykisk lidelse. Der er særligt fokus på indsatser, som omfatter patienter med psykisk lidelse og AKS eller lungekræft. Der ønskes hermed at give et overblik over indsatser til målgruppen, der kan fungere som inspirationskatalog for interesserede aktører. Indsatserne, der er udvalgt til uddybende beskrivelse i rapporten, er identificeret igennem de to første faser, *identifikation* og *udvælgelse*, som ses i Figur 3. For en uddybende beskrivelse af identifikations- og udvælgelsesprocessen af indsatser se Figur 42 i udvidet metodebeskrivelse i Bilag 12.3.1.

4.3.3.1 Proces for identifikation af indsatser

Identifikationsfasen består af desk research, som omhandler identificering af indsatser igennem rapporter, undersøgelser og andre offentlige oplysninger, online interview med 26 fagpersoner og forskere der repræsenterer almen praksis, hospital (somatik og psykiatri) og universiteter fra alle

landets regioner, samt besvarelser fra 32 kommuner på spørgeskema udsendt til alle landets 98 kommuner. På nationalt plan er der informanter fra blandt andet Danske Regioner, Rådet for Socialt Udsatte og Danske Selskab for Almen Medicin. Alle informanter er udvalgt på baggrund af deres viden om og/eller praksisnære erfaring med målgruppen. Gennem identifikationsfasen er der identificeret 161 indsatser.

Udvælgelsesfasen er udført på baggrund af fire udvælgelseskriterier fremført i den udvidede metodebeskrivelse. Efter udvælgelsen er indsatserne beskrevet ud fra det indsamlede datamateriale, suppleret med offentligt tilgængelige informationer fra for eksempel rapporter og artikler. Der er foretaget interviews med seks informanter med indgående kendskab til indsatser, hvor der har været meget begrænset datamateriale tilgængeligt. De uddybede beskrivelser af indsatserne er sendt til personer med indgående kendskab hertil for at få verificeret beskrivelserne. I alt er 21 indsatser blevet udvalgt til uddybende beskrivelse i rapporten.

Analysefasen omfatter en kobling mellem udfordringer identificeret i interviews og indsatser. Herudfra fremkommer seks overordnede temaer, der karakteriserer centrale komponenter i indsatserne.

Figur 3 – Oversigt over proces for identifikation, udvælgelse og analyse for Delstudie 3



5 Baggrund

Mennesker med psykiske lidelser lever markant kortere liv sammenlignet med den øvrige befolkning – i gennemsnit 7-10 år for mennesker med psykiske lidelser uanset sværhedsgrad [11] og 15-20 år for mennesker med svære psykiske lidelser² [12]. Blandt andet med det formål at reducere denne forskel, indgik regeringen i 2022 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 længere [13].

Op mod 60 procent af årsager til død blandt personer med psykiske lidelser er somatiske sygdomme [14,15]. Det er påvist, at mennesker med alvorlige psykiske lidelser både har en forøget risiko for at udvikle somatiske sygdomme [16] samt en højere risiko for at dø af somatiske sygdomme såsom hjerte-kar-sygdomme, luftvejssygdomme, diabetes og kræft [17–21].

Overdødeligheden som følge af somatisk sygdom blandt mennesker med psykiske lidelse kan skyldes flere faktorer. Blandt andet kan mangelfuld psykiatrisk behandling bidrage til en nedsat opmærksomhed på fysiske symptomer på sygdom samt manglende overskud til at søge hjælp og følge behandlinger. Antipsykotisk medicin kan, på trods af medicinens gavnlige virkninger, bidrage med somatiske bivirkninger, der kan øge sygeligheden [22]. Hertil kommer, at mennesker med psykisk lidelse kan have en usund livsstil med manglende motion, overvægt og rygning [14,23] for eksempel på grund af nedsatte eksekutive funktioner³ og manglende overskud forbundet med den psykiske lidelse. Endelig kan overdødeligheden blandt mennesker med psykiske lidelser skyldes eller forstærkes af uligheder i den behandling, som patienterne modtager i det somatiske sundhedsvæsen, når de får en somatisk sygdom som eksempelvis hjertesygdom eller kræft.

5.1 Ulighed i behandling og sygdomskonsekvenser

Flere tidligere undersøgelser, herunder Behandlingsrådets analyse for 2022, peger på uligheder i den somatiske behandling af patienter med psykisk lidelse, hvis man sammenligner med patienter uden psykisk lidelse [24]. Denne ulighed kan medvirke til, at patienter med psykiske lidelser går glip af potentielle behandlingsmuligheder og/eller modtager en mindre optimal behandling for deres somatiske sygdomme. Det kan medvirke til at øge deres sygelighed samt risiko for tidlig død.

En af hovedkonklusionerne i Behandlingsrådets analyse for 2022 er, at uanset hvilken hospitalsdiagnosticeret psykisk lidelse, der er tale om, så er psykisk lidelse forbundet med en højere risiko for at dø indenfor det første år efter, at en patient har modtaget en hospitalsdiagnose i form af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), akut koronart syndrom (AKS), leversygdom, diabetes type 2, lungebetændelse, stroke, brystkræft eller lungekræft [24]. Samtidig konkluderer rapporten, at der eksisterer uligheder i diagnosticeringen og behandlingen af patienter med og uden psykisk lidelse indenfor adskillige somatiske sygdomsområder såsom hjertesygdomme, kræft, stroke og diabetes type 2 [24].

² Svære psykiske lidelser omfatter blandt andet skizofreni, bipolar lidelse og skizoaffektiv lidelse [22].

³ Eksekutive funktioner 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 adfærd [121]

I den nedenstående boks opsummeres hovedkonklusionerne fra Behandlingsrådets analyse for 2022:

Hovedkonklusioner fra Behandlingsrådets analyse 2022 [24]

Litteraturreview

- Psykisk lidelse øger risikoen for død ved et bredt spektrum af somatiske sygdomme både på kort og på lang sigt.
- Psykisk lidelse er associeret med en mindre optimal behandling i det somatiske sundhedsvæsen, ligeledes ved et bredt spektrum af somatiske sygdomme.
- Ovenstående er særligt underbygget af studier vedrørende svær psykisk lidelse.

Registerstudie

- Patienter med psykisk lidelse er, på tværs af forskellige psykiatriske hospitalsdiagnoser, i forøget risiko for at dø inden for et år efter deres første somatiske hospitalskontakt, sammenlignet med patienter med tilsvarende somatiske sygdom uden psykisk lidelse.
- Der er overordnet set ingen systematiske forskelle i hverken gennemsnitsantallet af somatiske indlæggelsesdage eller somatiske hospitalsomkostninger for patienter med somatisk sygdom og psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden samtidig psykisk lidelse.
- Disse resultater 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. De gælder ligeledes uanset patienternes geografiske bopæl og uddannelsesniveau.

5.2 Patientforløb, barrierer og indsatser

Som nævnt tidligere, supplerer denne rapport ulighedsanalysen for 2022 ved at foretage en mere dybdegående undersøgelse af, hvor i et somatisk patientforløb uligheder mellem mennesker med og uden psykisk lidelse opstår, hvilke bagvedliggende forhold, der bidrager til ulighederne, og hvilke indsatser, der eksisterer med formålet at reducere ulighederne.

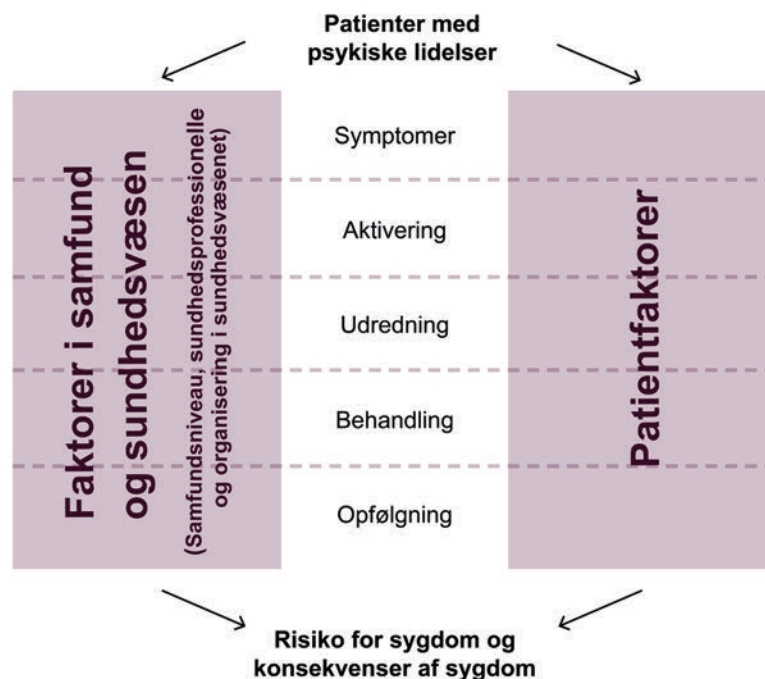
Uligheder i den somatiske behandling af mennesker med psykiske lidelser kan opstå flere forskellige steder i et patientforløb. I forbindelse med den indledende aktivering af sundhedsvæsenet kan der eksempelvis være forskel på, hvilket sygdomsstadie mennesker med og uden psykiske lidelser befinder sig i, når de henvender sig til egen læge eller videresendes til diagnostisk udredning. Det kan have betydning for, hvilken behandling patienterne kan tilbydes, og for deres sygdomsprognose. For eksempel peger flere danske undersøgelser på forsinkelser i tidspunktet for diagnosticering af somatisk sygdom blandt patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse [25–28].

Uligheder i den somatiske behandling kan også opstå i forbindelse med udredning og behandling, idet der kan være forskel på, om patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse modtager undersøgelser og behandlinger i henhold til gældende kliniske retningslinjer [24,28–30]. Endelig kan der opstå uligheder i forbindelse med efterforløb og rehabilitering, eksempelvis ved, at nogle patientgrupper mangler støtte til at kunne efterleve de givne behandlingsråd [24]. For at vide, hvor der mest hensigtsmæssigt skal sættes ind med målrettede indsatser, er det

imidlertid væsentligt at opnå mere viden om, hvor i patientforløbet uligheder i den somatiske behandling blandt patienter med og uden psykisk lidelse opstår.

I forhold til at komme uligheder i den somatiske behandling mellem patienter med og uden psykiske lidelser til livs, er det ligeledes vigtigt at komme tættere på en forståelse af, hvad der skaber ulighederne, og hvordan de skabes. Uden at gå i dybden med mulige forklaringer konkluderede Behandlingsrådets analyse fra 2022, at forklaringerne på de observerede uligheder kan være relateret både til patienten og sundhedsvæsenet (sundhedsprofessionelle og organisatorisk niveau) og/eller samspillet mellem disse [29]. Det understøttes ligeledes af et nyere systematisk review af Bentson et al., 2023 [30]. Uligheden kan altså opstå på flere forskellige niveauer i patientforløbet, hvilket er illustreret i nedenstående Figur 4. Der mangler imidlertid undersøgelser, der med udgangspunkt i det danske sundhedsvæsen ser nærmere på forhold, der kan bidrage til uligheder i behandling og sygdomskonsekvenser for patienter med psykiske lidelser.

Figur 4 – Faktorer i patientforløbet med betydning for sygdom og sygdomskonsekvenser for patienter med psykisk lidelse⁴



At mennesker med psykisk lidelse er dårligere stillet end mennesker uden psykisk lidelse, når det kommer til somatisk behandling og sygdomskonsekvenser, kalder på målrettede indsatser, som kan reducere ulighederne. Flere undersøgelser påpeger, at en målrettet indsats kan bidrage til at reducere ulighed i sundhed [9,31–33]. Det understøttes blandt andet af Sundhedsstyrelsens rapport fra 2020 *"Indsatser mod ulighed i sundhed"*, hvori behovet for indsatser fremhæves og et styrket fokus på identificering og opfølgning af somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser anbefales som et redskab til at mindske uligheden [9]. Det er dog uklart hvilke indsatser, der reelt kan være medvirkende til at reducere uligheden. Der er således brug for, at der skabes et overblik over de indsatser, der anvendes i Danmark til at reducere uligheder i den somatiske behandling mellem personer med og uden psykisk lidelse, ligesom der er behov for viden om indsatsernes virkning. Dette øger muligheden både for at udbrede allerede eksisterende virksomme indsatser, der kan bidrage til

⁴ Figuren er inspireret af figur 1 i Nielsen et.al. 2021 [122]

at reducere ulighederne i den somatiske behandling, og for at gøre brug af andres erfaringer i udviklingen af nye indsatser.

5.3 Uligheder ved AKS og lungekræft

Som tidligere nævnt, er sygdomsområderne AKS og lungekræft udvalgt som fokusområder i denne rapport, blandt andet på baggrund af resultater fra Behandlingsrådets analyse for 2022. Denne rapport viser, at patienter med AKS eller lungekræft og samtidig psykisk lidelse er blandt de patienter, som har den største risiko for at dø indenfor det første år efter diagnosticeringen med disse somatiske sygdomme. Eksempelvis har en person med skizofreni næsten dobbelt så høj risiko for at dø indenfor det første år efter diagnosticering med AKS sammenlignet med risikoen for en person uden psykisk lidelse. I forhold til lungekræft er risikoen mere end halvanden gang større [24].

Gennemgangen af danske studier i forbindelse med Behandlingsrådets analyse for 2022 viser desuden, at der i behandlingen for AKS og kræft eksisterer uligheder mellem patienter med og uden psykiske lidelser. Eksempelvis viste rapporten, at patienter med psykisk lidelse har en øget risiko for ikke at modtage rettidig diagnosticering og relevant behandling for visse kræftsygdomme. På lignende vis har flere studier på AKS-området vist uligheder i behandlingen mellem patienter med og uden svær psykisk lidelse. Det er blandt andet påvist, at patienter med skizofreni [23] og bipolar lidelse [24] i mindre grad modtager hjertemedicin i henhold til de kliniske retningslinjer efter AKS sammenlignet med patienter uden forudgående psykisk lidelse – og at de i mindre grad modtager koronarateriografi (KAG), ballonudvidelse med eller uden stentbehandling (PCI) og bypassoperation (CABG) efter AKS [23,24]. Ovenstående studier konkluderer desuden, at der fortsat mangler viden om hvor og hvorfor ulighederne opstår i disse sygdomsområder, samt hvilke tiltag, der kan bidrage til at reducere ulighederne i den somatiske behandling af AKS og lungekræft. Af den grund tager Behandlingsrådets analyse for 2023 udgangspunkt i AKS og lungekræft med henblik på mere dybdegående undersøgelser af patientforløbet, når en patient rammes af henholdsvis AKS eller lungekræft.

5.4 AKS og lungekræft – beskrivelse af patientforløb

Med henblik på at give et indblik i patientforløbet, når patienter rammes af AKS eller lungekræft, beskrives disse to somatiske sygdomsområder kort i det følgende afsnit. Ligeledes beskrives generelle træk i patientforløbene.

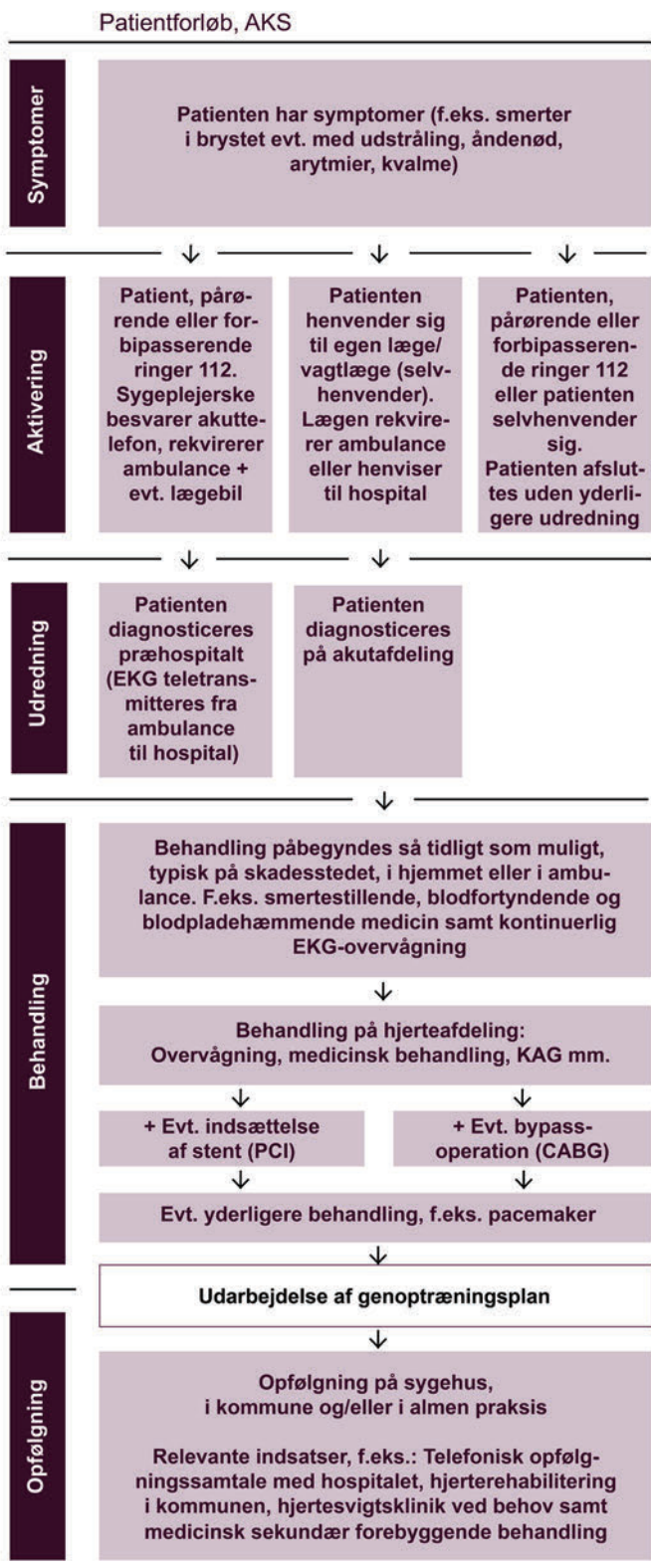
5.4.1 AKS

AKS er en forkortelse for akut koronart syndrom. AKS dækker over en gruppe tilstande, hvor de kranspulsårer, der fører blodet ind til hjertet, enten er helt (STEMI) eller delvist (non-STEMI) lukket til, hvilket betyder, at patienten har en blodprop i hjertet [1]. AKS-betegnelsen dækker også over tilstanden ustabil angina pectoris (hjerterkrampe), hvor en kranspulsåre er ved at lukke til og dermed giver akutte symptomer, men hvor der endnu ikke er patofysiologiske tegn på skade på hjertet [34].

5.4.1.1 Patientforløbet for AKS

I Figur 5 illustreres et typisk patientforløb for AKS. Når en person får symptomer på AKS, kan vedkommende, pårørende eller andre ringe 1-1-2. I få tilfælde henvender vedkommende sig til egen læge først, som efterfølgende ringer 1-1-2. Patientforløbet for AKS starter dermed som et akut forløb, hvor det er vigtigt, at udredningen og behandlingen af patienten påbegyndes så hurtigt som muligt. Behandlingen kan derfor allerede starte på eksempelvis skadesstedet, i hjemmet eller i ambulancen, ved at give blodfortyndende og/eller blodpladehæmmende medicin. Under behandlingen kan patienten undersøges for AKS via koronararteriografi (KAG), ligesom der kan behandles medicinsk. I nogle tilfælde behandles AKS med ballonudvidelse med eller uden stentbehandling (PCI) eller i sjældnere tilfælde koronar bypassoperation (CABG) [35]. Sommetider modtager patienten også en pacemaker (ICD), hvis der kan konstateres hjertestop eller ondartet hjerterytmeforstyrrelse med risiko for tilbagefald. Efter undersøgelser og behandling under indlæggelse, udskrives patienten til ambulantly opfølgning på sygehuset. Flere forskellige rehabiliteringsindsatser kan blive sat i værk. Patientforløbet for AKS kan være varierende fra patient til patient.

Figur 5 - Oversigt over patientforløbet for AKS (til højre)



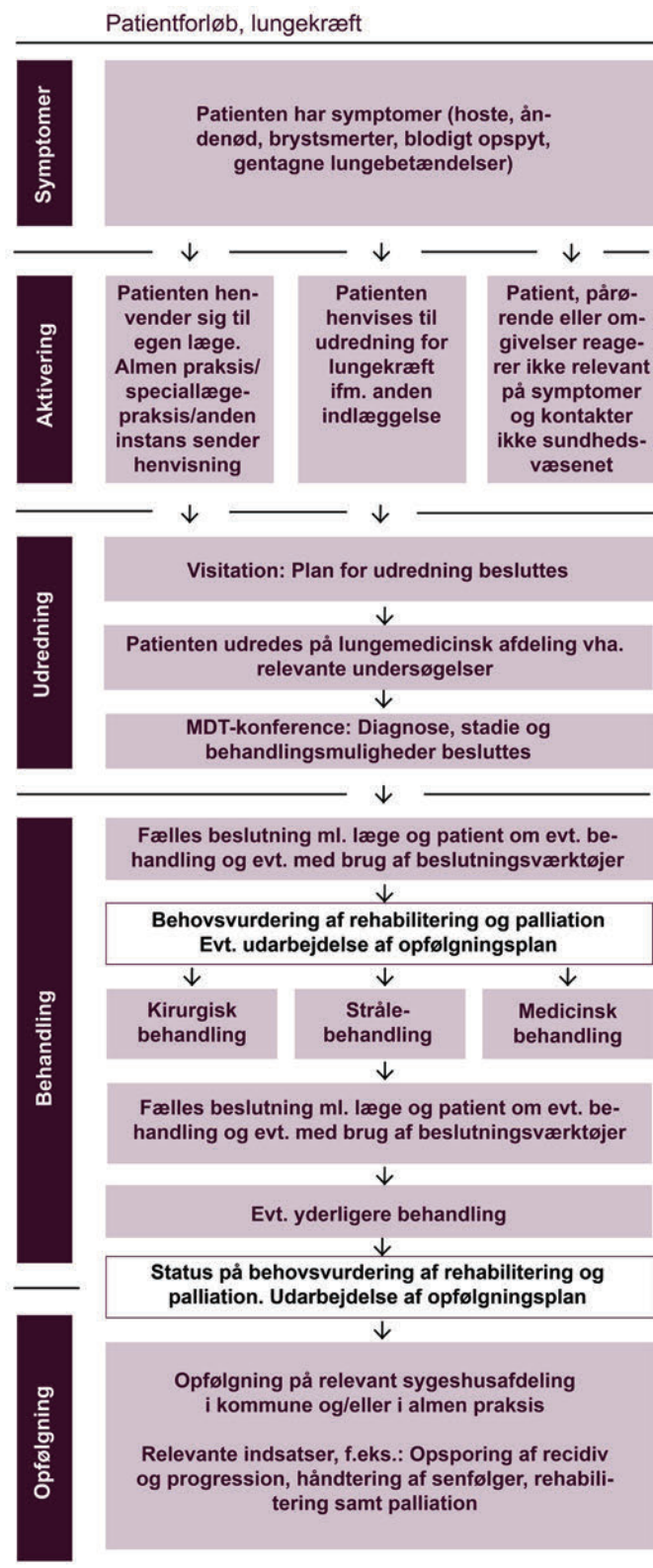
5.4.2 Lungekræft

Lungekræft er en af de hyppigste kræftformer blandt både mænd og kvinder i Danmark [36]. Lungekræft dækker over kræft opstået i én eller begge lunger samt kræft i luftrøret (meget sjælden). Lungekræft giver ofte først symptomer, når sygdommen er fremskreden, og det kan derfor være vanskeligt at opdage sygdommen i tide [37].

5.4.2.1 Patientforløbet for lungekræft

I Figur 6 illustreres et typisk patientforløb for lungekræft. Når en person får symptomer på lungekræft, er det ofte i form af tiltagende hoste, som kan være med blodigt opspyt, åndenød, træthed og vægttab [37]. Patienten kan på baggrund af symptomerne blive henvist i kræftpakkeforløb af egen læge, privat praktiserende speciallæge eller sygehuslæge i forbindelse med anden indlæggelse eller undersøgelse, hvis vedkommende opfylder en række kriterier [38]. Når patienten bliver henvist til kræftpakkeforløbet, påbegyndes udredningen typisk med blodprøver, billeddiagnostik, bronkoskopi og biopsier. Udfaldet af udredningen har stor betydning for patientens kommende behandlingsmuligheder. Diagnosen og stadiet for lungekræften fastslås på en såkaldt multidisciplinær team-konferencer (MDT). MDT-konferencer har til formål at samle en deltagerkreds med det nødvendige kendskab, ekspertise og erfaring til sikring af en høj kvalitet af diagnose, behandling og pleje [39]. Alt efter sygdomsstadie, tilbydes patienten helbredende eller lindrende, palliativ behandling, som kan være kirurgisk, medicinsk eller strålebehandling eller en kombination af behandlingerne. I et kræftpakkeforløb for lungekræft foretages der en systematisk vurdering af patientens behov for forebyggelse, rehabilitering og palliation i forbindelse med opstart og ved afslutning af behandlingsforløbet [38], hvorfor der kan være adskillige indsatser, der tages i brug. Patientforløbet for lungekræft er således komplekst, og forløbet kan i høj grad variere fra patient til patient.

Figur 6 - Oversigt over patientforløbet for lungekræft (til højre)⁵.



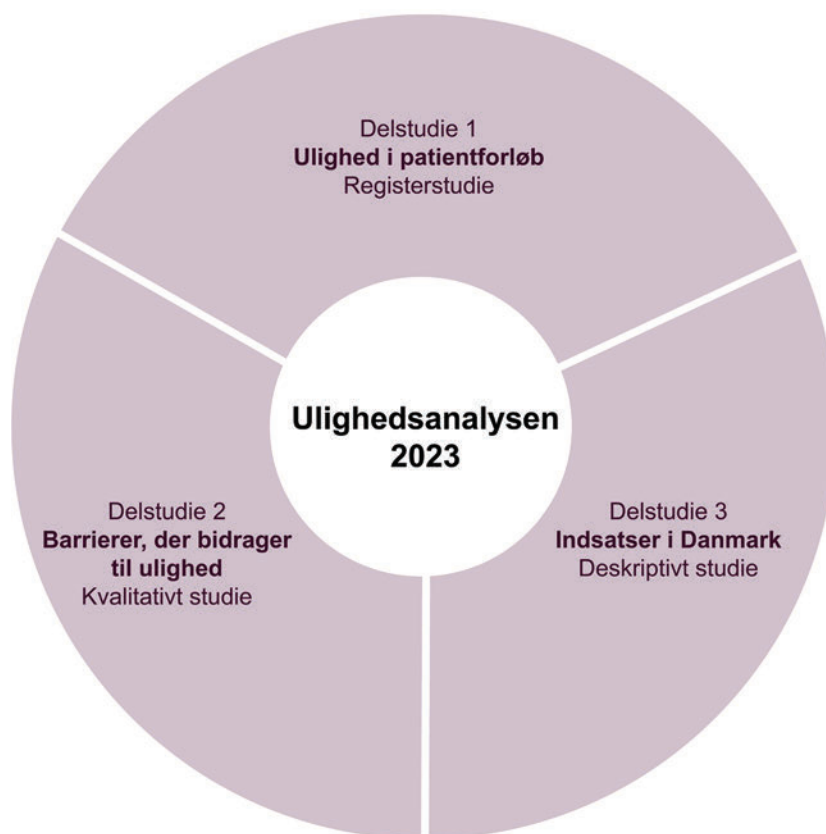
⁵ Modellen er inspireret af Sundhedsstyrelsens oversigt over pakkeforløb for lungekræft [38]

6 Formål

Det overordnede formål med Behandlingsrådets analyse for 2023 er tredelt, som det ses Figur 7. Det ønskes at belyse uligheder i det somatiske patientforløb mellem patienter med og uden psykisk lidelse, at belyse barrierer, som kan spille en rolle for at disse uligheder skabes, og at beskrive eksempler på indsatser, som allerede anvendes i Danmark med henblik på at reducere ulighederne.

Analysen tager afsæt i to forskellige somatiske patientforløb; henholdsvis ved akut koronart syndrom (AKS) og lungekræft, og sammenligner patienter med og uden psykiske lidelser. Sammen med Behandlingsrådets analyse for 2022, er det målet, at denne viden kan fungere som afsæt til udvikling og afprøvning af målrettede indsatser og udbredelse af allerede eksisterende indsatser med henblik på at reducere uligheder i den somatiske behandling af patienter med og uden psykisk lidelse i det danske sundhedsvæsen.

Figur 7 – Oversigt over analysens tre delstudier



Analysen vil belyse følgende spørgsmål:

- 1) Er der uligheder i patientforløb mellem patienter med og uden psykisk lidelse ved AKS eller lungekræft? Hvor optræder ulighederne og i hvilket omfang?
- 2) Hvilke barrierer bidrager til at uligheder mellem patienter med og uden psykisk lidelse skabes i patientforløb ved AKS eller lungekræft?
- 3) Hvilke eksempler findes der i Danmark på indsatser, der har til formål at reducere uligheder i patientforløb mellem patienter med og uden psykisk lidelse ved AKS eller lungekræft?

7 Resultater af Delstudie 1 – Uligheder i patientforløb

Dette afsnit har til formål at beskrive patientforløbet ved henholdsvis AKS og lungekræft med henblik på at identificere uligheder mellem patienter med og uden psykisk lidelse. Ulighederne i patientforløbene vurderes ud fra forskelle i udvalgte effektmål, før (op til 6 måneder), under og efter (et år) den somatiske hospitalsdiagnose. De to afsnit indledes med en beskrivelse af patientpopulationen, og efterfølgende præsenteres resultaterne relateret til uligheder i patientforløbet. Afsnittet er baseret på danske registerdata fra 2004-2020.

Opsummering

Hos patienter med AKS er psykisk lidelse forbundet med:

(sammenlignet med patienter med AKS og uden psykisk lidelse)

Dødelighed

- Større risiko for at dø året efter AKS-diagnosen

AKS-population:

- Flere somatiske sygdomme (komorbiditet) på tidspunktet, hvor patienten får AKS-diagnosen
- Lavere alder på tidspunktet, hvor patienten får AKS-diagnosen

Medicin:

- Ingen forskel eller tendens til lidt større forbrug af forebyggende hjertelateret medicin, inden patienten får AKS-diagnosen
- Mindre forbrug af hjertelateret medicin 30 dage efter AKS-diagnosen
- Mindre forbrug af hjertelateret medicin et år efter AKS-diagnosen

Invasiv behandling

- Færre invasive behandlinger

Hjerterehabilitering

- Generelt færre der gennemfører de anbefalede rehabiliteringsindsatser, særligt udtalt er der færre der gennemfører et rygestop.

Hos patienter med lungekræft er psykisk lidelse forbundet med:

(sammenlignet med patienter med lungekræft og uden psykisk lidelse)

Dødelighed

- Større risiko for at dø året efter lungekræftdiagnosen

Lungekræft-population

- Tilsvarende andel af samtidige somatiske sygdomme (komorbiditet) op til tidspunktet for lungekræftdiagnosen, udover en større andel patienter med KOL
- Tilsvarende kræftstadiet på det tidspunkt, hvor lungekræftdiagnosen stilles
- Lavere alder på det tidspunkt, hvor lungekræftdiagnosen stilles

Behandling (kræftpakkeforløb)

- Mindre sandsynlighed for at blive henvist via et kræftpakkeforløb
- Større sandsynlighed for, at et pakkeforløb afbrydes inden behandling
- Mindre sandsynlighed for at blive vurderet i stand til at gennemføre behandling
- Mindre sandsynlighed for at modtage kirurgi og kemoterapi
- Større sandsynlighed for at modtage strålebehandling
- Længere ventetid fra henvisning til opstart af behandling

Hospitalsbehandling kort tid op til død

- Mindre sandsynlighed for at modtage kemoterapi og strålebehandling,
- Mindre sandsynlighed for at have to eller flere indlæggelser op til 30 dage før død
- Mindre sandsynlighed for at dø på et hospital
- Ingen overordnet forskel i at modtage kirurgi, intensiv eller akut behandling op til 14 dage før død

Palliativ indsats

- Ingen overordnet forskel i at modtage en palliativ indsats

7.1 Uligheder i patientforløb - AKS

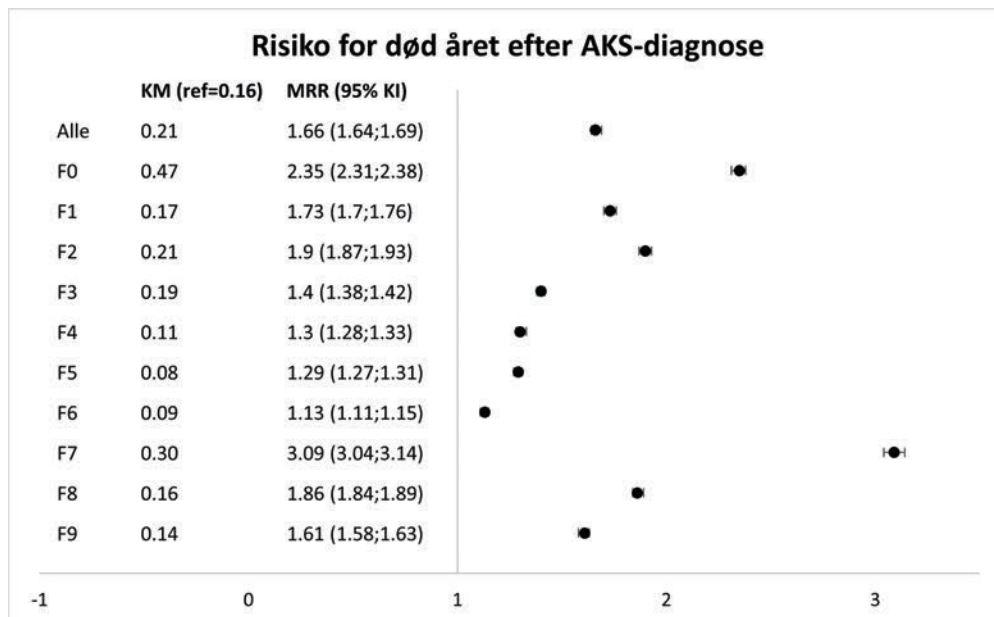
I afsnittet gives der først en opgørelse af forskelle i risikoen for at dø (mortalitet) i året efter AKS-diagnosen og en beskrivelse af patientpopulationen. Herefter beskrives resultaterne relateret til komorbiditet (risikoprofil) og kontakt til det præhospitale beredskab op til AKS-diagnosen, medicinforbrug før, under og efter diagnosticering, samt intensiv behandling efter AKS-diagnosen. Slutteligt er resultaterne relateret til hjerterehabilitering beskrevet.

7.1.1 Risiko for død

I Behandlingsrådet rapport for 2022 vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser, blev det undersøgt, om der for patienter med AKS og psykisk lidelse (opgjort på alle psykiatriske diagnosegrupper) er en øget risiko for død inden for det første år efter deres første AKS-diagnose sammenlignet med patienter uden en psykisk lidelse. Disse analyser viste, som det fremgår af Figur 8, at AKS patienter med psykisk lidelse har 66 % større risiko for at dø end patienter i gruppen uden psykisk lidelse. På tværs af de psykiatriske diagnosegrupper er der ligeledes en øget risiko for død indenfor det første år efter AKS. Særligt blandt AKS-patienter med mental retardering (F7) er risikoen for død året efter AKS, mere end tre gange så høj (mortalitets rate ratio = 3,09) sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse.

Det skal bemærkes, at det omhandler død af hvilken som helst årsag, og ikke kun AKS, samt at nogle af årsagerne ligger uden for sundhedsvæsenets direkte indflydelse. Selvom noget af denne ulighed i overdødelighed vil skyldes de forskelle som de følgende analyser belyser, er det således ikke muligt at udlede, at forskellen i dødelighed alene skyldes ulighed i patientforløbet.

Figur 8 – Forskelle (angivet i dødelighedsrate ratio – MMR, med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i risiko for at dø i året efter akut koronart syndrom (AKS) hos patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe). Justeret for køn og alder. KM = kumuleret mortalitet, KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe. Analysen er fra Behandlingsrådet rapport for 2022 vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser.



F0: Organiske psykiske lidelser

F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer

F2: Skizofrenispektrum tilstande

F3: De affektive sindslidelser

F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande

F5: Adfærdændringer 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

7.1.2 Beskrivelse af patientpopulationen

I perioden 1. januar 2004 til 31. december 2020 er der blevet identificeret 166.155 patienter, der første gang er diagnosticeret med AKS. Som det ses af Tabel 1, havde 16.017 af disse patienter en hospitalsdiagnosticeret psykisk lidelse. Der er stor forskel på antallet af patienter med AKS og psykisk lidelse mellem de forskellige psykiatriske diagnosegrupper (også benævnt F-kategorier). Der er færrest patienter med AKS i gruppen med psykiske udviklingsforstyrrelser (F8-diagnose, antal = 31) og flest i gruppen med nervøse og stress-relaterede tilstande (F4-diagnose, antal = 5.527). I forhold til kønsfordelingen udgør mænd en lidt mindre andel af den samlede gruppe med psykisk lidelse (57,0 %) sammenlignet med andelen af mænd i gruppen uden psykisk lidelse (62,6 %). Der er dog en betydelig variation i kønsfordelingen indenfor de forskellige psykiatriske diagnosegrupper. Når vi ser på alder ved AKS-diagnosen, er patienterne betydeligt yngre i mange af de psykiatriske diagnosegrupper, og det er mest udtalt i gruppen med psykiske udviklingsforstyrrelser (F8-diagnose, 45 år) sammenlignet med gruppen uden psykisk lidelse (69 år). En undtagelse er patienter med organiske psykiske lidelser (F0-diagnose), hvor alderen ved AKS-diagnose er højere (81 år). Dette kan skyldes, at denne gruppe omfatter personer med demens, en tilstand der oftest diagnosticeres i en sen alder, og at de derfor først senere kan diagnosticeres med en somatisk sygdom som AKS.

Tabel 1 – Karakteristika til beskrivelse af patientpopulationen med akut koronart syndrom (AKS). Inkluderer alle der, første gang, er diagnosticeret med AKS i perioden 2004–2020. Bemærk, at den samme patient kan have flere psykiatriske diagnoser (F-diagnoser), hvorfor summen af psykiatriske diagnoser overstiger antallet i gruppen ”Alle med mindst én psykisk lidelse”

Population:	Antal	Andel mænd	Alder ved AKS-diagnose (median)
Alle uden psykisk lidelse	150.138	62,6 %	69
Alle med mindst én psykisk lidelse	16.017	57,0 %	63
F0: Organiske psykiske lidelser	2.698	48,8 %	81
F1: Psykiske lidelser forårsaget af alkohol eller stoffer	4.551	73,5 %	59
F2: Skizofrenispektrum tilstande	1.547	57,4 %	60
F3: Affektive sindslidelser	5.024	50,0 %	65
F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande	5.527	53,0 %	58
F5: Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser	389	60,9 %	57
F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen	1.148	49,3 %	54
F7: Mental retardering	83	65,1 %	58
F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser	31	77,4 %	45
F9: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom	1.193	60,7 %	56

I de følgende afsnit præsenteres resultater, der er baseret på analyser der er justeret for udvalgte patientkarakteristika (mulige confounders⁶: Køn, alder, årstal for diagnose, uddannelse, region samt provins/opland/by). Der er ligeledes lavet ujusterede analyser, og resultaterne heraf kan findes under Bilag i afsnit 12.1.2.1 .

7.1.3 Komorbiditet op til AKS-diagnosen

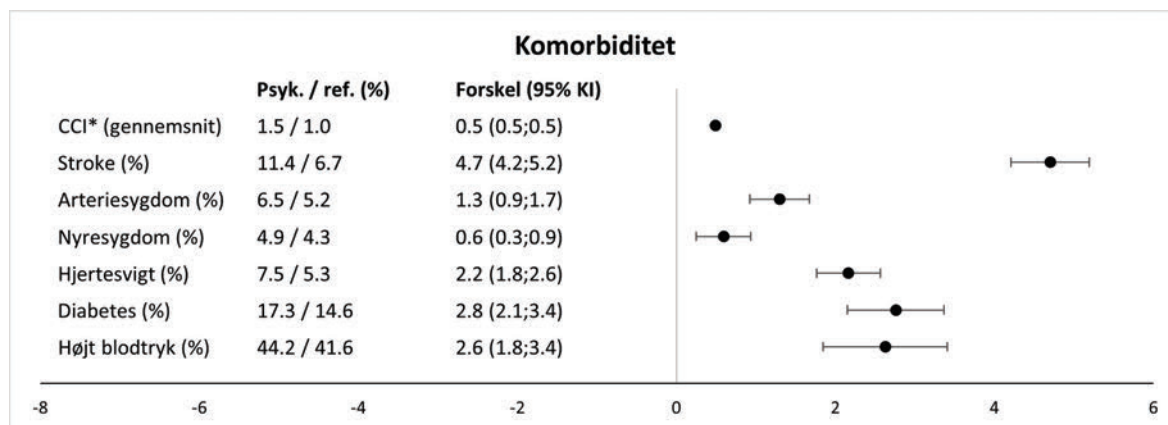
I dette afsnit præsenteres forskelle i andelen af patienter henholdsvis med og uden psykisk lidelse, der lider af anden sygdom, også kaldet komorbiditet, i perioden op til at de bliver ramt af AKS. Opførelsen af komorbiditet er baseret på hospitalsregistrerede diagnoser. Det fremgår af Figur 9, at patienter med AKS og psykisk lidelse har en Charlson Comorbidity Index (CCI⁷), der ligger 0,5 procentpoint højere på skalaen end gruppen uden psykisk lidelse. Det viser, at den samlede somatiske sygdomsbyrde er lidt højere hos denne gruppe. Det skal dog bemærkes, at både gruppen med og gruppen uden psykisk lidelse har en CCI-score, som ligger i den lave ende af skalaen, hvilket indikerer, at begge grupper i gennemsnit har en mild grad af komorbiditet. Forskellene i forekomst af de

⁶ Variabel der ikke er den primære interesse i analysen, men som kan forvirre eller forvrilde resultaterne.

⁷ Bredt anvendt værktøj, der vurderer en patients helbred ved at score tilstedeværelsen og alvoren af deres somatiske komorbiditet baseret på en lang række sygdomme. Scoren spænder fra lav (score på 0-1) (ingen/få komorbiditeter) til høj (score på 4+) (mange alvorlige komorbiditeter).

enkelte undersøgte somatiske sygdomme varierer fra 0,6 procentpoint (nyresygdom) til 4,7 procentpoint (stroke). Bemærk at en forskel i procentpoint ikke er det samme som en procentvis forskel, men angiver den direkte forskel i procentandele mellem de to grupper. Der er altså cirka et halvt procentpoint flere i gruppen med psykisk lidelse, der har haft nyresygdom, inden de får AKS. Selvom forskellene er statistisk signifikante, er forskellene således ikke markante.

Figur 9 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppen), der har flere samtidige somatiske sygdomme (komorbiditet) op til seks måneder før debut af akut koronart syndrom. Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. *Charlson Comorbidity Index Score, Ref. = referencegruppe, KI = konfidensinterval.

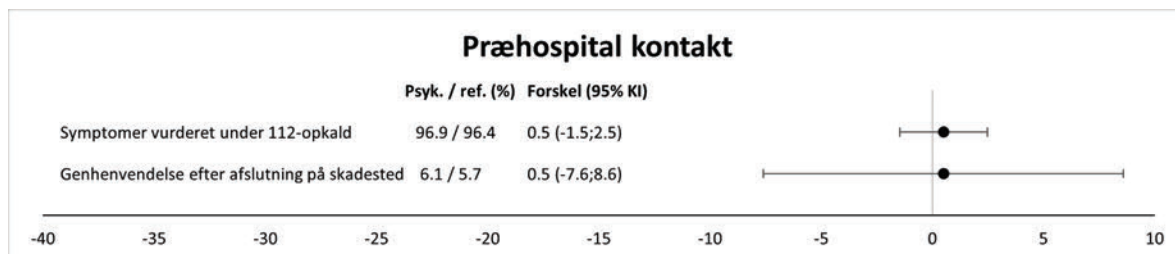


Resultaterne for hver af de psykiatriske diagnosegrupper fremgår under Bilag i afsnit 12.1.2.1 . Her ses det, af de enkelte psykiatriske diagnosegrupper overordnet set følger det samme mønster, som den samlede gruppe med psykiske lidelser; det vil sige, at der er en større andel, der har en af de undersøgte somatiske sygdomme i perioden, inden de udvikler AKS. Den eneste gruppe, hvor der ses en statistisk signifikant lavere grad af komorbiditet, er patienter med psykiske udviklingsforstyrrelser (F8), hvor 2,1 procentpoint færre er diagnosticeret med perifer arteriel sygdom. For alle andre grupper er der ensartet eller øget risiko for komorbiditet på tværs af alle de undersøgte somatiske sygdomme. Risikoen for stroke er særligt udtalt, hvor 8,2 procentpoint flere i gruppen med organiske psykiske lidelser (F0) har denne tilstand.

7.1.4 Præhospital indsats

I det følgende ses resultaterne for den præhospital indsats, inden indlæggelsestidspunktet, for patienter med AKS henholdsvis med og uden psykisk lidelse. Kun 3.074 af AKS patienterne var registreret med en eller flere kontakter i Præhospitalsdatabasen inden for syv dage før deres indlæggelse med AKS, heriblandt 361 patienter med psykisk lidelse og 2.713 uden. I Figur 10 ses forskellen i andelen af patienter, som i forbindelse med henvendelse til det præhospitalt beredskab inden for syv dage før deres indlæggelse med AKS, har fået deres symptomer formelt vurderet og klassificeret i henhold til gældende nationale retningslinjer. Endvidere viser figuren forskellen i andelen af patienter, som inden for syv dage før deres indlæggelse med AKS, genhenvender sig til det præhospitalt beredskab indenfor 24 timer efter, at de er blevet afsluttet på skadestedet. For begge af de ovenstående effektmål for den præhospital indsats, ses der ingen signifikant forskel mellem patienter henholdsvis med og uden psykisk lidelse. De inkluderede mål for den præhospital indsats belyser primært organisatoriske strukturer, og resultaterne kan ikke direkte belyse, hvorvidt der er ulighed i den kliniske kvalitet af indsatsen. På baggrund af de få registrerede patienter i Præhospitalsdatabasen, er de præhospitalt kontakter ikke opgjort i henhold til de enkelte psykiatriske diagnosegrupper.

Figur 10 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppen) der op til syv dage før indlæggelsen med AKS-diagnosen har henholdsvis fået deres symptomer vurderet under 112-opkald og patienter der genhenvender sig efter afslutning på skadested. Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Ref. = referencegruppe, KI = konfidensinterval.

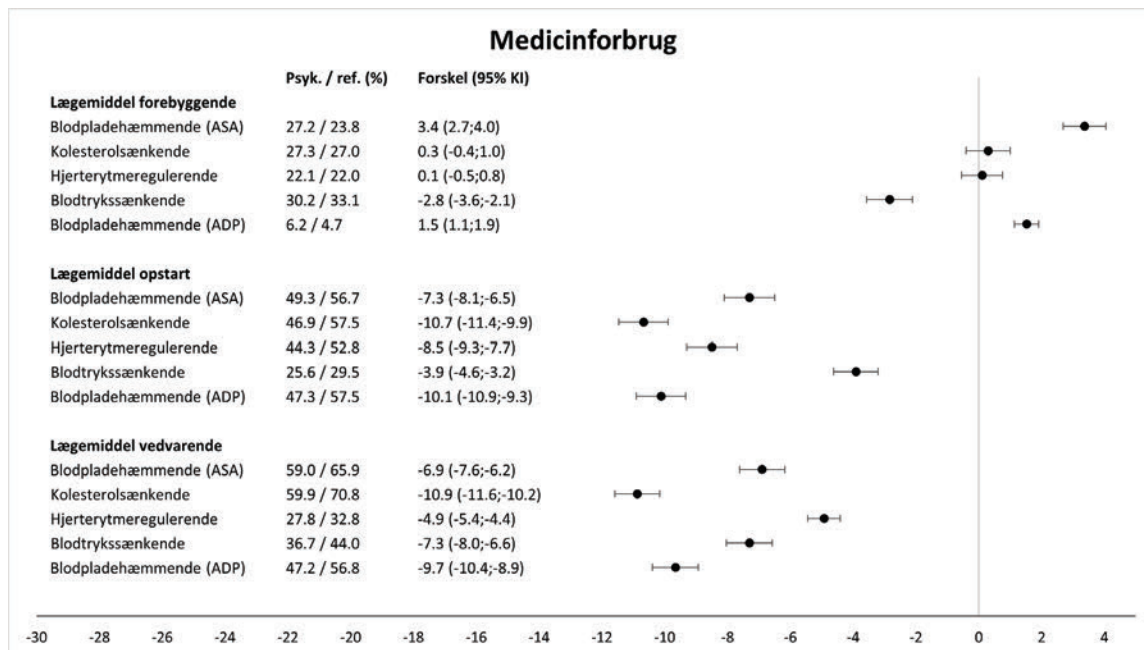


7.1.5 Medicinforbrug

I det følgende ses resultaterne for forskelle i andelen af patienter henholdsvis med og uden psykisk lidelse, der indløser en recept på hjertemedicin før, under og efter, at de bliver ramt af AKS. Medicinforbruget omfatter i dette afsnit blodpladehæmmende-, kolesterolsænkende-, hjerterytmeregulerende- og blodtryksænkende medicin⁸, og gives for at reducere risikoen for, at AKS opstår (forebyggende), og for at sænke risikoen for gentagelse eller forværring af sygdommen. I øverste del af Figur 11 fremgår forskellene i forbruget af lægemidler givet med et forebyggende sigte op til seks måneder før AKS-diagnosen. Blandt gruppen med psykisk lidelse får 3,4 procentpoint flere blodpladehæmmeren acetylsalicylsyre (ASA), og 1,5 procentpoint flere får blodpladehæmmeren adenosindiphosphat (ADP) sammenlignet med gruppen uden psykisk lidelse. Selvom forskellene er statistisk signifikante, er der tale om små forskelle mellem grupperne. Der er ingen signifikant forskel på at få kolesterolsænkende og hjerterytmeregulerende medicin, mens 2,8 procentpoint færre fik blodtryksænkende medicin i gruppen med psykisk lidelse. I midten af Figur 11 præsenteres resultaterne for medicinopstart, det vil sige den medicin, som patienten får inden for 30 dage efter, at AKS-diagnosen er stillet. Personer med psykisk lidelse opstarter i mindre grad behandling med alle de pågældende præparater, og den største forskel ses for kolesterolsænkende medicin, hvor 10,7 procentpoint færre personer med psykiske lidelser opstarter behandling sammenlignet med personer uden psykisk lidelse. Nederst i Figur 11 ses, at personer med psykiske lidelser er mindre tilbøjelige til at være i relevant medicinsk behandling et år efter AKS-diagnosen er stillet. Den største forskel ses igen for kolesterolsænkende medicin, hvor 10,9 procentpoint færre med psykiske lidelser er i behandling efter et år sammenlignet med personer uden psykisk lidelse.

⁸ Ifølge retningslinjerne fra Dansk Cardiologisk Selskab består efterbehandling efter AKS af blodpladehæmmende medicin, herunder livslang behandling med blodpladehæmmeren acetylsalicylsyre (ASA) og med kolesterolsænkende medicin (statiner), samt mindst 12 måneders behandling med blodpladehæmmeren adenosindiphosphat (ADP) [123]. Behandling med præparater, der kan nedsætte hjerterefrekvensen (betablokkere) og behandling med blodtryksænkende medicin (ACE-hæmmere/angiotensin-II-receptorblokkere) anbefales ligeledes til de fleste AKS-patienter.

Figur 11 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der får udvalgt medicin op til seks måneder før akut koronart syndrom (AKS) diagnosen (forebyggende), inden 30 dage (opstart) og 12 måneder efter diagnosen (vedvarende). Resultaterne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Ref. = referencegruppe, KI = konfidensinterval. ASA = acetylsalicylsyre, ADP = adenosindiphosphat



Medicinforbrug opgjort på de forskellige psykiatriske diagnosegrupper, findes under Bilag i afsnit 12.1.2.1 og viser, at det overordnede mønster genfindes for forskellige diagnosegrupper: Det vil sige, at patienter med psykiske lidelser oftere er i behandling med forebyggende medicin på AKS-diagnosetidspunktet, med undtagelse af blodtrykssænkende medicin, sammenlignet med patienter uden psykiske lidelser. De største signifikante forskelle ses hos patienter med organiske psykiske lidelser (F0), hvor eksempelvis 6,9 procentpoint færre anvender blodtrykssænkende præparater før AKS end hos gruppen uden psykiske lidelser, og hos patienter med forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd (F6), hvor 4,5 procentpoint flere bruger blodpladehæmmende acetylsalicylsyre (ASA) før AKS. Ved opstart af medicin efter AKS, observeres der hos patienter med mental retardering (F7) de mest markante forskelle med 22,8 procentpoint færre, der starter blodpladehæmmende (ADP) medicin og 21,1 procentpoint færre, der starter behandling med kolesterolsænkende medicin. Ved vedvarende brug af medicin 12 måneder efter AKS, ses der for denne gruppe også en signifikant lavere andel af kolesterolsænkende medicin på 22,1 procentpoint og for blodpladehæmmende ADP-præparater på 20,9 procentpoint.

7.1.6 Invasiv behandling

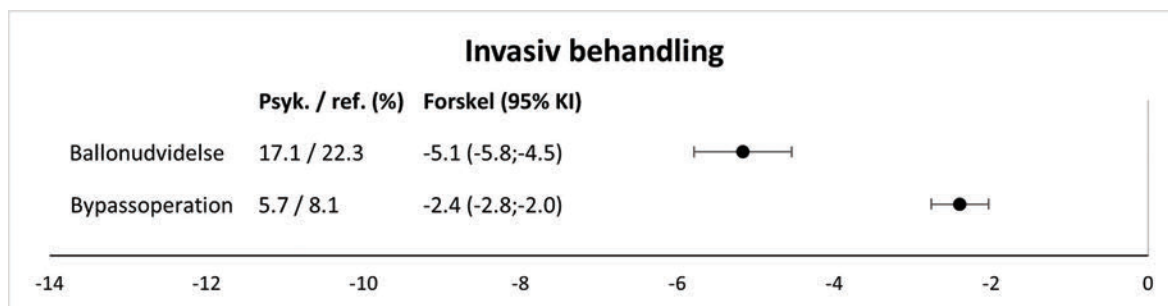
Invasiv behandling⁹ omfatter ballonudvidelse med eller uden stentbehandling og koronar bypass-operation. Beslutning om valg af behandling – ballonudvidelse, bypassoperation eller ikke-invasiv behandling som medicin og livsstilsændringer – afhænger af flere faktorer såsom patientens overordnede sundhedstilstand og sygdommens sværhedsgrad. For eksempel kan sværhedsgraden af

⁹ Invasiv behandling af AKS består primært af ballonudvidelse med eller uden stentbehandling (PCI) og koronar bypassoperation (CABG). Ballonudvidelse involverer indføring af et kateter og en ballon via håndledet eller lysken og er særlig effektiv tidligt efter symptomstart. Bypassoperation, hvor brystkassen åbnes for at omgå de forsnævrede arterier, anvendes, når PCI ikke er mulig eller ved omfattende åreforsnævring.

samtidige sygdomme, resultere i at risikoen ved en invasiv behandling er for høj. Forskelle i brugen af invasive procedurer efter AKS kan skyldes en velbegrunderet vurdering af, at patientens prognose er bedre uden, eller det kan skyldes forskelle i sværhedsgraden af sygdommen hos de to forskellige grupper.

I det følgende præsenteres resultaterne for forskelle i andelen af patienter med og uden psykisk lidelse, der modtager invasiv behandling efter de får diagnosen AKS. Det fremgår af Figur 12, at der er forskelle i andelen af patienter, der gennemgår invasiv behandling efter at have fået diagnosticeret AKS. Blandt gruppen med psykisk lidelse får 5,1 procentpoint færre ballonudvidelse med eller uden stentbehandlinger sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse, og lidt færre (2,4 procentpoint) får en bypassoperation.

Figur 12 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppen) der modtager invasive behandling efter akut koronart syndrom (AKS). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Ballonudvidelse omfatter med og uden stentbehandling. Ref. = referencegruppe, KI = konfidensinterval.



Alle de psykiatriske diagnosegrupper har samme eller lavere sandsynlighed for at modtage en invasiv behandling i form af ballonudvidelse med eller uden stentbehandling eller bypassoperation sammenlignet med gruppen uden psykisk lidelse. Gruppen med den laveste sandsynlighed for at modtage ballonudvidelse med eller uden stentbehandling efter AKS er patienter med mental retardering (F7), hvor 11,9 procentpoint færre fik ballonudvidelse med eller uden stentbehandling efter AKS. Gruppen med den laveste sandsynlighed for at modtage bypassoperation efter AKS er også patienter med mental retardering (F7), hvor 6,1 procentpoint færre fik dette indgreb. De samlede resultater for de psykiatriske diagnosegrupper findes under Bilag i afsnit 12.1.2.1

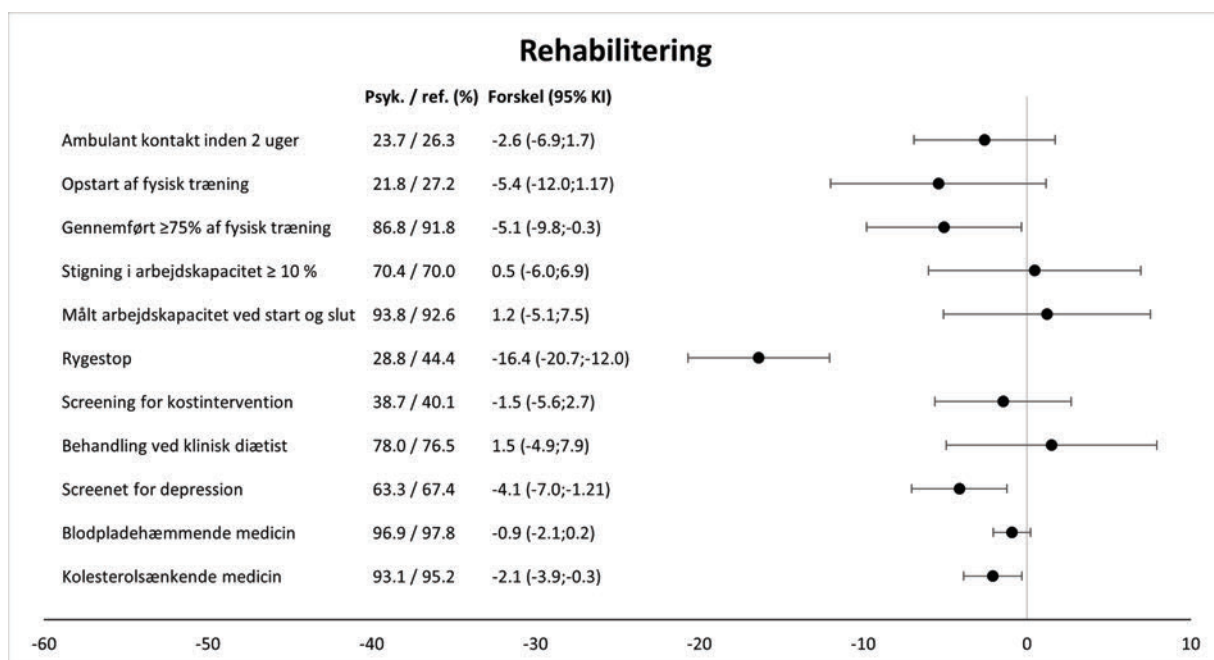
7.1.6.1 Afgrænset analyse hos patienter med blodprop i hjertet

For at undersøge om de observerede forskelle i behandlingen afhænger af AKS-diagnosens validitet, er der lavet en afgræsning af populationen til de patienter, hvor AKS er forårsaget af en blodprop i hjertet (STEMI/non-STEMI) (64,9 % af AKS-patienterne), og en yderligere afgræsning til de patienter med blodprop i hjertet, der modtog ballonudvidelse med eller uden stentbehandling (19,8 % af patienter med AKS). Resultaterne for disse analyser fremgår af Bilag 12.1.2.1. Analysen viser, at forskelle i komorbiditet, medicinbrug og invasive behandling blandt AKS-patienter med blodprop er lignende de forskelle, der ses i ovenstående analyser for den samlede gruppe af patienter med AKS. Blandt patienterne med blodprop i hjertet, der blev behandlet med ballonudvidelse med eller uden stentbehandling, er forskellene i opstart og vedligeholdelse af medicinsk behandling mindre markante sammenlignet med den samlede gruppe af AKS-patienter.

7.1.7 Hjerterehabilitering

I det følgende ses resultaterne for hjerterehabilitering blandt patienter med AKS henholdsvis med og uden psykisk lidelse. Data om rehabilitering er registreret fra 2015 og 11.909 af AKS patienterne kunne findes med registrerede kontakter i Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase, heriblandt 1.039 patienter med psykisk lidelse og 10.870 uden. I Figur 13 præsenteres resultaterne for hjerterehabilitering, det vil sige de indsatser, som anbefales, at patienten modtager efter at AKS-diagnosen er stillet, med henblik på at forbedre patientens fysiske og psykiske funktionsniveau. Generelt er der kun mindre forskelle i andelen af patienter med psykisk lidelse, som modtager den anbefalede hjerterehabiliteringsindsats, som for eksempel 5,1 procentpoint færre patienter, der gennemfører mere end 75 % af den fysiske træning, og 4,1 procentpoint færre, der bliver screenet for depression. Dog bemærkes, at en markant lavere andel af rygere, hele 16,4 procentpoint blandt patienter med psykisk lidelse, er ophørt med at ryge ved afslutning af rehabiliteringsforløbet sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse. På baggrund af de få registrerede AKS patienter i hjerterehabiliteringsdatabase, er hjerterehabilitering ikke opgjort i henhold til de enkelte psykiatriske diagnosegrupper.

Figur 13 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppen) der er registreret med opfyldelse af mål for rehabilitering efter akut koronart syndrom (AKS). Estimatene er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Ref. = referencegruppe, KI = konfidensinterval



7.2 Delkonklusion – Delstudie 1, AKS

Patienter med AKS og psykisk lidelse har generelt en lidt større andel af somatiske sygdomme (komorbiditet), når de rammes af AKS, end patienter uden psykiske lidelser. Dette stemmer overens med, at de også får lidt mere forebyggende medicin, der gives ved identifikation af disse sygdomme. Patienter med psykisk lidelse starter og følger i mindre grad medicinsk behandling efter AKS-diagnosen som anbefales i de kliniske retningslinjer. Årsagen til forskelle i medicinforbrug efter AKS kan ikke afklares i dette registerstudie, men kan skyldes, at lægerne ikke udskriver medicinen, eller at patienterne ikke indløser recepten på apoteket. Forskelle i brug af forebyggende medicinsk behandling efter AKS kan spille en væsentlig rolle for overdødeligheden af personer med psykiske lidelser.

Patienter med psykisk lidelse modtager i mindre grad invasiv behandling, særligt ballonudvidelse (PCI), men der findes samme tendens til nedsat anvendelse af bypassoperation. Delstudie 1 kan ikke afdække årsagen til dette fund, men det kan skyldes, at patienterne siger nej tak til behandlingen, eller at lægerne vurderer, at risikoen er for høj ved sådanne indgreb, på baggrund af komorbiditet. Det ses, at personer med psykiske lidelser får mere hjertemedicin, når de debuterer med AKS, som kan indikere mere somatisk sygdom eller større risiko herfor. Men både patienter med og uden psykisk lidelse har overordnet en lav CCI-score. Det skal bemærkes, at overvægt ikke er inkluderet i CCI-beregningen, og denne faktor kan have betydning for beslutningen om at tilbyde invasive behandling.

Efter den akutte fase, tilbydes hjerterehabilitering for at forbedre patientens fysiske og psykiske funktionsniveau, samt forebygge nye tilfælde af AKS. Her gennemfører færre patienter med psykisk lidelse de anbefalede indsatser, særligt udtalt er der en lavere andel af rygere blandt patienter med psykisk lidelse, der stopper med at ryge ved afslutning af rehabiliteringsforløbet, sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse.

Da patienter med psykiske lidelser samtidigt har en markant dårligere prognose efter AKS, ville det mest lighedsskabende være, at de ikke blot modtog samme, men i særlig grad mere, efterbehandling, end patienter uden psykisk lidelse. Men analysen viser, at det modsatte sker. Overordnet set viser resultaterne, at mennesker med psykiske lidelser modtager mindre medicinsk behandling efter AKS og i mindre grad tilbydes invasive procedure, samt færre der generelt gennemfører de forskellige hjerterehabiliteringsindsatser sammenlignet med mennesker uden psykiske lidelser. Dette kan bidrage til at forklare den dårligere langtidsprognose og øgede dødelighed.

Det fremgår, at sammenhængen er særligt markant for patienter med mental retardering (F7), både med hensyn til medicin og invasiv behandling og med hensyn til risikoen for at dø indenfor et år efter AKS. Det indikerer, at denne patientgruppe har et særligt behov for en målrettet indsats.

Supplerende analyser af patientgruppen med blodprop i hjertet viser, at de samme forskelle er gældende som for den samlede AKS-gruppe. Blandt patienter, som også behandles med ballonudvidelse, er forskellene i opstart og vedligeholdelse af medicinsk behandling fortsat til stede, men er mindre markante sammenlignet med den samlede AKS-gruppe.

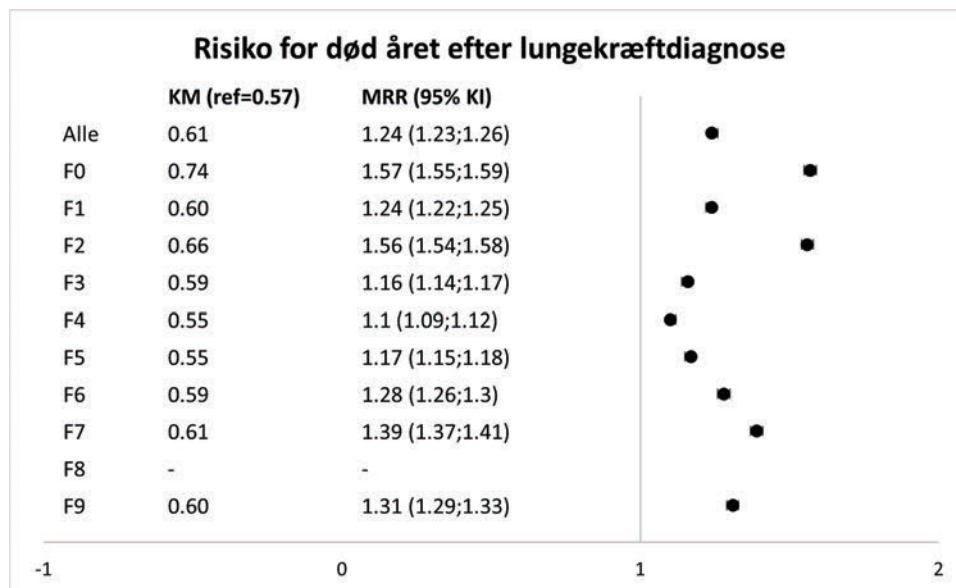
7.3 Uligheder i patientforløb - Lungekræft

I dette afsnit undersøges uligheder i patientforløb for personer med lungekræft. I afsnittet gives der først en opgørelse af forskelle i risikoen for at dø (mortalitet) i året efter lungekræftdiagnosen og en beskrivelse af patientpopulationen. Dernæst fokuseres der på uligheder ved adgang til behandling, udredning og selve behandlingsforløbet, hvilket analyseres ved at se på forskelle i kræftpakkeforløbene. Herefter rettes opmærksomheden mod uligheder i patienternes sidste levetid, med særligt fokus på overbehandling og adgang til specialiseret palliativ indsats (SPI).

7.3.1 Risiko for død

I Behandlingsrådet rapport for 2022 vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser, blev det undersøgt, om der for patienter med lungekræft og psykisk lidelse (opgjort på alle diagnosegrupper) er en øget risiko for død inden for det første år efter deres første hospitalsdiagnose sammenlignet med patienter uden en psykisk lidelse. Som det fremgår af Figur 14, er risikoen for at dø i året efter lungekræft betydelig forøget for gruppen med psykisk lidelse, der har 24 % større risiko for at dø end patienter i gruppen uden psykisk lidelse. På tværs af de psykiatriske diagnosegrupper er der ligeledes en øget risiko for død inden for det første år efter lungekræft. Særligt blandt lungekræftpatienterne med organiske psykiske lidelser (F0) er risikoen for død året efter diagnosceringen af lungekræft høj, de har 57 % større risiko sammenlignet med patienterne uden psykisk lidelse.

Figur 14 – Forskelle (angivet i dødelighedsrate ratio – MMR, med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i risiko for at dø i året efter lungekræftdiagnose hos patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe). Estimerne er justeret for køn og alder. Det har ikke været muligt at opgøre resultater på F8 kategorien, grundet meget få antal i gruppen (angivet med - i figuren). KM = kumuleret mortalitet, KI = konfidensinterval, MMR = dødelighedsrate ratio, Ref. = referencegruppe. Analysen er fra Behandlingsrådet rapport for 2022 vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser.



F0: Organiske psykiske lidelser

F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer

F2: Skizofrenispektrum tilstande

F3: De affektive sindslidelser

F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande

F5: Adfærd ændringer 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

Det skal bemærkes, at det omhandler død af hvilken som helst årsag, og ikke kun lungekræft, samt at nogle af årsagerne ligger uden for sundhedsvæsenets direkte indflydelse. Selvom følgende analyser belyser mulige årsagssammenhænge til denne ulighed i overdødelighed, er det således ikke muligt at udlede, at forskellen i dødelighed alene skyldes ulighed i patientforløbet.

7.3.2 Kræftpakkeforløb

Til disse analyser er der anvendt to forskellige populationer. Den første analyse omhandler kræftpakkeforløb. Pakkeforløbene blev endeligt implementeret i 2009, men det blev først obligatorisk at registrere specifikke målepunkter i kræftforløbene i 2012. Til denne analyse er der derfor anvendt en population bestående af patienter, der har fået en lungekræftdiagnose i perioden 2012-2020. Den anden analyse omhandler hospitalsbehandling og palliativ behandling i tiden op til døden. Til denne er der anvendt data fra en anden population, som omfatter patienter, der er døde af lungekræft i perioden 2004-2020.

7.3.2.1 Patientpopulation til analyse af kræftpakkeforløb

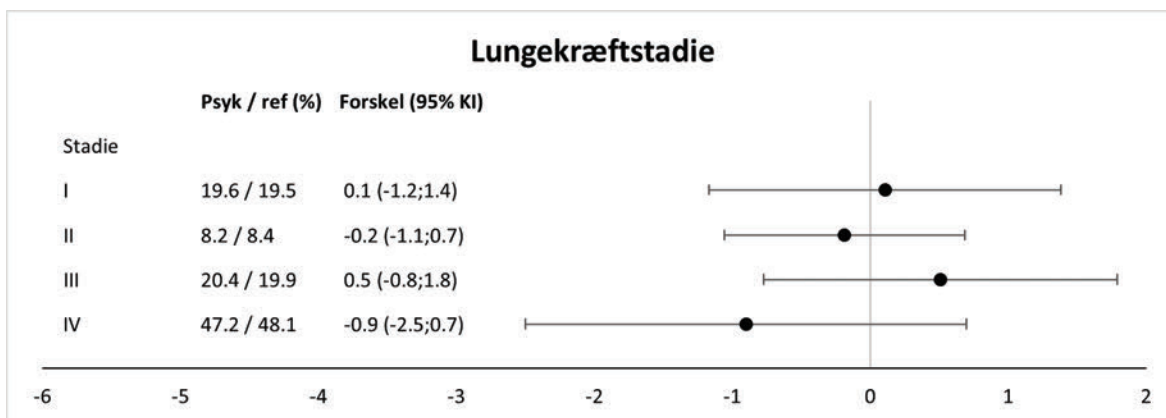
I perioden 1. november 2012 til 31. december 2020 blev der i alt diagnosticeret 41.424 personer med lungekræft. Som det fremgår af Tabel 2, havde 36.629 af disse patienter ikke en psykisk lidelse, og 4.795 havde mindst en psykisk lidelse. Antallet af patienter med lungekræft og psykisk lidelse varierer betydeligt mellem de forskellige psykiatriske diagnosegrupper (F-kategorier). Der er færrest patienter med lungekræft i gruppen med mental retardering (F7-diagnose, antal = 16) og flest i gruppen med psykisk lidelse forårsaget af alkohol og stoffer (F1-diagnose, antal = 2.007). Kønsfordelingen varierer også mellem de forskellige psykiatriske diagnosegrupper, med færrest mænd i gruppen med forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen (F6-diagnose, 31,6 %) og flest i gruppen med psykiske lidelser forårsaget af alkohol og stoffer (F1-diagnose, 60,1 %). Der er en mindre variation i kønsfordelingen mellem gruppen med (47,1 % mænd) og uden psykisk lidelse (50,1 %). I mange af de psykiatriske diagnosegrupper er patienterne betydeligt yngre, når de diagnosticeres med lungekræft. Det er mest markant i gruppen med mental retardering (F7-diagnose, 60 år) og i gruppen med forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen (F6-diagnose, 61 år), sammenlignet med gruppen uden psykisk lidelse (72 år). En undtagelse er patienter med organiske psykiske lidelser (F0-diagnose), hvor medianalderen ved lungekræftdiagnose er højere (75 år). Dette kan skyldes, at denne gruppe ofte omfatter patienter med demens, en tilstand der oftest diagnosticeres i en senere alder, og at de derfor først senere kan diagnosticeres med en fysisk sygdom som lungekræft. Graden af komorbiditet, målt ved CCI, er for både gruppen uden og med psykisk lidelse oftest 1, hvilket indikerer en lav grad af komorbiditet. Gruppen med organiske psykiske lidelser (F0) og psykiske lidelser forårsaget af alkohol og stoffer (F1) har en højere grad af komorbiditet med en CCI-score på 2. Udover den generelle komorbiditet, er andelen af lungekræftpatienter der også er diagnosticeret med KOL indenfor 10 år før lungekræftdiagnosen blevet opgjort blandt patienter med og uden psykisk lidelse. Blandt patienter med psykisk lidelse har 4,1 procentpoint flere en KOL-diagnose sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse. Ved opgørelse inden for de psykiatriske diagnosegrupper er forskellen i forekomst af KOL mest markant for gruppen med forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen (F6), hvor 7,3 procentpoint flere har en KOL-diagnose sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse. De samlede resultater for de psykiatriske diagnosegrupper findes under Bilag i afsnit 12.1.2.2

Tabel 2. Karakteristika til beskrivelse af patientpopulationen diagnosticeret med lungekræft. Inkluderer alle der er diagnosticeret i perioden 1. november 2012 til 31. december 2020. Bemærk at den samme godt kan have flere psykiatriske diagnoser, hvorfor summen af F-diagnoser overstiger antallet i gruppen "Alle med mindst én psykisk lidelse". Antallet af patienter med lungekræft og F8-diagnose er for lavt til at der kan laves udtræk fra Danmarks Statistik og derfor er det ikke opgjort. CCI = Charlson Comorbidity Index score.

Population	Antal	Andel mænd	Alder ved lungekræft diagnose (median)	CCI (median)
Uden psykisk lidelse	36.629	50,1 %	72	1
Alle med mindst én psykisk lidelse	4.795	47,1 %	67	1
F0: Organiske psykiske lidelser	538	53,7 %	75	2
F1: Psykiske lidelser forårsaget af alkohol eller stoffer	2.007	60,1 %	66	2
F2: Skizofrenispektrum tilstande	507	50,7 %	64	1
F3: Affektive sindslidelser	1.417	35,3 %	68	1
F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande	1.523	35,8 %	65	1
F5: Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser	97	46,4 %	66	1
F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen	269	31,6 %	61	1
F7: Mental retardering	16	37,5 %	60	1
F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser	-	-	-	-
F9: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom	359	44,6 %	63	1

Kræftstadiet på diagnostetidspunktet for lungekræftpatienterne er blevet opgjort for patienter med og uden psykiske lidelser. Det fremgår af Figur 15, at kræftstadiet ved diagnosticering af lungekræft ikke adskiller sig markant mellem patienter med og uden psykiske lidelser. Det skal dog bemærkes, at lungekræftpatienterne med mental retardering (F7) i 18,6 procentpoint færre tilfælde diagnosticeres med kræftstadiet I og 7,9 procentpoint færre tilfælde diagnosticeres med kræftstadiet II, og dermed er tilbøjelige til først at blive diagnosticeret med et af de sværere kræftstadier end patienter uden psykiske lidelser. De samlede resultater for de psykiatriske diagnosegrupper findes under Bilag i afsnit 12.1.2.2.

Figur 15 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppen), som har kræftstadiet I-IV ved lungekræftdiagnosen. Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Ref. = referencegruppe, KI = konfidensinterval



I de følgende afsnit præsenteres de resultater, der er baseret på analyser justeret for udvalgte patientkarakteristika (køn, alder, årstal for diagnose, uddannelse, region samt provins/opland/by). Der er ligeledes lavet ujusterede analyser, og resultaterne herfra kan findes under Bilag i afsnit 12.1.2.2.

7.3.2.2 Henvisning via kræftpakke

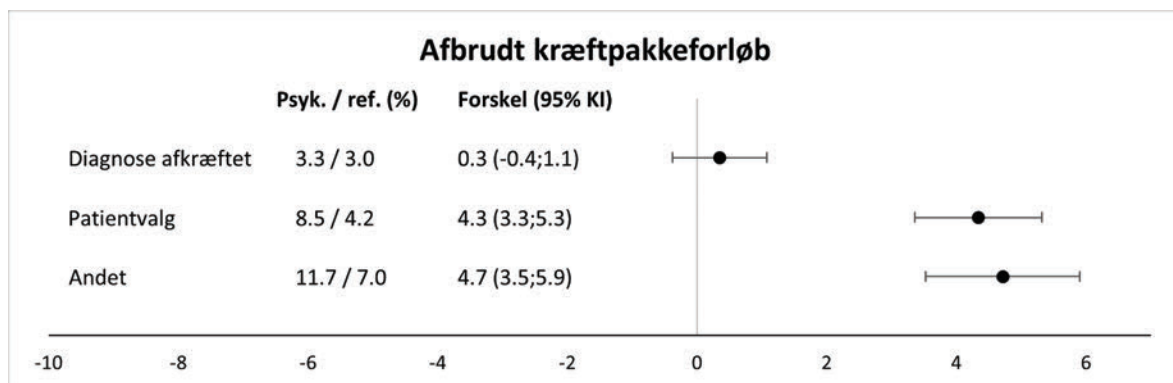
I det følgende præsenteres forskelle i andelen af patienter henholdsvis med og uden psykisk lidelse, der bliver henvist til udredning og behandling via kræftpakke. Pakkeforløbene har vist sig effektive og været med til at skabe hurtigere og veltilrettelagte forløb for en række patienter [40]. Det må derfor antages, at det er en fordel for patienter, for hvem der foreligger mistanke om lungekræft, at de henvises via et kræftpakkeforløb. Andelen, der blev henvist via kræftpakkeforløb blandt gruppen uden psykisk lidelse, var 64,3 % mens andelen blandt gruppen med psykisk lidelse var 61,2 %. Forskellen på andelen var således statistisk signifikant med en forskel på 3,1 procentpoint.

Alle personer i de forskellige psykiatriske diagnosegrupper havde samme eller lavere andel, der bliver henvist via et kræftpakkeforløb som andelen af personer uden psykiske lidelser. Mest markant er forskellen i risikoen for ikke at blive henvist via pakkeforløb for gruppen med organiske psykiske lidelser (F0), hvor 9,2 procentpoint færre blev henvist via forløbet. De samlede resultater for de psykiatriske diagnosegrupper findes under Bilag i afsnit 12.1.2.2

7.3.2.3 Afbrudte kræftpakkeforløb

Som det fremgår af Figur 16 er der ikke en statistisk signifikant forskel i andelen (0,3 procentpoint), hvor diagnosen afkræftes i henholdsvis gruppen med og uden psykisk lidelse. Derimod er der en større andel på 4,3 procentpoint i gruppen af personer med psykiske lidelser, der selv vælger at afbryde deres forløb. Desuden er der en større andel (4,7 procentpoint) i gruppen med psykiske lidelser i kategorien 'andet', hvilket hovedsageligt indebærer, at forløbet afbrydes af hospitalet på grund af patientens gentagne udeblivelser.

Figur 16 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppen), hvis kræftpakkeforløb afbrydes inden behandling enten fordi diagnosen afkræftes, på grund af patientønske, eller "andet", der primært dækker over vedbleven udeblivelse uden formelt at have frabedt sig udredning eller behandling. Estimatene er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Ref. = referencegruppe, KI = konfidensinterval



I forhold til andelen af patientforløb, der afsluttes, fordi diagnosen afkræftes, er der inden for de psykiatriske diagnosegrupper ingen signifikante forskelle mellem grupperne og gruppen uden psykiske lidelser, undtagen for patienter med mental retardering (F7). I denne gruppe er 3,0 procentpoint færre forløb, der afsluttes af denne årsag. Når det gælder andelen, der afslutter kræftpakkeforløb før behandling på grund af patientønske, har alle de psykiatriske diagnosegrupper enten samme eller højere andele end gruppen uden psykiske lidelser. Dette er mest udtalt for gruppen med organiske psykiske lidelser (F0), hvor 8,4 procentpoint flere afsluttes af denne årsag. For gruppen med adfærdssændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser (F5) er andelen dog 1,3 procentpoint lavere. I forhold til andelen, der afsluttes før behandling af andre årsager, har alle diagnosegrupperne enten samme eller højere andele end gruppen uden psykiske lidelser. Her er forskellen mest markant for gruppen med skizofrenispektrum tilstande (F2), hvor 8,0 procentpoint flere afsluttes af denne årsag. De samlede resultater for de psykiatriske diagnosegrupper findes under Bilag i afsnit 12.1.2.2

7.3.2.4 Tilbudt behandling

Efter udredning besluttes det, om patienten med lungekræft skal tilbydes behandling. Den primære årsag til ikke at tilbyde initial behandling (herunder både kurativ og palliativ behandling) er en klinisk vurdering af, at patienten ikke kan tåle behandlingen. I disse tilfælde overgår patienten til eksempelvis smertebehandling alene. Det kan for eksempel være patienter med en lav performance status. Analyserne viser, at andelen af lungekræftpatienter med psykisk lidelse, der ikke tilbydes et initialt behandlingstilbud, er 3,3 procentpoint højere end andelen uden psykisk lidelse.

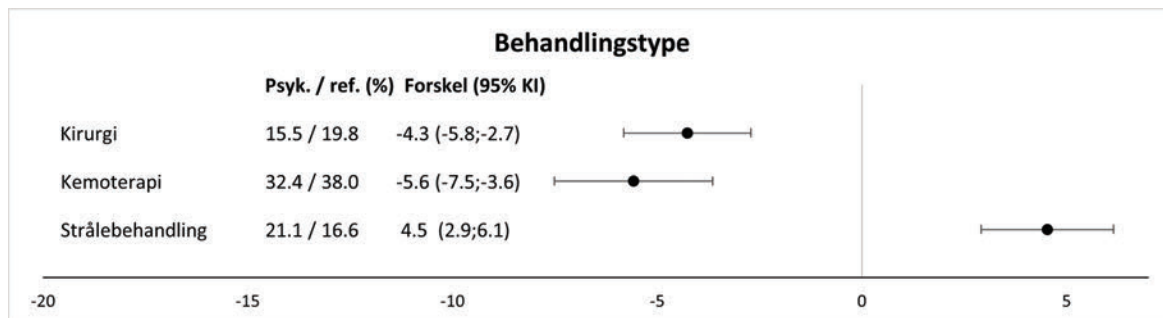
For alle de psykiatriske diagnosegrupper er andelen, der ikke tilbydes behandling, enten den samme eller større. Den mest markante og signifikante forskel for afslutning af forløb uden behandling ses i gruppen af patienter med organiske psykiske lidelser (F0), hvor 13,2 procentpoint flere afsluttes uden at blive tilbudt behandling sammenlignet med gruppen uden psykisk lidelse. Resultater for de psykiatriske diagnosegrupper, samlet og hver for sig, findes under Bilag i afsnit 12.1.2.2

7.3.2.5 Behandlingstyper

Efter udredning besluttes det desuden, hvilken behandlingstype patienten med lungekræft skal tilbydes. Kirurgisk behandling vælges i udgangspunkt med henblik på helbredelse ved lokaliseret sygdom (stadie I-II), hvis det vurderes, at patientens almene helbredstilstand er god nok til at gennemgå operation. Kemoterapi er generelt en livsforlængende behandling, som gives til patienter med udbredt og uhelbredelig sygdom. Men det er en behandling, som indebærer mulighed for bivirkninger, som kan blive livstruende, hvis ikke der tids nok tages hånd om dem. Strålebehandling kan gives som en mild behandling med få bivirkninger. Ved lokaliseret sygdom kan strålebehandling være et

alternativ til kirurgi med et helbredende sigte. Ved uheldelig sygdom kan strålebehandling gives i lindrende øjemed som alternativ til kemoterapi. Figur 17 viser, at færre patienter med psykisk lidelse modtager kirurgisk behandling (4,3 procentpoint) og kemoterapi (5,6 procentpoint) sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse. Derimod modtager flere patienter med psykisk lidelse strålebehandling (4,5 procentpoint) sammenlignet med patienterne uden psykiske lidelser.

Figur 17 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppen), der får forskellige behandlingstyper. Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Ref. = referencegruppe, KI = konfidensinterval



Blandt de psykiatriske diagnosegrupper er der generelt en mindre andel, der modtager kirurgisk og medicinsk behandling. Dette er mest udtalt for gruppen med mental retardering (F7), hvor 31,7 procentpoint færre modtager kemoterapi sammenlignet med gruppen uden psykisk lidelse. Når det kommer til strålebehandling, modtager patienterne i alle diagnosegrupperne enten samme mængde eller mere behandling, særligt udtalt i gruppen med psykiske lidelser forårsaget af alkohol eller stoffer (F1), hvor 9 procentpoint flere modtager denne behandling sammenlignet med gruppen uden psykisk lidelse. De samlede resultater for diagnosegrupperne findes under Bilag i afsnit 12.1.2.2

7.3.2.6 Ventetid efter henvisning til kræftpakkeforløb

Tid er en vigtig faktor for resultaterne af lungekræftbehandlingen [41]. Derfor er forløbstider også en central del af konceptet om pakkeforløb. I analyserne af ventetid fra henvisningstidspunktet i kræftpakkeforløbet til lungekræftdiagnose ses, at ventetiden er stort set ens blandt patienter med og uden psykisk lidelse, med en ikke signifikant forskel på -0,9 dage. Derimod ses en forskel i ventetiden fra henvisningstidspunktet i kræftpakkeforløbet til opstart af behandling mellem patienter med og uden psykisk lidelse. Her venter patienter med psykisk lidelse i gennemsnit 16 dage længere end patienter uden psykisk lidelse. Ventetid til behandling blandt patienterne er særligt udtalt i gruppen med organiske psykiske lidelser (F0), hvor patienterne i gennemsnit venter 67,5 dage mere, før de modtager behandling, sammenlignet med gruppen uden psykisk lidelse. De samlede resultater for diagnosegrupperne, samlet og hver for sig, findes under Bilag i afsnit 12.1.2.2

7.3.3 Behandling op til død

Til analyse af hospitalsbehandling og palliativ behandling op til død, er der anvendt en population bestående af patienter, der er døde af lungekræft i perioden 2004-2020

7.3.3.1 Patientpopulation til analyse af behandling op til død

Som det fremgår af Tabel 3, er der undersøgt 61.604 patienter, der i perioden 2004-2020 er døde af lungekræft. Blandt disse har 54.615 ikke haft en psykisk lidelse, og 6.989 mennesker har haft mindst en psykisk lidelse. Antallet af patienter med lungekræft og psykisk lidelse varierer betydeligt mellem de forskellige psykiatriske diagnosegrupper. Der er færrest patienter i gruppen med mental retardering (F7-diagnose, antal = 25) og flest i gruppen med psykiske lidelser forårsaget af stoffer (F1-diagnose, antal = 2.611). Kønsfordelingen varierer også inden for diagnosegrupperne. Mænd udgør en lidt mindre andel af den samlede gruppe med psykisk lidelse (49,7 %) sammenlignet med gruppen uden psykisk lidelse (52,6 %). I mange af diagnosegrupperne, er de betydeligt yngre, mest markant i gruppen med forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen (F6-diagnose, 62 år) og mental retardering (F7-diagnose, 62 år), sammenlignet med gruppen uden psykisk lidelse (73 år). En undtagelse er patienter med organiske psykiske lidelser (F0-diagnose), hvor medianalderen ved lungekræft-diagnose er højere (77 år). Som tidligere nævnt omfatter denne gruppe patienter med demens, der normalvis diagnosticeres i en senere alder. Graden af komorbiditet, målt ved CCI, er oftest fire, hvilket indikerer en høj grad af komorbiditet. Dette er tilfældet for både den samlede gruppe med og uden psykisk lidelse. Gruppen med mental retardering (F7) havde en lavere grad af komorbiditet (CCI-score = 2), mens gruppen med adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F5) havde en højere grad (CCI-score 5).

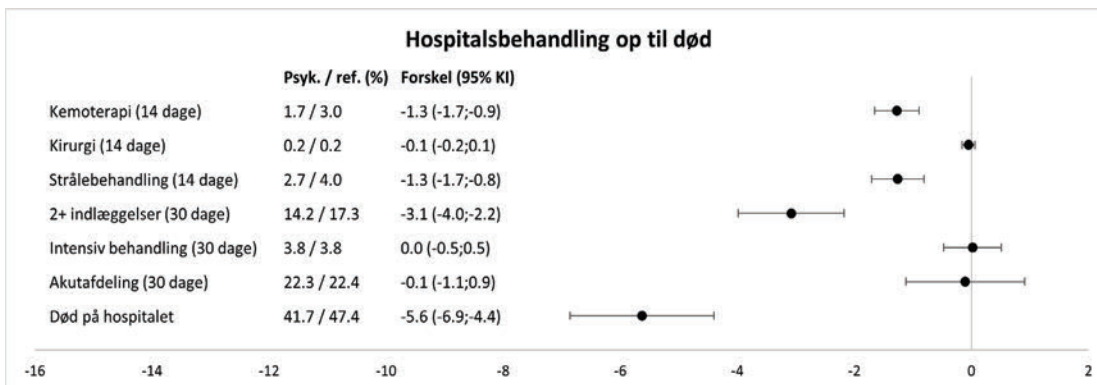
Tabel 3 – Karakteristika til beskrivelse af patientpopulationen der er døde af lungekræft i perioden 2004-2020. Bemærk at den samme godt kan have flere psykiatriske diagnoser, hvorfor summen af de psykiatriske diagnosegrupper overstiger antallet i gruppen "Alle med mindst én psykisk lidelse". Antallet af patienter døde af lungekræft og F8-diagnose: Antallet af patienter med psykiske udviklingsforstyrrelser, er for lavt til at lave udtræk fra Danmarks Statistik og derfor ikke opgjort. CCI = Charlson Comorbidity Index Score.

Population	Antal	Andel mænd	Alder ved død (median)	CCI (median)
Uden psykisk lidelse	54.615	52,6 %	73	4
Alle med mindst én psykisk lidelse	6.989	49,7 %	68	4
F0: Organiske psykiske lidelser	1.364	51,3 %	77	4
F1: Psykiske lidelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer	2.611	62,5 %	65	4
F2: Skizofrenispektrum tilstande	849	51,0 %	64	3
F3: Affektive sindslidelser	1.924	37,5 %	71	4
F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande	1.805	39,5 %	66	4
F5: Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	102	46,1 %	66	5
F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen	324	35,8 %	62	4
F7: Mental retardering	25	52,0 %	62	2
F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser	-	-	-	-
F9: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom	472	46,8 %	65	4

7.3.3.2 Hospitalsbehandling kort tid op til død

Hospitalsbehandling op til død, kan give en indikation om, der har været foretaget en overbehandling af patienten, som unødigt kan have optaget patientens sidste tid. Men hospitalsbehandling op til død kan også repræsentere en hospitalsbaseret palliativ indsats [42]. I Figur 18 præsenteres resultaterne for forskel i hospitalsbehandling op til død mellem patienter med og uden psykisk lidelse. I analyserne ses forskellen på andelen af grupperne henholdsvis med og uden psykisk lidelse, der modtager kemoterapi, kirurgi og stråleterapi inden for de sidste 14 dage før døden. Analyserne viser, at 1,3 procentpoint færre patienter med psykisk lidelse modtager kemoterapi, og 1,3 procentpoint færre modtager strålebehandling. Der er ingen signifikant forskel i andelen, der modtager kirurgi. I figuren ses også forskelle i kontaktmønstret mellem gruppen af lungekræftpatienter, hvor 3,1 procentpoint færre patienter med psykisk lidelse har haft to eller flere indlæggelser op til 30 dage før døden, og 5,6 procentpoint færre patienter med psykisk lidelse dør på et hospital. Der er ingen signifikant forskel i andelen, der modtager intensiv eller akut behandling op til 30 dage før døden.

Figur 18 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (ref.), der får hospitalsbehandling kort op til død. Tallene i parentes er perioden op til død. Estimerer er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Ref. = referencegruppe, KI = konfidensinterval



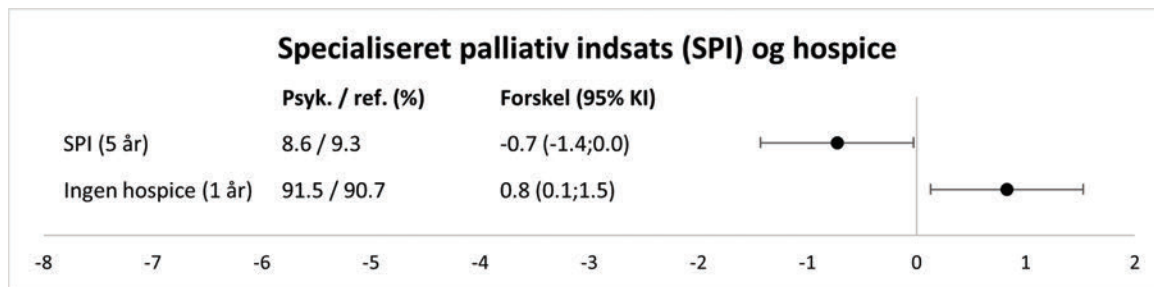
Inden for de enkelte psykiatriske diagnosegrupper er der en mindre andel, der modtager palliativ behandling, og ligeledes en mindre andel, der modtager hospitalsbehandling op til døden. Den mest markante forskel ses i sandsynligheden for at dø på et hospital, hvor andelen i gruppen med mental retardering (F7) er 21,4 procentpoint lavere end andelen i gruppen uden psykisk lidelse. De samlede resultater for de psykiatriske diagnosegrupper findes under Bilag i afsnit 12.1.2.2

7.3.3.3 Palliativ indsats

Alle patienter i terminal fase, det vil sige dem, der har en uhelbredelig sygdom, kan have et stort behov for en patientcenteret palliativ indsats. Palliativ indsats sigter mod at lindre, hvor helbredelse ikke skønnes mulig [43]. Den palliative indsats leveres ofte af den kommunale sygepleje og af den praktiserende læge, men i nogle tilfælde er der behov for specialiseret indsats ved specialiserede palliative indsatser (SPI)¹⁰, herunder hospice- eller hospitalsophold. I Figur 19 ses det, at blandt lungekræftpatienter udgør andelen, der modtager SPI op til fem år før døden, en relativt lille del. For patienter med psykisk lidelse udgør denne andel 8,6 procentpoint, mens den for patienter uden psykisk lidelse er 9,3 procentpoint. Selvom forskellen mellem de to grupper er statistisk signifikant, er den dog minimal (-0,7 procentpoint). Et lignende mønster observeres ved betragtning af andelen, der ikke har været på hospice i året op til døden. I gruppen uden psykiske lidelser har 90,7 procentpoint af patienterne ikke været på hospice, sammenlignet med 91,5 procentpoint i gruppen med psykisk lidelse, hvilket udgør en forskel på 0,8 procentpoint. Den faktiske forskel er således også her minimal. Disse data indikerer derfor ikke, at der er en betydelig forskel i modtagelsen af palliativ indsats blandt lungekræftpatienter baseret på, om de har en psykisk lidelse eller ej.

¹⁰ Når behovet for palliativ indsats er komplekst, og symptomhåndtering ikke kan løses af praktiserende læger i samarbejde med kommunens hjemmesygepleje, kan patienten få adgang til specialiserede palliative indsatser (SPI). SPI-tjenester leveres af tværfaglige teams af højt kvalificerede fagprofessionelle, for hvem palliativ pleje er hovedfokus i deres arbejde. Dette inkluderer palliative plejeteams, palliative plejeafdelinger på hospitaler og hospicer

Figur 19 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppen), der modtager specialiseret palliativ indsats under indlæggelse, ambulant eller i eget hjem samt forskelle i hospiceophold. Tallene i parentes er perioden op til død. Justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. KI = konfidensinterval, Ref. = referencegruppe



Inden for de psykiatriske diagnosegrupper har alle samme eller lavere sandsynlighed for at modtage SPI eller for at få et hospiceophold sammenlignet med gruppen uden en psykisk lidelse. Mest markant er forskellen i risikoen for ikke at modtage SPI op til fem år før døden af lungekræft blandt patienter med mental retardering (F7), hvor 11,4 procentpoint færre har modtaget denne indsats. De samlede resultater for de psykiatriske diagnosegrupper findes under Bilag i afsnit 12.1.2.2

7.4 Delkonklusion – Delstudie 1, lungekræft

Analysen afslører betydelige uligheder i behandlingen mellem lungekræftpatienter med og uden psykisk lidelse. Patienter med psykisk lidelse henvises i mindre omfang til kræftpakkeforløb, oplever længere ventetider, får i højere grad afbrudt deres pakkeforløb inden behandling, vurderes i højere grad uegnede til behandling med kurativt eller livsforlængende sigte, og modtager i mindre grad kirurgisk og medicinsk behandling. Dog modtager de oftere strålebehandling. Årsagen til disse forskelle kan ikke afklares i dette registerstudie, men kan afspejle kliniske beslutninger baseret på antagelser om patienters adherence og tolerance over for behandling. Det kan også indikere en ulighed i adgangen til optimale behandlingsmuligheder. Fordelingen af kræftstadiet ved lungekræftdiagnosen tyder på, at de identificerede forskelle i behandling ikke som udgangspunkt skyldes, at patienter med psykisk lidelse har mere fremskreden kræftsygdom på diagnosetidspunktet, end patienter uden psykisk lidelse. Disse resultater understreger behovet for yderligere opmærksomhed på denne patientgruppe for at sikre lige muligheder og resultater i kræftbehandling.

Cirka 20 % af patienterne med psykiske lidelser afbryder eller bliver afbrudt i deres kræftpakkeforløb for lungekræft, hvilket kan påvirke dødelighedsstatistikkerne året efter diagnosen. Dette kan også føre til en 'overlevelsesbias', hvor de patienter hvis forløb ikke er afbrudt, kan ligne patienter uden psykiske lidelser mere end dem, hvis forløb blev afbrudt. Dette kan gøre forskellene i analyser om behandlingstilbud, behandlingstype og ventetid til behandling mindre tydelige.

Analysen viser også markante forskelle i behandlingsforløbet for patienter med organiske psykiske lidelser (F0), der havde mindst sandsynlighed for at blive henvist via kræftpakkeforløb, og størst sandsynlighed for at afbryde forløb efter eget ønske, og for ikke at blive tilbudt behandling. I forhold til forskelle i behandlingstilbuddet kan lægen dog vurdere, at dette kan være hensigtsmæssigt. Dette skyldes, at kræftbehandling kan være særligt belastende for denne patientgruppe, hvoraf størstedelen lider af demens, og derfor vurderes et mindre aggressivt behandlingsforløb som mere passende.

Mange hospitalskontakter og hospitalsbehandling op til døden kan fortolkes som forsøg på at redde patientens liv til det sidste, eller som palliativ pleje. Men forskellene i disse ydelser kan også tolkes som unødvendig overbehandling, som beslaglægger patientens og pårørendes sidste tid sammen. Da der ikke er betydelige forskelle i brugen af specialiseret palliativ indsats eller hospice, kan

resultaterne af hospitalsbehandling op til død enten tolkes som tegn på, at lungekræftpatienter med psykisk lidelse i mindre grad udsættes for unødvendig overbehandling i livets sidste fase, end lungekræftpatienter uden psykisk lidelse gør, eller som et udtryk for underbehandling med palliativ pleje på hospitalerne i den sidste tid sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse.

Analysen viser, at personer med mental retardering (F7) dør yngre af lungekræft trods lavere grad af registreret komorbiditet. Studiet kan ikke afdække årsagen til dette fund, men det kan måske skyldes et mindre fokus på somatiske udfordringer hos dem, da de ofte er i kontakt med det kommunale system, i modsætning til personer med alvorlige psykiske lidelser, som kræver hyppig psykiatrisk hospitalskontakt. Derudover er en del af forklaringen formentlig, at en væsentlig mindre andel af lungekræftpatienterne med mental retardering diagnosticeres med lungekræft i stadie I og stadie II, men derimod diagnosticeres med et af de sværere kræftstadier, når man sammenligner med lungekræftpatienter uden psykisk lidelse. Blandt lungekræftpatienter med mental retardering er der også en lavere andel, der modtager palliativ behandling op til døden, og færre dør på hospitaler. Studiet kan ikke afdække årsagen til dette fund, men dette kan skyldes manglende adgang til palliativ behandling eller en bevidst beslutning om at lade dem forblive i kendte omgivelser på institutioner i livets sidste fase. Resultaterne understreger dog behovet for øget opmærksomhed på fysisk sygdom hos alle med psykisk lidelse.

8

Resultater af Delstudie 2 – Barrierer, der bidrager til uligheder i patientforløb

Dette kapitel har til formål at udfolde de barrierer, som er forbundet med behandlingen for AKS og lungekræft blandt mennesker med psykisk lidelse, og som kan medvirke til at skabe uligheder i behandlingen. Kapitlet baserer sig på en række interviews – dels med personer med psykisk lidelse, som er eller har været i udredning og behandling for AKS eller lungekræft og dels med læger og sygeplejersker tilknyttet udredningen og behandlingen af patienter med AKS eller lungekræft på danske hospitalsafdelinger. Herudover baserer kapitlet sig på henholdsvis seks dages feltstudier på en hjertemedicinsk afdeling og fem dages feltstudier på tre lungemedicinske afdelinger i Danmark. Resultaterne er i det følgende gengivet under en række tematiske overskrifter, som beskriver de barrierer for behandlingen, som viser sig i data.

Opsummering

Barriererne opsummeres i det følgende i hovedoverskrifter i den rækkefølge, de optræder i patientforløbet:

Barrierer for somatisk behandling gælder ikke kun mennesker med psykisk lidelse.

Patienter med psykisk lidelse kan forsinkes i udredning og behandling:

- Patienten tøver med at kontakte sundhedsvæsenet
- Lægen overser tegn på den somatiske sygdom

Sundhedsprofessionelle kan vurdere patienter med psykisk lidelse uegnede til behandling:

- Somatiske komorbiditeter begrænser muligheder for behandling
- Når patienten ikke forstår og/eller kan give samtykke til udredning og behandling
- Brug af rusmidler som barriere for behandlingen
- Klinisk bekymring for manglende efterlevelse af behandlingsråd
- Dårlig økonomi som barriere for lige behandling
- Manglende socialt netværk og social støtte

Patienter med psykisk lidelse kan sige nej tak til-, modsætte sig eller udeblive fra behandling:

- Uoverskuelige udrednings- og behandlingsforløb
- Udfordringer med transport og e-Boks
- Undersøgelse og behandling på hospitalet kan være forbundet med frygt og ubehag
- De fysiske rammer som barriere for et trygt hospitalsophold
- Mødet med de sundhedsprofessionelle – empati og skældud
- Svære livsbetingelser begrænser muligheder for livsstilsforandringer og forebyggelse

8.1 Barrierer for somatisk behandling gælder ikke kun mennesker med psykisk lidelse

Et af hovedfundene i Delstudie 2 er, at de barrierer, der kan være for behandling af **AKS** og **lungekræft**, ikke begrænser sig til mennesker med psykisk lidelse – og heller ikke altid gør sig gældende for denne gruppe. Psykisk lidelse dækker over mange forskellige tilstande, og fra et sundhedsfagligt synspunkt kan lidelserne i mange tilfælde være så velbehandlede, at de slet ikke indgår i de sundhedsprofessionelles vurdering af den somatiske behandling. De sundhedsprofessionelle beskriver, at der af samme grund ikke er særlige tiltag eller forhold, der gør sig gældende for mennesker med psykisk lidelse, som en særskilt patientgruppe på hospitalsafdelingerne. Det fremgår desuden, at de sundhedsprofessionelle ikke nødvendigvis opdager, at en patient har en psykisk lidelse, for eksempel hvis denne ikke er diagnosticeret på behandlingstidspunktet, anført i patientjournalen – eller hvis patienterne ikke selv gør opmærksom herpå. En sygeplejerske fra en hjertemedicinsk afdeling svarer eksempelvis *”Det gør man ikke, det vil jeg vædde med”* (Informant 25), da hun bliver spurgt, om læger og sygeplejersker altid opdager det under indlæggelsen, hvis en patient har en psykisk lidelse. Sygeplejersken forklarer, at hun i forbindelse med patienternes rehabilitering har haft mange samtaler med patienter, som først på dette senere tidspunkt tilkendegiver, at de har en psykisk lidelse.

Omvendt kan der være tilfælde, hvor den psykiske lidelse kan påvirke behandlingsforløbet hos en patient, hvis patienten for eksempel er i en psykotisk tilstand, har svær angst, har en svær demenssygdom eller på anden vis er stærkt påvirket af den psykiske lidelse. Læger og sygeplejersker beskriver, hvordan de forsøger at have fokus på hvert enkelt menneske og vurdere behandlingsmulighederne individuelt.

De fleste adspurgte læger og sygeplejersker i denne undersøgelse nævner, at udfordringer i forbindelse med undersøgelser og behandling ikke udelukkende omfatter mennesker, som har en psykisk lidelse, men også andre patientgrupper i sårbare positioner, som for eksempel mennesker i hjemløshed eller med rusmiddelrelaterede problemer. Flere sundhedsprofessionelle gør opmærksom på, at det i nogle tilfælde vil være sådan, at denne gruppe også kan have psykiske udfordringer. Særlige udfordringer i forhold til behandlingen kan, ifølge sundhedsprofessionelle, også gøre sig gældende hos andre, i nogle tilfælde overlappende, patientgrupper, herunder multisyge eller ældre patienter.

Feltstudier og interviews med sundhedsprofessionelle peger således i retning af, at sundhedsprofessionelle overordnet set er opmærksomme på at undgå forudindtagede holdninger til mennesker, som har en psykisk lidelse. Omvendt kan den eventuelt manglende viden om – eller stillingtagen til patientens psykiske lidelse få en u hensigtsmæssig konsekvens, fordi dette kan spænde ben for den rette indsats og støtte til patienten og ultimativt for patientens muligheder for at gennemføre et udrednings- og behandlingsforløb. At udfordringer i forhold til den somatiske behandling også vedrører andre patientgrupper indikerer, at en opmærksomhed på at udligne uligheder i det somatiske patientforløb med fordel kan bredes ud til en større gruppe, der ikke kun inkluderer mennesker med psykisk lidelse, men eksempelvis også andre patientgrupper i sårbare positioner.

8.2 Patienter med psykisk lidelse kan forsinkes i udredning og behandling

I tilfælde af, at en person rammes af AKS eller lungekræft, er det afgørende, at vedkommende hurtigt får den rette hjælp for eksempel ved at kontakte egen praktiserende læge eller ringe 1-1-2 (ved AKS).

Både for AKS og lungekræft gør det sig gældende, at der kan være en risiko for forsinkelser i aktiveringen af sundhedsvæsenet. Som beskrevet i Delstudie 1 er forskelle i forhold til aktiveringen af sundhedsvæsenet mellem mennesker med og uden psykisk lidelse imidlertid ikke undersøgt statistisk i denne rapport – og det er uklart, hvor stor en ulighed, der eksisterer i denne del af patientforløbet. Delstudie 1 viser imidlertid, at en lavere andel blandt patienter med lungekræft og psykisk lidelse henvises til behandling via kræftpakke, som ellers skulle sikre patienterne et hurtigt og veltilrettelagt forløb.

Forsinkelser kan medføre, at patienterne kommer i behandling i senere sygdomsstadier, hvilket kan have en negativ betydning for den udredning og behandling, som patienten kan tilbydes. I forhold til **AKS** kan forsinkelse i behandlingen af en blodprop i hjertet forårsage, at hjertemuskelen tager betydelig skade med nedsat pumpefunktion til følge (hjertesvigt). Dette kan få betydning for hvilken behandling, der vurderes bedst i efterforløbet, herunder henholdsvis medicinsk behandling, ballonudvidelse med eller uden stentbehandling (PCI) eller bypassoperation (CAGB), samt for den langsigtede prognose efter AKS. I forhold til **lungekræft** kan et mere fremskredent sygdomsstadie ved den indledende kontakt til sundhedsvæsenet betyde, at patienter med psykisk lidelse i mindre grad kan tilbydes intenderet kurativ behandling og palliativ behandling¹¹. Det beskrives blandt andet af en læge:

”Det betyder, at det oftere er en livsforlængende behandling, vi tilbyder, og hvis vi tilbyder det overhovedet, ikke også? Ja, det betyder at langt færre af dem formentlig bliver tilbudt kurativ behandling, og kurativ behandling kan jo enten være kirurgi ved vores kollegaer, kirurgerne, eller min strålebehandling her hos os, ikke? (...) Men ofte så er de jo også så dårlige, altså rent fysisk, at jeg har svært ved at tilbyde den livsforlængende behandling alene også, altså palliativ behandling.”

Informant 28, læge, onkologisk afdeling

Delstudie 1 peger på, at der ikke er nogen forskel på lungekræftstadiet på diagnosetidspunktet mellem patienter med og uden psykisk lidelse. Alligevel fremhæver flere af de sundhedsprofessionelle på lungekræftområdet, som ovenstående citat illustrerer, at de har oplevelsen af, at flere patienter med psykisk lidelse kommer i behandling i senere sygdomsstadier, og at dette kan have negative konsekvenser for deres behandling. Nogle sundhedsprofessionelle problematiserer yderligere risikoen for, at nogle patienter med psykisk lidelse muligvis aldrig når til at blive udredt og behandlet for lungekræft, fordi de ikke kommer ind i tide, som denne sygeplejerske pointerer:

”Altså jeg tænker at dem der, hvor man virkelig kommer ud for ulighed i udredningen, det er da dem, der ikke når ind. Det er dem, der ikke kommer til forundersøgelsen, eller man ikke kan ringe op eller...”

Informant 29, sygeplejerske, lungemedicinsk afdeling

Dette afspejler en divergens mellem sundhedsprofessionelles kliniske opfattelser og de statistiske resultater, som peger på, at der ikke er forskel på patienternes sygdomsstadie på tidspunktet for diagnosticering af lungekræft - og dermed forsinkelser. På trods af disse resultater på lungekræftområdet ser følgende afsnit nærmere på de barrierer, som viser sig i data, der i visse tilfælde kan medføre forsinket udredning og behandling af patienterne.

¹¹ Kurativ behandling er en behandling, der sigter mod helbredelse. Hvis man ikke kan få kurativ behandling, kan man i stedet få palliativ behandling, som lindrer symptomerne, og hos nogle kan behandlingen også være livsforlængende [124].

8.2.1 Patienten tøver med at kontakte sundhedsvæsenet

Både i forhold til AKS og lungekræft bliver det tydeligt, at en barriere for rettidig aktivering af sundhedsvæsenet er, når patienter afventer med eller har modstand mod at kontakte sundhedsvæsenet ved opståede symptomer. Både i forhold til AKS og lungekræft viser patientinterviewene mange eksempler på, at de pårørende til patienterne, eksempelvis hustru, søster eller støttekontaktperson, spiller en afgørende rolle for at få patienterne i behandling, eksempelvis ved at motivere eller tage initiativ til, at der tages kontakt til praktiserende læge eller ringes 1-1-2 (ved AKS) i den aktuelle situation.

En udfordring i forhold til rettidig kontakt til sundhedsvæsenet består i, at patienterne ikke nødvendigvis oplever og forstår symptomerne fra kroppen som tegn på alvorlig sygdom og som noget, de bør reagere på med det samme. I stedet vælger de i nogle tilfælde at afvente og se tiden an. I forhold til **AKS** beskriver patienterne oftest symptomer, der opstår pludseligt, og som kan være vanskelige for patienterne at afkode som tegn på alvorlig sygdom – og derved handle på. Det gør sig særligt gældende, hvis tegnene på AKS afviger fra symptomer, som patienterne kan relatere til AKS, som denne AKS-patient beskriver:

"Jamen det er jo det med at forstå alvoren i det, fordi jeg ikke følte mig syg. Jeg havde jo troet, at når man fik en blodprop, så fik man feber og koldsved og alt muligt og var dårligt tilpas, og det var der jo slet ikke noget af - og det er jo derfor, jeg slet ikke kunne forstå eller forholde mig til at vi snakkede blodpropper? (...) Det har nok haft den betydning, at jeg ikke har reageret, som jeg skulle jo."

Informant 5

Med hensyn til **lungekræft** giver patientinterviewene indblik i, at forudgående hoste og/eller åndedrætsbesvær hos patienten, for eksempel på grund af mange års rygning eller KOL, kan sløre symptomer på lungekræft. Det kan medføre, at patienten i mindre grad oplever disse symptomer som tegn på alvorlig sygdom og som noget, der bør reageres på. Det kommer til udtryk hos denne lungekræft-patient, som beskriver, at han ikke havde spekuleret over, at hosten kunne være tegn på noget alvorligt, som han burde reagere på:

"Nej, jeg vil sige, efter jeg kom til at gå hjemme, og efter jeg stoppede med at arbejde, så har jeg selvfølgelig røget meget ikke også, men det er gået stille og roligt ned, og des mere det går ned, des mere hoste kommer der, fordi på et eller andet tidspunkt så skal du af med alt det slim, du har samtidig i lungerne. Så det har jeg ikke sådan rigtig spekuleret over."

Informant 10

På tværs af sygdomsområderne giver patientinterviewene også indblik i andre barrierer som bevirker, at nogle patienter tøver med at kontakte sundhedsvæsenet. Det kan handle om bekymringer for at være til besvær for sundhedsvæsenet, særligt hvis det viser sig, enten hos egen læge eller i den videre udredning, at patientens reaktion på symptomerne har været ubegrundede – patienten fejler ikke noget. Patienten kan også have nedsat evne til at navigere og handle på situationen, eksempelvis på grund af manglende energi og initiativ forbundet med den psykiske lidelse. En patient fortæller i den forbindelse:

Patientfortælling: "Jeg følte mig jo ikke syg og ville ikke være til besvær"

Lars er en mand på 54 år. Igennem sit liv har han haft flere fysisk opslidende jobs. Lars har været opereret for tre diskusprolaps og har skruer i ryg og bækken. Lars har voksne børn, men har de seneste 10 år boet alene og beskriver sig selv som meget ensom. Lars beskriver en barndom med grov mobning i skoleårene og familierelationer præget af svigt. Han bliver for flere år tilbage diagnosticeret med en depression. Han beskriver, hvordan livet uden en kæreste og med svigtende og brudte venskabs- og familierelationer, opleves som trist. Lars bliver førtidspensionist i 2019 på grund af en nedslidt ryg, samt en blodprop i hjernen. Han får tildelt en hjemmevejleder fra kommunen hver 14. dag som støtte.

Lars har været igennem en periode, hvor han har haft travlt med at hjælpe naboer med praktiske gøremål og har sovet dårligt. En aften får han symptomer på AKS. Han beskriver: *"Jamen jeg var drøntræt og var egentlig på vej ind i seng - og så da jeg så går ind imod soveværelset, der får jeg så ondt i hjertet, og så strækker det sig så op igennem skuldrene og igennem halsen og så op i den ene side af hovedet, og så deler hovedet sig nærmest lige midt på skallen"*.

Lars beskriver, hvordan han kontakter egen læge, som beder ham om at komme ned til ham. Hos lægen får han at vide, at han burde have ringet 1-1-2 og ikke til egen læge. Lars fortæller: *"(...) der følte jeg mig heller ikke syg eller dårlig. Jeg havde bare frygteligt ondt i hjertet, og så gik det op igennem skulderen og op i halsen og i den ene side af hovedet og delte lige midt i skallen. Og det ringede jeg og sagde til lægen. Så sagde hun, du er nødt til lige at komme herved. Og da jeg så kom derned, og hun så så mig og undersøgte mig, så sagde hun: 'Brian i den situation der skal du ikke komme ned til mig først, der skal du ringe 1-1-2. Jamen du har selv sagt, at jeg skulle komme', siger jeg så... Det går langsomt op for Lars, at det er alvorligt, da lægen kontakter sygehuset og forhører sig om muligheden for at få en ambulance til Lars."*

Lars føler, at noget af det sværeste i hans patientforløb har været, at han ikke har reageret hensigtsmæssigt på sine symptomer (ringet 1-1-2). Det er også noget, han forbinder tæt med ikke at ville være til besvær. Hans oplevelse af adskillige svigt i barndommen har skabt en barriere for at søge hjælp, som han fortæller: *"jeg er bange for at være en belastning, når folk de nu alligevel svigter mig, så skal jeg i hvert fald ikke selv gøre noget for at være en belastning, så de svigter mig."*

(Informant 5)

Nogle patienter udtrykker også modstand mod erkendelse af egen sygdom og behovet for at tage kontakt til egen læge. I patientinterviewene ses ikke nogen entydig forklaring på fravalget af besøg hos egen læge, men enkelte patienter fremhæver udfordringer, såsom: Lægen har aldrig tid, der er for lidt tid til konsultationerne, man skal ikke komme med flere sygdomme på samme tid, skiftende læger og oplevelsen af at føle sig stigmatiseret. I patientinterviewene ses ligeledes eksempler på beskrivelse af situationer, hvor nogle af disse forhold har haft betydning for patientens valg med hensyn til ikke at opsøge egen læge. En patient beskriver eksempelvis, hvad oplevelsen af at blive behandlet nedladende omkring sin vægt og manglende fysiske aktivitet betød for hendes diabeteskontrol hos den praktiserende læge: *"Jamen altså, jeg har sjoflet min diabeteskontrol et langt stykke af vejen hos den læge"* (Informant 2).

Flere af patienterne beskriver imidlertid også deres forhold til egen læge som almindeligt eller godt, og flere bliver også fulgt ved egen praktiserende læge, forud for at AKS eller lungekræft indtræffer - grundet andre somatiske sygdomme eller psykisk lidelse. Det bliver tydeligt i patientinterviewene, at et tillidsfuldt forhold til en læge, som man kender godt, betyder meget.

Opsamlende peger interviews med patienter og sundhedsprofessionelle på, at patienter med psykisk lidelse i nogle tilfælde kan modtage en mindre optimal behandling, når de diagnosticeres for AKS og lungekræft, hvis de kommer for sent ind i behandlingssystemet – for eksempel på grund af barrierer, der afholder dem fra at tage kontakt. Det er kendt fra tidligere forskning, at personer med psykiske lidelser kan have særlige udfordringer i forbindelse med at genkende tegn fra kroppen som symptomer på alvorlig sygdom [30]. Derudover tyder patientinterviewene på, at dårlige oplevelser hos egen læge med eksempelvis stigmatisering, oplevelser med ikke at kunne få tid til konsultation hos egen læge, når behovet er der, eller oplevelsen af at der ikke er tid nok i konsultationen kan bidrage til at forstærke et negativt syn på besøget hos egen læge hos patienterne.

8.2.2 Lægen overser tegn på den somatiske sygdom

Patientinterviewene viser eksempler på patienter, der indlægges akut på hospitalet uden først at tage kontakt til den praktiserende læge. Interviewene indeholder også eksempler på patienter, der hurtigt henvises til yderligere udredning og behandling på hospitalet via den praktiserende læge. Herudover peger enkelte patientinterview imidlertid også på, at der er situationer, hvor forskellige forhold forsinkes, at patienterne henvises til relevant udredning og behandling – på trods af patientens henvendelser. En barriere for behandlingen, som ses i interviewene, er de tilfælde, hvor der sker fejlforklaring af symptomerne på AKS eller lungekræft, som tegn på anden allerede diagnosticeret fysisk sygdom eller psykisk lidelse. Det kaldes også diagnostic overshadowing, på dansk diagnostisk overskygning, og refererer til en situation, hvor sundhedsprofessionelle tilskriver personens symptomer eller adfærd til den eksisterende diagnose, og potentielt overser eller nedtoner betydningen af andre sundhedsproblemer [44].

I forhold til **lungekræft** kan KOL overskygge. Det beskrives blandt andet af en patient med KOL, hvordan han igennem en længere periode har været i behandling hos egen læge på grund af vejrtrækningsbesvær, da han ved et tilfælde kommer ind til en ny læge. Lægen henviser ham til en scanning, som viser, at han har uhelbredelig lungekræft:

"Jamen det er jo fordi jeg er gået i 3-4 år og ikke rigtigt kunne få luft. Så jeg har været ved lægen flere gange, hvor vi har prøvet forskellige slags medicin på mig, som ikke har virket. Ja, så kom jeg derind igen, (...), hvor der så var kommet en helt ny læge (...). Og der jeg bad ham så om, om jeg kunne få en allergitest, fordi jeg har prøvet at skifte medicin så mange gange. Det synes han, at det var en dårlig ide, fordi sådan som jeg havde det, så skulle jeg op og scannes. Og så blev jeg så sendt til scanning. Det viste sig så, at jeg havde kræft en masse steder i kroppen."

Informant 12

Det kan også være en psykisk lidelse, der overskygger symptomer på somatisk sygdom såsom **AKS**. I forhold til AKS kan særligt angst overskygge, da der kan være mange ligheder i symptombilledet. Et eksempel på diagnostisk overskygning fremhæves af en patient med bipolar lidelse og angst, som igennem de seneste fire år har haft tre blodpropper i hjertet. Patienten og hans hustru beskriver, hvordan de oplever, at den psykiatriske diagnose fjerner fokus fra, at det kan være hjertet, der er noget galt med - og hvordan det føles som en konstant kamp at opnå relevant behandling:

"Og der er det første gang, at det er rigtig meget med den der med at, er du nu sikker på, at det er det du mærker, at det ikke er angst? [hustru] (...) Vi bliver ved med at

fastholde, at det er slemt. Så går de med til at lave sådan en kontrastscanning (...) [hustru]. Det er efter vi har presset meget på for at få den scanning (...) Fordi det vil de faktisk ikke [patient]. (...). Og fire timer efter [scanningen], så ringer de, du skal komme på mandag, og vi skal have dig på en KAG med det samme, fordi så er det lukket til igen [blodåre] [hustru].”

Informant 6 og hustru

I patientinterviewet beretter patienten og hans hustru om oplevelsen af stigmatisering fra de sundhedsprofessionelles side vedrørende patientens psykiske lidelse i behandlingen af AKS. Blandt andet har patienten og hans hustru noteret sig, at lægerne har fremhævet den psykiske lidelse øverst i patientjournalen og noteret patientens og dennes hustrus reaktion i mødet med de sundhedsprofessionelle som dels ”fremtræder en smule mimikfattig og depressiv” (refererende til patienten) og dels ”virker bekymret og har let til tårer” (refererende til hustruen). Lægerne udtrykker i patientjournalen, som patienten læser op under interviewet, meget tydeligt deres tvivl omkring, hvorvidt det er patientens psykiske lidelser eller AKS, som forårsager symptomerne. Patienten og hans hustru er opmærksomme på og frustrerede over, at begge dele er forhold, som kan risikere at bidrage til, at symptomer på blodpropper hos patienten fejlagtigt afvises som en del af vedkommendes, og hans hustrus, mentale tilstand.

Som beskrevet i det ovenstående, giver patientinterviewene et indblik i forhold, der kan medvirke til at forsinke behandlingen. Selvom det ikke er entydigt, om de nævnte barrierer er særligt gældende for patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse, giver interviewene et indblik i, at psykisk lidelse eller andre somatiske sygdomme kan være faktorer, der overskygger symptomerne på eksempelvis AKS og lungekræft – og som kan medføre forsinkelse i behandlingen. Dette kan i værste fald få den konsekvens, at patienten ikke modtager behandling før det er for sent.

8.3 Sundhedsprofessionelle kan vurdere patienter med psykisk lidelse uegnede til behandling

Dette afsnit vedrører de barrierer, der kan medføre, at patienter med psykisk lidelse modtager en anden og eventuelt mindre optimal behandling, når de gennemgår udredning og behandling for AKS eller lungekræft.

Som det er påvist i Delstudie 1, findes der for AKS og lungekræft forskelle i andelen af patienter med og uden psykisk lidelse, der gennemgår effektive behandlinger. I forhold til AKS, er der som nævnt tidligere en lavere andel af patienter med psykiske lidelser, der gennemgår invasiv behandling efter diagnosticering med AKS, herunder ballonudvidelse med eller uden stentbehandling og bypassoperation, jævnfør afsnit 7.1.6. I forhold til lungekræft viser Delstudie 1, at en lavere andel af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse, modtager et initialt behandlingstilbud. Patienter med psykisk lidelse modtager også i mindre grad kirurgisk behandling og kemoterapi, og i højere grad strålebehandling, jævnfør afsnit 7.3.2.5. Interviews med sundhedsprofessionelle og feltstudier indikerer, at disse forskelle kan skyldes barrierer, som medfører, at patienter med psykiske lidelser kan stå overfor en større risiko for at blive vurderet uegnede til behandling.

Indenfor **lungekræft**-området benytter lægerne et redskab, en såkaldt *performance status*, til at understøtte vurderingen af tilbud om udredning og behandling for lungekræft. Vurderingen af patienternes performance status er en klinisk vurdering af patientens daglige aktivitetsniveau, der foretages af lægen på baggrund af patientens svar i indledende samtaler med sygeplejerske og læge på en lungemedicinsk afdeling. Til samtalerne spørges der ind til patientens sygehistorie samt andre

forhold vedrørende patienten, herunder højde, vægt, medicinforbrug, forbrug af cigaretter og alkohol, fysisk aktivitet, samlivsforhold, boligforhold og arbejde. Yderligere får patienterne foretaget lungefunktionsundersøgelser med henblik på at understøtte lægernes stillingtagen til, hvilke undersøgelser og hvilken behandling, patienten kan tåle. Der er således mange forskellige forhold, som indgår i vurderingen af, hvorvidt patienten er egnet til behandling. Begrebet *performance status* defineres som følgende:

Performance status

Performance status er en ranginddeling fra 0-5, som fortæller om patienternes daglige formåen. En performance status på 0 indikerer, at patienten er fuldt aktiv og i stand til at fortsætte med alle de funktioner, som patienten kunne forud for sygdommen. En status på 1 indikerer, at patienten er begrænset i fysisk anstrengende aktiviteter men oppegående og i stand til at udføre lettere fysisk arbejde. 2 indikerer, at patienten er oppegående i mere end halvdelen af dagen men ude af stand til at udføre arbejdsmæssige funktioner. 3 indikerer, at patienten er bundet til sengen i mere end halvdelen af dagen, og patienten har brug for hjælp til at klare sig selv. 4 indikerer, at patienten er fuldstændig bundet til sengen og har brug for hjælp til alt. En performance status på 5 indikerer, at patienten er tæt på at dø eller død [45].

Om betydningen af performance status for patienternes behandling uddyber en læge [tallene i citatet indikerer skalaen i performance status opgørelsen]:

"4, så er du sengebunden, der kan du ikke noget, der skal du have fuld hjælp til alting (...). Så vil vi ikke røre ved dem, vi vil ikke engang se dem. (...) De bliver allerede på papiret ud fra henvisning, eller ud fra det billeddiagnostiske materiale og oplysninger, vi har på patienten, der bliver de allerede udelukket (...) (...) 3'eren kan vi godt vurdere. Måske er det alligevel en 2'er. Grænsen for, at man vil operere eller give kemo for eksempel, den er 2. Medmindre man har en [patient] med meget aggressiv lungekræft, så kan vi også godt give det til nogle 3'ere, hvor vi tænker, at de er 3'ere, fordi de har lungekræft, som ligesom hvis vi får behandlet lungekræften, så bliver de bedre. Så der er sådan en gråzone der, ikke? 0 og 1, det er rigtig godt, altså 0 er det bedste selvfølgelig, ikke. 1 det er også okay. Det er også fint. Der må du også gerne operere. 2 der kan man godt blive lidt luren over operationen (...) så skal man alligevel tænke sig om, men man kan godt operere. Så det der spektrum, det er kæmpe stort og afgørende for, om vi vil, og om vi ikke vil."

Informant 27, læge, lungemedicinsk afdeling

Selvom feltstudierne indikerer, at der ikke spørges ind til patienternes psykiske helbred i de indledende samtaler, indikerer samtaler med både patienter og læger, at psykisk lidelse kan have en indirekte negativ betydning for patienternes performance status. Det uddybes af en læge fra lungemedicinsk afdeling:

"Ja hvis den psykiske sygdom medfører, at deres somatiske sygdomme heller ikke bliver taget hånd om. Altså hvis de har en sukkersyge som galopperer og ikke er, så vil det jo også have en betydning på deres performance [status]. Så på den måde kan det godt have en indirekte virkning. Altså performance status har som regel ikke nogen, hvad skal man sige, eller den psykiske sygdom har som regel ikke nogen direkte indvirkning på performance status, altså medmindre man er mentalt retarderet, der sidder i en kørestol og er så svært hjerneskadet. Men det er jo mere en

hjerneskade end psykisk sygdom, hvis man kan sige det sådan. Men som normalt vil psykisk sygdom jo ikke på den måde have en indvirkning på performance status, medmindre at den har nogle afledte effekter. Misbrug eller andre somatiske sygdomme, som der ikke er taget hånd om. Og det gør sig ofte gældende. (...) Det gør det ja.. En psykisk syg med kronisk sygdom, en kronisk somatisk sygdom. Det er en skidt kombination.”

Informant 27, læge, lungemedicinsk afdeling

I forhold til **AKS** foretages mange behandlinger akut, herunder ofte ballonudvidelse med stentbehandling. Hvis en blodprop imidlertid ikke er akut, men for eksempel sub-akut (hvis der er gået mere end 12 timer fra symptomdebut og hvor undersøgelse og behandling vurderes at kunne vente et antal timer), vurderer lægerne tilsvarende, oftest i dialog med patient, pårørende og eventuelt øvrige sundhedsprofessionelle, hvilken behandling, der er bedst egnet til den pågældende patient. I forhold til bypassoperation foretager lægerne en fælles vurdering af, hvorvidt patienten er egnet til operationen ved en fælles bypass konference. Her benyttes ikke performance status, omend forskellige forhold omkring patienten ligeledes tages i betragtning i forhold til, om patienten er egnet til operationen. I det nedenstående præsenteres de væsentligste forhold, der i følge data viser at have betydning for, at sundhedsprofessionelle vurderer en patient med AKS eller lungekræft og samtidig psykisk lidelse uegnet til behandling.

8.3.1 Somatiske komorbiditeter begrænser muligheder for behandling

I undersøgelsen forklarer flere læger, at tilstedeværelsen af øvrige somatiske sygdomme hos en patient kan blive en barriere for udredning og behandling, fordi der i sådanne tilfælde kan være en større risiko forbundet med behandlingen. Som det fremgår af afsnit 7.1.3, har patienter med AKS og psykiske lidelser en lidt større tilstedeværelse af relaterede somatiske sygdomme, når de rammes af AKS end patienter uden psykiske lidelser. En hjertelæge forklarer i følgende citat, at lægens vurdering af, hvorvidt en behandling bør gennemføres, altid vil være et spørgsmål om at opveje risiko versus gevinst af behandlingen:

”Det ene problem er jo, at de [mennesker med psykisk lidelse] generelt er mere syge end de andre (...) og der skal ligesom være et passende forhold mellem risiko og gevinst. Og hvis man er meget syg, så bliver den her balance skubbet i retning af, at det skal man ikke [behandle]. Fordi man risikerer at gøre mere skade end man gør gavn.”

Informant 16, læge, hjertemedicinsk afdeling.

Citatet illustrerer også, at patienter med psykiske lidelser, grundet øvrige somatiske sygdomme, kan være i forøget risiko for ikke at modtage behandling.

I forhold til **AKS**, forklarer læger, at det i tilfælde af visse andre somatiske sygdomme for eksempel kan være uhensigtsmæssigt at blive sat i blodfortyndende behandling, som en ballonudvidelse med stentbehandling kræver efterfølgende. Det kunne eksempelvis være, hvis patienten har blødende mavesår eller tidligere har haft en blodprop i hjernen. Herudover forklarer læger, at der kan være øget risiko ved behandling af patienter med svær nyresygdom, ligesom det kan være uhensigtsmæssigt for nogle patienter at blive koblet på hjertelungemaskine i forbindelse med en bypassoperation. Sådanne faktorer vil ifølge lægerne få betydning for vurderingen af, hvorvidt en ballonudvidelse eller en bypassoperation er den bedste løsning, eller om medicinsk behandling eksempelvis er et bedre alternativ.

Øvrige somatiske sygdomme kan også være en barriere for udredningen og behandlingen af **lungekræft**, blandt andet fordi det kan få betydning for patientens performance status. Læger beskriver, at især sygdommen KOL kan være problematisk, blandt andet fordi en dårlig lungefunktion, som KOL medfører, er forbundet med store risici i forbindelse med udredning og behandling for lungekræft. Det eksemplificeres med følgende citat, hvor en lungekræftpatient, som også lider af KOL beskriver, hvordan de sundhedsprofessionelle opgiver at operere ham for lungekræft grundet hans nedsatte lungefunktion:

"Det tør de ikke. Der er 95 % chance for at jeg blev invalid eller lam (...) jeg har jo kun 26 % lungekapacitet, og har du under 35 %, så vil lungen nærmest klapse sammen, hvis man går ind dernede, hvor de skulle ind, så det lod de være med."

Informant 12

Citatet viser, hvordan KOL, og den deraf følgende forringede lungekapacitet, bliver omdrejningspunktet for de sundhedsprofessionelles beslutning om at fravælge operation. Resultater fra Delstudie 1 bekræfter, at der blandt patienter med psykisk lidelse er flere, der har en KOL-diagnose, når de diagnosticeres med lungekræft sammenlignet med patienter uden psykiske lidelser. Dette indikerer, at de kan være i risiko for at modtage en mindre optimal behandling. Også andre somatiske sygdomme kan udgøre en barriere i behandlingen af lungekræft. Blandt andet beretter en patient om, hvordan hans kemobehandling er blevet udskudt grundet to betændte tænder i undermundens, der først måtte behandles før kemobehandlingen kunne påbegyndes.

Opsummerende viser data, at tilstedeværelsen af somatiske komorbiditeter øger risikoen for at patienten vurderes uegnet til behandling, ud fra sundhedsprofessionelles målsætning om ikke at gøre mere skade end gavn.

8.3.2 Når patienten ikke forstår og/eller kan give samtykke til udredning og behandling

I forhold til barrierer, som relaterer sig til psykisk lidelse, trækkes særligt én frem i interviews med sundhedsprofessionelle som en lidelse, der kan komplicere behandlingen for både AKS og lungekræft: Demens¹². I forhold til **AKS** gælder dette blandt andet KAG-undersøgelse, ballonudvidelse med eller uden stentbehandling samt bypassoperation. En læge forklarer, at udfordringen med patienter med demens primært hænger sammen med, at de ikke kan give samtykke til undersøgelse og behandling. Det fremgår ligeledes af interviews med to andre læger, at andre udfordringer for denne gruppe kan hænge sammen med, at patienten ikke altid er i ro eller i en tilstand, hvor de forstår, hvad de indvilger i. En læge uddyber følgende om betydningen af demens og patientsamarbejde for valg af behandling for AKS:

"Hvis patienten for eksempel har demenssygdom, stærk demenssygdom og ikke forstår overhovedet hvad det er, vedkommende bliver udsat for, så har der været nogle gange, hvor vi siger, 'ved du hvad, vi vælger medicinsk behandling', fordi det er nærmest overgreb ikke? Vi skal jo heller ikke bæltefikse patienterne på lejet for at lave en undersøgelse. Så vælger vi simpelthen medicinsk behandling (...) Det kan være etisk en stor problemstilling, fordi familien kan stå på den ene side og kræve, at patienten skal ind. Og på den anden side har patienten voldsomme smerter, men kan

¹² Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomme i hjernen, herunder Alzheimers. Demens er ifølge ICD-10-systemet en såkaldt organisk (legemlig) psykisk lidelse, som skyldes eksempelvis en skade eller sygdom i hjernen [125]. Demens indebærer en svækkelse af en eller flere kognitive funktioner, herunder hukommelse [126].

slet ikke samarbejde og ligge fladt på lejet osv. Så der kan være vitterligt et stort dilemma omkring det. Og der gør vi det, at vi [lægerne] tager hinanden til råds – vi konfererer sådan nogle patienter med hinanden (...) det kan være midt om natten, hvor det kan være en akut situation. Så skal du også se, om du overhovedet kan behandle patienten i den tilstand, de er i. Ellers må man ty til medicinsk behandling.”

Informant 17, læge, hjertemedicinsk afdeling.

To andre læger forklarer, at der godt kan være tilfælde af mindre svær demens, hvor patienten kan behandles, hvis patienten er i ro og i en tilstand, hvor de forstår, hvad de indvilger i.

I nogle tilfælde kan hjertelægerne vurdere, at det vil være mere hensigtsmæssigt for en patient at få foretaget en bypassoperation frem for ballonudvidelse. En bypassoperation er imidlertid en stor hjer-teoperation, hvor brystkassen åbnes, og der kan opstå en række komplikationer. Operationen kræ-ver, at patienten tager visse forholdsregler i perioden efter operationen. En sygeplejerske fortæller, at en bypassoperation blandt andet indbefatter en uges indlæggelse efter operationen, hvorefter patienten skal holde sig i ro i mindst to måneder. En læge forklarer, at mennesker med svær de-menssygdom sjældent får foretaget en bypassoperation, blandt andet på grund af netop disse for-holdsregler¹³:

”Hvis man har svær demenssygdom, så kommer man ikke til bypasskirurgi. Det tror jeg alle er enige i. For de kan slet ikke kooperere bagefter og huske de forholdsregler, der skal til. Det samme gælder psykiatriske patienter, hvis deres compliance er fuld-stændig lig nul. At dagen efter så er de ude på gaden og gå og brystkassen kan gå op og alle sådan nogle ting. Så tror jeg også man vælger ballonudvidelse og stent-behandling snarere end man tyr til bypasskirurgi.”

Informant 17, læge, hjertemedicinsk afdeling.

Også i forbindelse med udredningen og behandlingen af **lungekræft** peger de sundhedsprofessio-nelle på mennesker med demens som en gruppe af patienter, hvor udredning og behandling kan være særligt udfordrende. Også her er en af de større udfordringer ifølge de sundhedsprofessionelle, at mennesker med demens ikke selv kan tage stilling eller give samtykke til, om de selv ønsker en udredning eller behandling for lungekræft.

Flere af de sundhedsprofessionelle indenfor lungekræftområdet fremhæver ligeledes kompleksiteten ved at udrede og behandle mennesker med demenssygdom. En patient med demens, som i øvrigt har en dårlig almen tilstand, vil ifølge læger ofte blive vurderet uegnet til udredning og behandling. Lægerne kan imidlertid stå overfor en svær vurdering i de tilfælde, hvor patienten har en god almen tilstand, men ikke selv er i stand til at give samtykke til udredning og behandling. Flere af de sundhedsprofessionelle betoner betydningen af, at der er pårørende omkring patienten som afgørende for, at de overhovedet vil overveje et behandlingsforløb for en patient med demens. Vurderingen kan på mange måder være kompleks, hvilket en læge beskriver således:

”(...) Og det er den, der er så svær og så er det jo svært, hvis de ikke kan svare for sig. Når man sidder derinde, ikke? Hvad er vigtigt for dig. Og så bliver det bare hvad der er vigtigt for den pårørende så ikke, fordi det er dem, der kan svare for dem. Så noget af det værste jeg næsten synes, det er faktisk en dement. Det synes jeg er det

¹³ Jævnfør nedenstående citat anvendes begrebet 'compliance'. Compliance er et begreb, der bruges om patientens efterlevelse af behandlingsråd, hvortil en manglende efterlevelse af behandlingsråd betegnes som non-compliance. Denne definition indebærer, at patienten forventes at efterleve behandlerens råd [88]

sværeste. (...) Jeg ville være meget tilbageholdende med at behandle en dement. Jeg vil gøre alt, hvad jeg kunne for ikke at skulle gøre det, sådan vil jeg sige det.”

Informant 28, læge, onkologisk afdeling

Citatet viser, at vurderingen af udredning og behandling for mennesker med demens også på lungekræft-området kan være svær for sundhedsprofessionelle, blandt andet fordi det kan være vanskeligt at komme i dialog med patienten om patientens egne ønsker. En anden psykisk lidelse, der fremhæves af enkelte sundhedsprofessionelle som en lidelse, der ligeledes kan være forbundet med udfordringer i forhold til behandling er mental retardering. Ligesom med demens kan dette skyldes, at patienten ikke nødvendigvis fuldt ud forstår, hvad vedkommende indvilger i. En læge på en lunge- medicinsk afdeling fremhæver blandt andet oplevelsen af, at patienter med mental retardering har svært ved at indgå i behandlingsforløbet – og kan være svære for de sundhedsprofessionelle at håndtere. Det kommer til udtryk i det følgende citat:

”Det kan også være en udfordring, fordi på mange måder, så må man have samme tilgang til dem, som man har med børn, hvor rigtig meget det foregår i fuld bedøvelse, og fordi de ikke rigtig ved, hvad der foregår omkring dem.”

Informant 26

En sygeplejerske fortæller endvidere om en patient med mental retardering, hun havde tilset i et lungemedicinsk ambulatorie. Patienten havde ifølge sygeplejersken 'stejlet' over at skulle møde op til undersøgelser i lungekræftudredningen, hvortil bostedet havde konkluderet, at så kunne de ikke, fra bostedets side, få ham til at tage imod undersøgelser og behandling. Patientens værge fra bostedet havde tilkendegivet at, "det giver ikke mening. Han forstår det ikke" (Informant 15).

Behandlingsrådets analyse for 2022 viste, at særligt personer med organiske psykiske lidelser (demens, delir, hjerneskader) og mental retardering sammen med personer med skizofreni har en særlig forøget risiko for at dø indenfor det første år efter at have fået stillet en diagnose med AKS eller lungekræft sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse [24]. En del af forklaringen kan være forskelle i behandlingen for AKS og lungekræft. Som beskrevet i ovenstående peger data på, at særligt psykiske lidelser såsom demens og mental retardering kan medføre, at læger vurderer patienterne uegnede til behandling, blandt andet fordi patienterne i disse tilfælde kan være udfordrede i forhold til at kunne give informeret samtykke til behandlingen og forstå, hvad de indvilger i.

8.3.3 Brug af rusmidler som barriere for behandlingen

Interviews med sundhedsprofessionelle fra hjertemedicinske såvel som lungemedicinske afdelinger afspejler, at mennesker med rusmiddelbrug modtages relativt ofte på afdelingerne. I interviewene omtales det endvidere, hvordan de sundhedsprofessionelle oplever, at der ofte er en sammenhæng mellem patienter med psykisk lidelse og rusmiddelbrug. En læge fra en hjertemedicinsk afdeling forklarer eksempelvis, hvordan vedkommende oplever, at problematisk brug af psykoaktive stoffer og alkohol ofte er en form for selvmedicinering for psykisk lidelse¹⁴:

”Stofmisbrugere, om end det er til hyggebehov eller det er et regulært misbrug – så øger kokain og amfetamin risikoen for rytmeforstyrrelser og blodprop i hjertet, så dem møder vi af og til. Men det er jo også – hvorfor har man så det misbrug? (...) De, der så siger til mig at det giver mig sådan en ro og jeg får sådan styr på tankerne. Så er

¹⁴ Ifølge ICD-10-systemet hører misbrugslidelser til i gruppen af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, forårsaget af psykoaktive stoffer [90].

det jo nok fordi man har noget underlæggende, som man jo behandler (...) jeg vil så sige, at rigtig tit finder vi et overlap i at man selvmedicinerer sig med alkohol eller stoffer [interviewer: mod noget psykisk?] ja..”

Informant 19, læge, hjertemedicinsk afdeling

Lægen fra den hjertemedicinske afdeling forklarer endvidere, hvordan vedkommende oplever, at også rygning i nogle tilfælde kan være en form for selvmedicinering. Mennesker, som ryger, ses hyppigt på både hjertemedicinske og lungemedicinske afdelinger.

I forhold til **lungekræft**, er brug af rusmidler en af de faktorer som, de sundhedsprofessionelle fremhæver, kan have stor betydning for den yderligere udredning og valget af behandling af patienten, blandt andet fordi det kan medføre, at patienten udebliver fra aftalte undersøgelser og er sværere at undersøge ordentligt, som en læge fra lungemedicinsk afdeling beskriver:

”Også den type patient, der har det med måske at udeblive, og hvor det er svært at få fat i dem, og det er svært at gennemføre udredningen. Fordi de har jo en ustabil livsførelse, ikke og kan falde igennem og pludselig have en periode, hvor de drikker meget, og så kommer de jo ikke her. Det vil sige, der kommer også nogle gange nogle berusede mennesker, ikke, og dem kan vi heller ikke undersøge ordentligt.”

Informant 26, læge, lungemedicinsk afdeling

De sundhedsprofessionelle forklarer også, at brug af rusmidler i nogle tilfælde har den betydning, at patienterne kan være svære at bedøve, hvilket kræver andre foranstaltninger i forbindelse med udredningen: *”(...) hvis det er patienter med stofmisbrug, så vil de være sværere at bedøve til de undersøgelser, vi skal lave.” (...)* Så skal vi have anæstesiafdelingen med indover. Det har vi normalt ikke, så de får en særlig form for bedøvelse.” (Informant 26). Udredningen kan også være decideret farlig for patienten, hvis de har et rusmiddelbrug, og det er derfor også en af forklaringerne på, at de sundhedsprofessionelle vurderer en patient som uegnet til at blive udredt for lungekræft:

”Stofmisbrug, alkoholmisbrug, eller hvis de har så mange konkurrerende sygdomme, eller deres lungekræftsygdom er så udbredt eller en kombination af en eller flere ting som gør, at man siger, her vil udredning faktisk være farlig for patienten, og det vil vi faktisk ikke igangsætte.”

Informant 27, læge, lungemedicinsk afdeling

Flere læger fremhæver, at det kan være svært at behandle patienter, der har et rusmiddelbrug, fordi de blandt andet har en dårligere sårheling ved operation, og fordi brugen af rusmidler kan skabe komplikationer i en kemobehandling. Derfor er brug af rusmidler også noget, der har en stor indflydelse på de sundhedsprofessionelles beslutning om viderebehandling. Det kommer blandt andet til udtryk hos en læge, som beskriver, hvilke overvejelser vedkommende gør sig i forbindelse med vurderingen af, hvorvidt patienter med rusmiddelbrug kan tilbydes behandling:

”Og det betyder helt klart noget for mig, også i forhold til hvilken behandling, jeg kan tilbyde. Fordi det er klart, at hvis jeg er bekymret for, at de ligger og drikker sig fulde derhjemme og ikke kan håndtere deres egen bivirkning, så betyder misbruget rigtig meget for mig også. Det kan også betyde noget for, om de tillader nogle kommer indenfor dørene. Det ved jeg godt, og jeg har tit aftaler med patienter, hvor jeg ved, der er misbrugsproblematik. Altså så prøver jeg at bede dem om at være så åbne som muligt og snakke med mig om det. Og så er kunsten jo altid ikke at være

fordømmende. Men misbrugsproblematik er et kæmpe problem for behandlingsniveauet eller hvad jeg kan give af behandling.”

Informant 28, læge, onkologisk afdeling

I forhold til **AKS**, beskriver sundhedsprofessionelle tilknyttet hjertemedicinske afdelinger, at rusmiddelbrug ikke i sig selv er en barriere for ballonudvidelse. Til gengæld kan der her være en bekymring fra lægernes side om, hvorvidt mennesker med rusmiddelbrug efterlever lægernes behandlingsråd efter udskrivelse, herunder om de køber og tager den blodfortyndende medicin, der, som beskrevet yderligere i de følgende afsnit, er livsvigtig i månederne efter en ballonudvidelse med stentbehandling. En læge forklarer:

”Der er nogen, der måske har et aktivt misbrug og hvis de så har haft en stor blodprop og måske også nedsat pumpekraft, og de er også akut blevet behandlet med stent – så er der det her igen med at tager de så medicinen og retter sig efter... der er jo det her med, at hvis man har nedsat pumpekraft af en vis grad, så skal man passe meget på med væskebalancen, så man ikke får vand på lungerne (...) man vil typisk sige – hos nogle af dem med svært nedsat [pumpekraft], at man skal holde sig under halvanden liter væske om dagen. Men hvis de så drikker 20 bajere – og det kan de ikke lade være med – jamen så kan man hurtigt havne i problemer igen. Og der kan også være det der issue med at hvis man skal – i gåseøjne – betale for et misbrug, så er der også nogle gange, at de kan komme i økonomiske problemer med at betale for medicinen (...) Én ting er, at vi laver recepten, men går de rent faktisk ned og køber det og tager det?”

Informant 18, læge, hjertemedicinsk afdeling

Bekymringer vedrørende patientens efterlevelse af behandlingsråd i forhold til medicin kan derfor også få betydning for, hvorvidt lægerne vælger en ballonudvidelse med stentbehandling til en patient med rusmiddelbrug, eller om der gives en anden behandling.

I forhold til bypassoperation forklarer en sygeplejerske, at en af udfordringerne kan være, at eksempelvis problematisk brug af alkohol øger risikoen for komplikationer efter behandlingen. Hertil kommer, at lægerne kan være bekymrede for, om en patient med et rusmiddelbrug formår at tage de forholdsregler, der er nødvendige at tage efter en bypassoperation.

I modsætning til udredningen for lungekræft, der primært foregår ambulant, involverer udredning og behandling for AKS ofte en indlæggelse på hospitalet á typisk tre dages varighed. Ved bypassoperation er indlæggelsen længere, typisk omkring en uge. Interviews med sundhedsprofessionelle afspejler, at de oplever, at mennesker med rusmiddelbrug kan finde det svært blot at være indlagt på hospitalet i nogle få dage, blandt andet på grund af abstinenser. Også feltstudiet vidner om flere eksempler på personer med rusmiddelbrug, som er taget hjem fra afdelingen trods lægernes anbefalinger om at blive – med de risici, det indbefatter.

Opsummerende viser interviews med sundhedsprofessionelle, at brug af rusmidler kan være en barriere for udredning og behandling for både AKS og lungekræft. Mere end halvdelen af de mennesker, som har et rusmiddelbrug i Danmark, har også en psykisk lidelse [46]. Dette kaldes for en ”dobbelt-diagnose” [47]. Skal man nedbringe denne barriere, kalder det på en bevidsthed om, at patienter med brug af rusmidler kan have psykiske lidelser og behov for at blive understøttet for at kunne gennemgå et behandlingsforløb.

8.3.4 Bekymring for manglende efterlevelse af behandlingsråd

Ordet 'compliance' er et af de ord, der går igen i interviews med sundhedsprofessionelle i forbindelse med beskrivelser af udfordringer relateret til udredning og behandling af mennesker med psykisk lidelse – både i forhold til AKS og i forhold til lungekræft. 'Compliance' handler om patientens efterlevelse af behandlingsråd for eksempel i forhold til medicin og livsstilsændringer. I dag anses det som mere hensigtsmæssigt at anvende begreberne 'concordance' og 'adherence', som indbefatter dels, at behandlingsplanen er baseret på et partnerskab mellem behandler og patient (concordance) og dels, at patienten implementerer den behandlingsplan, som vedkommende i samspil med behandleren har besluttet sig for (adherence)¹⁵. I afsnittet anvendes begrebet adherence, som ofte bruges synonymt til compliance, men i højere grad inkluderer patienten som en ligeværdig, aktiv medspiller og beslutningstager vedrørende iværksættelse af sin behandling [48].

Interviews med sundhedsprofessionelle afspejler, at bekymringer vedrørende en patients adherence gør sig gældende på forskellige måder i forhold til AKS og lungekræft. Bekymringen for manglende adherence kan i begge tilfælde få betydning for, om lægerne vurderer det hensigtsmæssigt at gennemføre en udredning og behandling.

I forhold til **lungekræft** er problemer med, at patienten udebliver fra undersøgelser og behandling et af de temaer, der går igen i interviews med sundhedsprofessionelle. Problematikken vedrørende dette kan, som det vil blive beskrevet i et senere afsnit, både hænge sammen med økonomi, udfordringer med transport, overskud samt tidligere dårlige erfaringer med sundhedsvæsenet. Interviews med sundhedsprofessionelle afspejler også, at der kan være en bekymring for, om patienten eksempelvis formår at faste eller holde sig ædru før en undersøgelse, eller om patienten får afhentet og taget deres medicin efter anvisningerne. En sygeplejerske forklarer, at bekymringen for manglende efterlevelse af behandlingsråd her kan få betydning for den behandling, patienten kan tilbydes:

"Jo altså man kan jo sige altså man kigger (...) lidt på om de er compliant til behandlingen, ikke også. Det vil vi gøre, fordi der er rigtig mange, som ikke kan passe at tage piller, og ikke kan finde ud af, hvad der er morgen og aften og sådan noget."

Informant 30, sygeplejerske, lungemedicinsk afdeling

Fra et sundhedsfagligt perspektiv kan adherence også handle om, hvorvidt patienten formår at reagere på eventuelle bivirkninger, der kan opstå af for eksempel kemoterapi. Det fremgår af følgende citat med en læge, at vurderingen af, om en patient tilbydes en behandling, blandt andet kan afhænge af, om lægen vurderer, at patienten er i stand til at 'tage vare på sig selv og råbe højt' og 'reagere på det, de skal' i tilfælde af bivirkninger:

"Altså i bund og grund, så vurderer jeg om patienten kan tåle at få en bivirkning til noget af det behandling, jeg giver, som kan være livstruende. Altså nogle af mine bivirkninger kan være livstruende (...) Jeg vil jo aldrig have min behandling tager livet af en patient. Jeg vil have det modsatte. Så derfor så vil jeg have, at jeg kan sikre mig, at patienten kan tage vare på sig selv og råbe højt i tilfælde af en bivirkning, der kan være livstruende. (...) Så jeg kan jo godt finde på at give en meget skrøbelig patient behandling, altså en psykisk skrøbelig patient behandling, hvis der er en

¹⁵ Compliance er et begreb, der bruges om patientens efterlevelse af behandlingsråd, hvortil en manglende efterlevelse af behandlingsråd betegnes som non-compliance. Denne definition indebærer, at patienten forventes at efterleve behandlerens råd [48]. Begreberne Concordance og adherence kan også benyttes i forbindelse med patientens efterlevelse af behandlingsråd. Concordance betegner en proces baseret på et partnerskab mellem behandler og patient, hvor patientens perspektiver respekteres på lige fod med behandlerens. Adherence kan defineres som det omfang, patienten implementerer den behandlingsplan, som vedkommende i samspil med behandleren har besluttet sig for [48,127].

omgangskreds omkring patienten, som jeg tænker, giver mening. Men jeg kan også undlade at give en patient behandling, hvis de er meget psykisk skrøbelige, men selvom almen tilstanden er okay, så kan jeg blive bekymret for, om de kan reagere på det de skal.”

Informant 28, læge, onkologisk afdeling.

I forhold til **AKS** er patientens efterlevelse af lægens anbefalinger i forhold til medicin et tema, der går igen i samtlige interviews med læger og flere sygeplejersker fra hjertemedicinsk afdeling. Det handler om, hvorvidt patienten er indforstået med – og efterlever – at tage sin medicin, herunder særligt den blodfortyndende medicin, for eksempel efter en ballonudvidelse med stentbehandling (PCI) – også kaldet sekundær forebyggende behandling. Bekymringer for patientens adherence i forhold til medicin kan potentielt være en barriere for undersøgelse og behandling, fordi lægerne i tilfælde af, at patienten ikke tager medicinen efterfølgende, ved, at behandlingen i så fald kan være dødelig. Hvis en patient behandles med stent uden at tage det blodfortyndende medicin efterfølgende, er der en forøget risiko for, at der dannes en alvorlig blodprop i stenten igen – en ”stent-trombose”, og dermed for, at patienten ikke overlever behandlingen. En læge fra en hjertemedicinsk afdeling udtrykker det således: *”Hvis de ikke vil tage deres medicin, så skal de ikke behandles. For så gør vi dem ikke en tjeneste, så slår vi dem ihjel.”*(Informant 16).

Interviews med samtlige læger afspejler, at uanset om AKS behandles akut eller sub-akut, så kan lægerne i nogle tilfælde være alvorligt bekymrede for, om visse patienter, herunder i nogle tilfælde patienter med psykisk lidelse, ikke får taget den livsvigtige medicin efterfølgende. En læge forklarer eksempelvis, at noget af det vedkommende overvejer, hvis det fremgår af en patientjournal, at patienten har en psykisk lidelse, er patientens adherence i forhold til medicin. Også her kan lægerne være særligt bekymrede for mennesker med misbrug. En læge fra en hjertemedicinsk afdeling siger for eksempel: *”Det gælder ligeså meget misbrugere. Hvis de ikke ligesom har en stabil hverdag, så kan man være alvorligt bange for, om de kan finde ud af at tage medicinen.”* (Informant 16).

I de tilfælde, hvor en behandling ikke er akut, gør lægerne derfor særligt meget ud af at tale med patienter og eventuelt pårørende forud for eksempelvis en KAG-undersøgelse og ballonudvidelse med stentbehandling om, hvorvidt patienten er indforstået med at tage medicinen efterfølgende. Hvis en blodprop i hjertet derimod er akut, må KAG-undersøgelser og ballonudvidelse foretages uden forudgående overvejelser og samtaler med patienten angående den medicin, der skal tages efterfølgende. Det fremgår af Delstudie 1, afsnit 7.1.5, at mennesker med psykisk lidelse i mindre grad end patienter uden psykisk lidelse følger medicinsk behandling efter AKS i overensstemmelse med retningslinjerne. Lægernes bekymring vedrørende initiering af sekundær forebyggende behandling blandt mennesker med psykisk lidelse er således underbygget af analyserne i Delstudie 1.

I forhold til AKS kan også være andre udfordringer, der relaterer sig til adherence – blandt andet i forbindelse med en bypassoperation. Som det fremgår i nogle af de tidligere citater vedrørende patienter med demens og brug af rusmidler, kan lægerne blandt andet være bekymrede for, om patienterne formår at tage de forholdsregler, som er nødvendige efter en bypassoperation, herunder at skåne sig selv og forholde sig i ro i månederne efterfølgende. Dette kan få den konsekvens, at lægerne vælger en alternativ behandlingsform. Det gælder ligeledes for patienter med andre psykiske lidelser, såfremt lægerne er bekymrede for, om de kan tage vare på sig selv og følge vigtige anvisninger efter behandlingen.

Resultaterne fra dette afsnit indikerer, at patienter med psykiske lidelser kan være i særlig risiko for at blive vurderet uegnede til behandling for AKS og lungekræft i de tilfælde, hvor læger er bekymrede for patientens efterlevelse af behandlingsråd. Denne bekymring gælder blandt andet, når der er tale om patienter med dobbeltdiagnoser og patienter med demens samt i andre tilfælde, hvor den

psykiske lidelse har stor indflydelse på patienten og dennes muligheder for eksempelvis at tage den anviste medicin og på anden vis tage vare på sig selv.

8.3.5 Dårlig økonomi som barriere for lige behandling

Feltstudier samt interviews med både patienter og sundhedsprofessionelle vidner om, at patienternes individuelle økonomi kan udgøre en barriere for udredningen og behandlingen af lungekræft såvel som AKS.

I forhold til **lungekræft** kan økonomiske udfordringer, som beskrevet i afsnit 8.4.2, gøre sig særligt gældende i forbindelse med den transport til - og fra hospitalet, som en udredning og behandling for lungekræft kræver.

I forhold til **AKS**, er patienternes økonomi også et emne, der omtales af sundhedsprofessionelle som en potentiel barriere for behandling - i dette tilfælde er det en barriere for køb af medicin, der eksempelvis skal tages i perioden efter en ballonudvidelse med stentbehandling for at forebygge nye blodpropper. Flere læger og sygeplejersker oplever nemlig, at nogle patienter giver udtryk for, at de ikke har råd til at betale for den hjertemedicin, der både er vigtig for deres behandling og for deres overlevelse. Læger og sygeplejersker forklarer, at det for eksempel kan dreje sig om mennesker, der er på sociale ydelser; mennesker, som har mange andre sygdomme, hvor der skal betales for medicin eller mennesker, som har en afhængighed, der skal betales for – såsom rygning, alkohol- eller stofbrug. En læge forklarer, at dette også ofte gælder for patienter med psykisk lidelse:

”Det er sådan, at når man behandler akutte blodpropper, så findes der flere slags blodfortyndende behandling. Og mange gange er det sådan, at hvis man har, hvad skal man sige, dårlig økonomi, så ved vi godt, at de ikke kan købe den bedste medicin, der er tilgængelig (...) Det gælder også patienter, der i forvejen er på sociale ydelser, det eksisterer også for dem, men hovedsageligt har jeg bidt mærke i det for patienter med psykiske lidelser – også fordi de får masser af andre medicin, de skal betale for.”

Informant 17, læge, hjertemedicinsk afdeling.

Som nævnt i et tidligere afsnit giver lægerne udtryk for, at det er meget vigtigt, at patienterne tager deres blodfortyndende medicin, for eksempel efter en ballonudvidelse med stentbehandling, da der ellers er en forhøjet risiko for, at der kan dannes en ny blodprop, som patienten risikerer at dø af. Samtlige læger udtrykker samtidig, at de kan være bekymrede for, om visse patienter, herunder patienter med psykiske lidelser, får taget den vigtige medicin – en bekymring, der som påvist i afsnit 7.1.5 er statistisk underbygget og derfor velbegrunderet.

Flere læger fortæller derfor, at de i mange tilfælde vælger at udskrive en billigere medicin til de patienter, hvis økonomi er dårlig. Ræsonnementet er, at det er bedre, at patienterne får taget en billigere medicin end slet ingen. Den billigere medicin, forklarer flere læger, er en medicin, der blev brugt for år tilbage, men som nu er erstattet af et andet produkt. En læge siger:

”(...) det bliver de spurgt direkte til – at det her [blodfortyndende medicin] kommer til at koste dig så og så meget, men vi har en anden, som vi brugte før og vi ved det virker også, men den er billigere. Men er det Hr. og Fru Danmark fra Gentofte så får de selvfølgelig den dyrere medicin. Der bliver de ikke spurgt overhovedet (...) det har jeg tit og ofte oplevet hos psykiatriske patienter, at man automatisk vælger billigere medicin – i samråd med patienten faktisk (...) ulighed i valget af medicin er tydeligt hos psykiatriske patienter.”

Informant 17, læge, hjertemedicinsk afdeling.

Lægens udsagn illustrerer også, at den dyrere medicin automatisk udskrives til økonomisk mere velstående patientgrupper.

Flere danske og internationale studier har søgt at belyse netop effekten og sikkerheden af brugen af forskellige typer medicinsk behandling efter AKS, herunder efter ballonudvidelse med stentbehandling [49–52]. To nyere danske studier konkluderer, at i sammenligning med den dyrere medicin, er den billigere medicin forbundet med forøget risiko for eksempelvis tilbagevendende blodprop i hjertet, blodprop i hjernen (iskæmisk stroke) eller død som følge af hjerte-kar-sygdom (kardiovaskulær død) indenfor ét år efter behandlingen af STEMI-patienter [51,52]¹⁶. Flere undersøgelser peger på, at det kan være hensigtsmæssigt at vælge forskellige typer af medicinsk behandling alt efter patientens sygdom og risikoprofil. Det er uhensigtsmæssigt, at patienter modtager forskellige typer af medicin baseret – ikke på saglige hensyn – men på individuel økonomi, særligt når det er påvist, at det billigere præparat er forbundet med ringere effekt og sikkerhed for patienten.

I forhold til valg af medicin står lægerne imidlertid i en vanskelig situation, fordi de vurderer det vigtigere, at patienterne modtager den billigere medicin end slet ingen. En sygeplejerske fremhæver i et interview sin ærgrelse over, at patienter med psykiske lidelser ikke altid har økonomisk mulighed for at følge deres medicinske behandling og således løber store helbredsmæssige risici:

”Det er mest de psykisk udfordrede som kommer ind, som har en blodprop igen, fordi de ikke har taget deres blodfortyndende [medicin] - fordi de ikke har forståelse eller økonomi til at følge behandlingen. Og det synes jeg er ærgerligt. Det synes jeg er rigtig ærgerligt. For det vil jeg mene, vi godt kan finde penge til. Så må man tage lidt fra kunsten eller andre steder.”

Informant 24, sygeplejerske, hjertemedicinsk afdeling

Sygeplejersken fremhæver, at hun synes hjertemedicinen burde gøres gratis for patienter fra de laveste indkomstgrupper.

I Danmark er der generelt offentligt tilskud til meget af den medicin, der udskrives på recept. Det betyder, at tilskud til medicin automatisk fratrækkes prisen, når medicinen købes på apoteket. Ordningen er baseret på en såkaldt trappemodell, der betyder, at tilskuddet bliver større, jo mere medicin, der købes. Efter et år nulstilles ordningen, så medicinen igen bliver dyrere, når et nyt tilskudsår begynder. Ud over det generelle offentlige tilskud, er der forskellige muligheder for at søge om supplerende tilskud. Er behandlingen nødvendig og helbredsmæssigt begrundet, og har en borger ikke selv råd til at betale for medicinen, er der blandt andet mulighed for at søge sin kommune om resten af betalingen [53]. Ovenstående illustrerer imidlertid, at patientgruppens økonomiske udfordringer relateret til køb af medicin er et bestående problem, hvilket også understreges af fagprofessionelle og forskere i Delstudie 3.

8.3.6 Manglende socialt netværk og social støtte

Særligt i forhold til **lungekræft**, fremhæves patientens sociale netværk og social støtte i interviews som noget, der kan have betydning for, om denne vurderes egnet til behandling. I modsætning til et typisk AKS-behandlingsforløb, strækker udredning og behandling for lungekræft sig over en længere periode, der omfatter gentagne besøg på hospitalet. Det er blandt andet i forbindelse med disse besøg, at det sociale netværk i form af pårørende, støttekontaktpersoner eller anden støtte kan være af afgørende betydning. I interviews med patienter og sundhedsprofessionelle spiller det sociale

¹⁶ Studierne sammenligner det billigere blodfortyndende medicinpræparat "clopidogrel" med de dyrere alternativer "prasugrel" og "ticagrelor".

netværk en rolle i udredningsforløb og behandling. Det viser sig eksempelvis i forbindelse med transport til og fra undersøgelser, støtte til faste forud for undersøgelser samt støtte til opretholdelse af motivation for at møde op og deltage i konkrete undersøgelser og behandlinger.

En læge forklarer i et konkret eksempel med en patient med paranoid skizofreni, hvordan det at patienten havde sine forældre omkring sig, fik betydning for lægens vurdering af, hvorvidt han ville tilbyde behandling:

"For eksempel havde jeg for nyligt en relativt ung mand, men hans forældre var omkring ham. Han havde paranoid skizofreni, og han formåede jeg at give behandling, fordi jeg vidste de var omkring ham (...). Og han fulgte faktisk til punkt og prikke hvad jeg sagde, men jeg havde nok ikke givet ham behandling, medmindre han havde sit netværk omkring sig heller vel. Så havde jeg tænkt mig rigtig godt om."

Informant 28, læge, onkologisk afdeling.

Det sociale netværk viser sig også med betydning for, om patienterne møder op og undersøges i lungekræftudredningsforløbet, hvilket en læge på lungemedicinsk afdeling fremhæver:

"Hvis de har en støttekontaktperson, bor på et bosted, hvor der er nogle andre, der kan hjælpe dem. Det hjælper rigtig meget, og så er det med at få dem ind til undersøgelserne, få dem ind og fortælle dem, hvad det går ud på. Der er det også rigtig vigtigt at, at de har noget netværk, eller nogen der kan hjælpe dem. Dem, der er alene, det er altså svært at dem ind og få dem undersøgt, fordi de ikke... de kan godt sige ja vi kommer, men så kommer de ikke."

Informant 27, læge, lungemedicinsk afdeling.

Det underbygges af patientinterviewene, hvordan patienternes netværk har en afgørende betydning i forhold til at understøtte udredning og behandling. Et eksempel på dette illustreres i følgende patientfortælling:

Patientfortælling: "Det var for at modarbejde dem"

John er en mand på 62 år. Han har ingen uddannelse og har haft forskellige typer af ufaglært arbejde, indtil han i 30-årsalderen får tildelt førtidspension. John og hans hustru fortæller, hvordan deres familieliv med to små børn pludseligt vendes på hovedet, da han en dag pludselig forsvinder fra familiens bopæl og dukker op senere på dagen sammen med politiet. Herefter indlægges han ad flere omgange på psykiatrisk afdeling og får diagnosen paranoid skizofreni.

John ryger cigaretter og har røget mange år. Han lider af KOL og er igennem flere år blevet fulgt på lungeafdelingen på grund af hoste og vejrtrækningsbesvær. Henover en weekend, hvor parret er i udlandet, bliver han dårlig, og hustruen beskriver ham som voldsomt træt og grå i ansigtet. John mener ikke selv, at der er noget galt. Da de kommer hjem, får Johns hustru ham til at bestille en tid hos egen læge. Lægen, som først har tid til at se John fire dage senere, konstaterer, at John skal indlægges akut, og parret bliver bedt om at køre på hospitalet.

På hospitalet indlægges John på akutmodtagelsen og dernæst på en anden afdeling. I perioden, hvor John er indlagt, indlægges han også på intensivafdelingen i en periode. John tilbydes en scanning under indlæggelsen, og om den fortæller hans hustru, at hun må tage tidligt fri fra arbejde for at få ham til at tage imod den, fordi John ikke samarbejder: *"Jamen så lå han der-nede (...), men han ville ikke rigtig samarbejde. Nej, der måtte jeg jo også lige markere, og så*

måtte jeg tage noget fri fra arbejde og så køre ud og så få ham til det. Og der ville de have ham i sådan en scanner og det ville han ikke, men jeg sagde, det gør du altså! Og det fik de ham jo så til."

John fortæller selv om episoden med scanningen, at han modsætter sig for at modarbejde de sundhedsprofessionelle, fordi som han beskriver: "Jeg ikke måtte komme ned og ryge" og "Jeg havde fået sat en seddel op ved min seng 'Han må ikke få mere væske i dag' (...)".

Resultatet fra scanningen indikerer et behov for yderligere undersøgelser, men fordi John iler dårligt, vurderer lægerne, at de ikke kan foretage en lungebiopsi, og i stedet tilbydes John en kikkertundersøgelse, hvor der tages en vævsprøve. John får konstateret lungekræft og indkaldes til samtaler på kræftafdelingen. Johns hustru fortæller, at lægerne tilbyder ham livsforlængende strålebehandling, men at de ikke kan tilbyde ham kemobehandling, fordi de ikke ved, hvordan han vil reagere på det. John selv er imod at få kemobehandling på grund af de mulige bivirkninger, som hans hustru forklarer: "Det ville han ikke, fordi det kan man dø af".

Johns hustru fortæller, at noget af det, der har været svært ved Johns sygdomsforløb, har været at få ham til at tage imod de undersøgelser og behandlinger, han er blevet tilbudt. Hun forklarer: (...) Altså hvor han sommetider siger, nej, det gider han ikke. Og så skal jeg ind og markere og sige 'Det gør du bare! Vi skal have det her undersøgt, hvad der er galt.' (...) (...) Og som jeg siger, hvis vi ikke havde gjort noget, jamen var han så væk i dag?".

(Informant 9)

Flere af de sundhedsprofessionelle fremhæver betydningen af en kontaktperson eller anden social støtte som en måde, hvorpå man kan fremme mulighederne for behandling af patienter med psykisk lidelse. Eksempelvis fremhæver en læge, at det ville have stor betydning for den behandling, han kan tilbyde patienterne, hvis han vidste, at de bliver tilset en gang dagligt hjem – men at han for nuværende er i tvivl om patienten bliver 'grebet' af eksempelvis kommunen.

"Ja altså der er ingen tvivl om, tror jeg, at psykisk sårbare har jo ofte dårligere netværk, ikke? (...) Altså hvis jeg vidste, at der var nogen, jeg kunne bede om at hjælpe patienten på en eller anden måde, ikke? Hvis jeg var sikker på, at kommunen i forbindelse med, at jeg gav kemoterapien stillede op med en eller anden, der lige kiggede ind til patienten dagligt. Det behøver jo ikke at være lang tid, det kunne bare være 5 minutter. Sagde hej Hr. Pedersen, hvordan går det med dig? Ja, så kunne jeg måske gennemføre noget behandling, jeg ellers ikke havde gennemført på patienten. Men jeg ved aldrig, hvad der sker, når jeg kaster sådan noget i kommunen, vel. (...) Jeg prøver jo og så giver jeg behandling og håber, at de er der, (...) men jeg aner det reelt ikke."

Informant 28, læge, onkologisk afdeling.

Betydningen af social støtte i form af en kontaktperson kommer konkret til udtryk i flere af patientinterviewene. Blandt andet fortæller en patient med mave- og tarmkræft og hans hustru, hvordan kontakten til en socialsygeplejerske i kræftforløbet har stor betydning med hensyn til at understøtte deres ressourcer – hun kommer i deres hjem en gang om ugen, understøtter udskiftningen af pumper og plastre, hun beroliger, understøtter med viden, understøtter parret i at søge hjælp og støtte og stiller krav, som det kommer til udtryk i følgende citat:

"(...) Jamen hun giver bare ikke op. Hun kom for at hjælpe os med at søge det legat til Kræftens Bekæmpelse. Det har de ikke sagt noget om på hospitalet, det fortalte [socialsygeplejersken] os. (...) altså vi blev lovet svar inden på 14 dage. Der gik en måned eller sådan noget? Vi fik ikke noget svar, hun blev bare ved med at ringe derind og hun holder jo bare ikke op, før vi fik et svar. Og så til sidst, og så gik der to dage og så havde vi fået legatet og fik nogle af pengene udbetalt "

Informant 13 og hustru

I forhold til **AKS**, er betydningen af socialt netværk ikke nær så fremtrædende en faktor i interviews med sundhedsprofessionelle, når det gælder vurderingen af, hvorvidt en patient er egnet til en behandling eller ej. Det kan blandt andet hænge sammen med, at behandlingen for AKS ofte er begrænset til nogle få dages indlæggelse på hospitalet, og ikke i samme grad som med lungekræft forløber over en længere periode, der involverer gentagne besøg på hospitalet samt krav til, at patienten skal holde modet og motivationen oppe gennem en længere sygdomsperiode. Der er dog eksempler på, hvordan det sociale netværk også kan have en betydning i forhold til behandlingen for AKS. Ligesom det i høj grad gør sig gældende i forhold til lungekræft, handler det også her om, at eventuelle pårørende, støttekontaktpersoner eller anden støtte kan bidrage til at fremme patientens mulighed for at efterleve behandlingsråd om for eksempel medicin eller forebyggende livsstilsændringer.

Som nævnt tidligere, knytter en væsentlig bekymring fra hjertelægernes side sig til patientens adherence i forhold til medicin, når det gælder behandlingen for AKS. Her beskriver en læge, at han i den forbindelse er opmærksom på, hvorvidt en patient har et socialt netværk omkring sig, der kan understøtte medicinindtaget:

"Dem, jeg sådan er stødt på de har egentlig været velbehandlede, de har været i stabil-fase med deres psykiske sygdom, så jeg synes ikke sådan, det har givet problemer, men i forhold til den del med ballon og stentbehandlingen er man opmærksom på, at de nu også vil kunne tage medicinen bagefter (...) Så man er sådan lidt mere opmærksom på at sikre sig, at de selv er så gode eller måske kommer fra et opholdssted, hvor der er nogen, der hjælper dem med at tage medicinen, så man er sikker på, at det får de altså også hver dag, for det er ret vigtigt."

Informant 18, læge, hjertemedicinsk afdeling.

En læge nævner desuden, at man ikke vil kunne klare sig selv, når man er blevet bypassopereret. Bypassoperation er som nævnt tidligere en stor hjerteoperation, der kræver særlige forholdsregler i månederne efter indgrebet. Det indikerer, at det sociale netværk også i forbindelse med bypassoperation spiller en væsentlig rolle.

Opsummerende viser afsnittet, at patienter med psykiske lidelser kan være særligt udsatte for at blive vurderet uegnede til behandling for AKS og lungekræft, hvis de mangler socialt netværk og støtte. Udfordringen er, at personer med psykisk lidelse, sammenlignet med personer uden psykisk lidelse, har større risiko for at mangle det sociale netværk, der kan muliggøre behandling [54].

8.4 Patienter med psykisk lidelse kan sige nej tak til -, modsætte sig - eller udeblive fra behandling

Flere af de sundhedsprofessionelle på de lungemedicinske og hjertemedicinske afdelinger beskriver oplevelsen af, og eksempler på, at patienter med psykiske lidelser i højere grad end andre patienter takker nej til eller udebliver fra undersøgelser og behandling for **AKS** og **lungekræft**. Det kan medføre, at patienterne afsluttes, eventuelt midlertidigt, uden yderligere udredning og behandling, som en læge fra lungemedicinsk afdeling beskriver i det følgende citat.

”Altså vi har jo flere eksempler på patienter, som ikke har noget støtte og netværk, og hvor selv egen læge har svært ved at få fat i dem. Og vi har flere, der er udeblevet fra scanninger, og så bestiller man scanningerne på dem igen og så sådan kører det 3-4 gange, og så ender vi med, at vi simpelthen må afslutte dem. Og så giver jeg lægen besked om, at det bliver de nødt til at tage hånd om ude i praksis. Og så må patienten henvises igen, når han/hun er motiveret.”

Informant 27, læge, lungemedicinsk afdeling.

På lungekræftområdet bekræftes lægernes erfaring af resultater fra Delstudie 1 (afsnit 7.3.2.3), som viser, at en større andel af patienter med psykisk lidelse – sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse – selv vælger at afbryde behandlingsforløbet. Ligeledes bekræfter Delstudie 1, at en større andel af patienter med psykisk lidelse afbrydes i behandlingsforløbet på hospitalet – primært på grund af manglende fremmøde. I de følgende afsnit udfoldes de barrierer, som bidrager til at patienter i nogle tilfælde takker nej til behandling, forlader afdelingen eller udebliver fra undersøgelser og behandling.

8.4.1 Uoverskuelige udrednings- og behandlingsforløb

Specielt i forhold til **lungekræft** peger feltstudier og interviews med sundhedsprofessionelle på, at en af forklaringerne på, at nogle patienter med psykiske lidelser siger nej tak til udredning og behandling er, at selve udredningsforløbet for lungekræft kan virke uoverskueligt for patienten. Udredning for lungekræft involverer, at patienten typisk i samtaler med sygeplejerske og læge tilbydes flere forskellige undersøgelser med få dages mellemrum såsom lungefunktionsundersøgelse, CT-scanning og/eller kombineret CT/PET scanning, vævsprøver og udtømning af væske fra lungehulen (pleuracentese).

Det accelererede patientforløb med mange undersøgelser på kort tid stiller høje krav til, at patienten på egen hånd skal efterleve behandlingsråd, herunder eksempelvis, at patienten skal sørge for holde pause med sin medicin, faste og møde op til undersøgelser på bestemte tidspunkter. Dette kan, ifølge sundhedsprofessionelle, være særligt udfordrende for patienter med svære psykiske lidelser og rusmiddelbrug.

Et greb, som de sundhedsprofessionelle fremhæver, at de kan bruge til at understøtte patientens muligheder for at indgå i forløbet, er at indlægge en patient dagen før en undersøgelse eller behandling. Frem for at bede patienten om at møde op på dagen, kan dette være nyttigt, hvis de sundhedsprofessionelle har oplevelsen af, at det kan være svært for patienten at afholde sig fra eksempelvis alkohol inden en undersøgelse. En indlæggelse kan således understøtte, at undersøgelsen eller behandlingen kan gennemføres, som en læge forklarer:

"(...) mit indtryk er, at man gør, man gør alt eller man gør meget for at få den enkelte ind i vores behandlingssystem med de ting, vi nu kan tilbyde, og vi gør også ekstraordinære ting. Vi indlægger for eksempel patienter dagen før (...) så ligger de oppe på vores sengeafdeling, så har vi styr på, at de i hvert fald ikke drikker det døgn."

Informant 26, læge, lungemedicinsk afdeling

På trods af nogle muligheder for individuel tilpasning, er der nogle rammer i kræftpakkeforløbet, som stiller krav til patienterne med hensyn til at passe ind. En læge forklarer:

"Fordi der er begrænsede ressourcer, og man kan ikke lige give nye tider, nye tider, nye tider eller have åbne tider, hvor du bare kan komme, når du vil. Altså sådan er sundhedsvæsenet ikke organiseret. Og vi har kræftpakker. Tingene skal gå hurtigt."

Informant 26, læge, lungemedicinsk afdeling

Både sygeplejersker og læger beskriver udredningsforløbet og behandlingen for lungekræft som udfordrende for patienterne og som et forløb, der medfører, at også andre patienter end patienter med psykiske lidelser i nogle tilfælde vælger at takke nej. Feltstudierne viser, at sygeplejerskerne, med henblik på at understøtte patienternes mulighed for at overskue og gennemgå forløbet, benytter sig af overbliksskemaer over undersøgelserne, som gennemgås med og udleveres til patienten, gule overstregninger og post-its med vigtig information. Alligevel kan forløbet forekomme indviklet og uoverkommeligt for patienten, som denne sygeplejerske beskriver om den information, der videregives til patienten under forundersøgelsen i forbindelse med lungekræftudredning:

"De glemmer 80 % af hvad, der bliver sagt. Men de får det med hjem på skrift. (...) Vi gennemgår sådan det vigtige. Det med at de skal faste, de skal holde pause med deres blodfortyndende, og de må ikke spise og drikke og det der, men jeg siger altid, alt det jeg siger, det står her. Så gå hjem og læs det godt igennem."

Informant 31, sygeplejerske, lungemedicinsk afdeling

De fastlagte rammer til forundersøgelser på lungemedicinsk afdeling stiller høje krav til kommunikationen med patienten - blandt andet for at undgå, at patienten siger ja eller nej til behandling på forkert grundlag, som denne læge fra en lungemedicinsk afdeling forklarer: *"Når man har en manglende forståelse for, hvad det er, man går ind til, så har man også en større tendens til at vælge det fra."* (Informant 27). Sygeplejerske og læge skal på kort tid (20 minutter eller 45 minutter afhængig af om læge og sygeplejerske gennemfører forundersøgelserne sammen eller hver for sig) foretage lungefunktionsundersøgelser på patienten, spørge ind til oplysninger vedrørende patienten og dennes sygehistorik, oplyse om foreløbige prøvesvar og præsentere de undersøgelser (ofte flere), som patienten tilbydes inklusiv blandt andet hvornår, hvor og hvordan undersøgelserne finder sted, eventuelle risici ved undersøgelserne og mulighederne for beroligende medicin. Ydermere skal de sundhedsprofessionelle forholde sig til patientens svar på, om de ønsker at tage imod undersøgelserne og eventuelle bekymringer og spørgsmål. Feltstudie og interviews viser eksempler på sygeplejersker, der indenfor de givne rammer er opmærksomme på at tilpasse informationsmængde og informationsniveau til den patient, der tales til, således læger og sygeplejersker ikke føler, at de "taber" patienten undervejs i dialogen.

Et forhold der også kan medføre, at patienterne oplever udrednings- behandlingsforløbet uoverskueligt, er selve transporten til og fra sygehuset. Patientinterviewene viser, hvordan transporten frem og tilbage i forbindelse med særligt lungekræftudredning og -behandling, som ofte forløber over et længere forløb, i flere tilfælde kræver enten en pårørende eller anden social støtte eller transport via kørselskontoret og kan påvirke patienternes motivation til at møde op. Som det eksempelvis kommer til udtryk hos støttepersonen til en kræftpatient:

"(,,) men der til sidst, der sagde han 'Det gider jeg ikke, fordi at det er for besværligt'. Rende der først det ene sted og så det andet sted, og al det kørsel, og han skulle ringe til kørselskontoret hver gang og skændes med dem om... For han var nemlig ikke førtidspensionist dengang. Der var han kontanthjælpsmodtager, og så er det ret svært at få noget kørsel egentligt, så det var altså sådan noget bøvl, hver gang. (...) Så der var han bare sådan 'Det gider jeg ikke'. Og jeg kan altså ikke huske, hvornår han sidst har været til noget kontrol med hans kræftsygdom"

Informant 14

Data tydeliggør således, at der for patienter med psykisk lidelse kan være udfordringer i forhold til lungekræftudredning. Den komplekse og hurtige udredningsproces kan være overvældende, og kravene til patientens adherence, herunder medicin håndtering, faste, og transport, kan være særligt udfordrende.

8.4.2 Udfordringer med transport og e-Boks

Feltstudier samt interviews med patienter og sundhedsprofessionelle illustrerer, at der kan være en række praktiske udfordringer, som kan udgøre en barriere for udredning og behandling af AKS og lungekræft. Disse udfordringer er præsenteret i det nedenstående.

8.4.2.1 e-Boks

En af de praktiske udfordringer, der både i forhold til AKS og lungekræft nævnes af sundhedsprofessionelle er udfordringer med indkaldelser til undersøgelser, behandlinger eller samtaler via digital post såsom e-Boks.

I forhold til **AKS** er det de sundhedsprofessionelles erfaring, at udeblivelse fra de rehabiliteringssamtaler, der gennemføres ambulant på hospitalet indenfor 2-3 uger efter indlæggelse på hospitalet, i nogle tilfælde relaterer sig til udfordringer med at tilgå eller få tjekket e-Boks.

I forhold til **lungekræft** beskriver flere sundhedsprofessionelle, at patienterne ofte har teknologiske problemer med e-Boks, er dårlige til at tjekke e-Boks eller slet ingen e-Boks har. I forhold til lungekræft er udfordringer med e-Boks en væsentlig udfordring for udredning og behandling, idet adskillige mødetider bliver informeret over denne platform. En læge beskriver:

"Fordi så ringer vores sekretær dem op og spørger, er det fordi du ikke har lyst til at blive scannet eller hvad sker der? Jamen det vil de helt vildt gerne, men så møder de alligevel ikke op til den næste, og så virker deres e-Boks lige pludselig ikke, fordi at der er et eller andet.... Så har de lavet rod i noget NemID eller e-Boksen er brudt sammen, og de kan ikke få det op at stå igen, og de føler ikke, de kan få den rigtige hjælp til at få det op at stå igen og sådan noget. Altså der kan jo være uendelig mange ting, som er problematiske for dem."

Informant 28, læge, onkologisk afdeling

Lægen påpeger, hvordan patienterne har en intention og et ønske om, at de rent faktisk gerne vil møde op, men de mangler ressourcer og støtte til at kunne navigere gennem en digital platform som e-Boks eller det nuværende MitID. En sygeplejerske beskriver dog, hvordan sundhedsvæsenet prøver at imødekomme de patienter, som ikke er tilknyttet e-Boks, for eksempel ved i stedet at indkalde patienten via et fysisk brev. Dette kan imidlertid også give udfordringer, fordi et fysisk brev er længere tid om at nå frem til modtageren:

"Altså det kan være patienter, som ikke har e-Boks og dermed ikke har modtaget et fysisk brev, fordi det tager for lang tid, og fordi at vi er så effektive, at det er ikke nået frem. Nej så det er jo ufrivillig udeblivelse kan man sige."

Informant 32, sygeplejerske, lungemedicinsk afdeling

Tilfælde af mislykkede patientaftaler, hvor patienten ikke møder op, beskrives ofte som en dyr og ressourcekrævende udfordring for det danske sundhedsvæsen. Ovenstående peger på, at patienternes fremmøde på sygehuset i nogle tilfælde udfordres af kompleksiteten af udredningsforløbet (særligt lungekræft) samt manglende overskud og ressourcer. For nogle patienter, kan det imidlertid også være udfordrende at navigere i en digital verden, herunder på en platform som e-Boks, hvor igennem en stor del af kommunikationen med sundhedsvæsenet foregår.

8.4.2.2 Transport

På **lungekræft**-området bliver det, som beskrevet tidligere, tydeligt, hvordan transporten til- og fra hospitalet kan være en af de faktorer, der kan være udslagsgivende for, at patienter vælger udredningen eller behandlingen fra, fordi de simpelthen ikke kan overskue det. Flere af de patienter med psykisk lidelse, der medvirker i denne undersøgelse, har ikke egen bil eller andre køretøjer til rådighed, og langt de fleste er heller ikke raske nok til at køre selv eller benytte sig af offentlig transport.

Det bliver beskrevet i interviews med både patienter og sundhedsprofessionelle, at patienter, der oplever udfordringer i forhold til transport, i mange tilfælde tilknyttes patientbefordringen. Patientbefordringen er en service, der tilbydes udvalgte borgere af det offentlige, hvor de kan blive kørt frem og tilbage til sygehuset i forbindelse med en behandling [55]. Både patienter og sundhedsprofessionelle beskriver imidlertid også, at der kan være udfordringer med patientbefordringen. For eksempel er patienten med mave/tarmkræft blevet tilknyttet denne service i forbindelse med sin livsforlængende behandling, men patientbefordringen har ikke været en positiv oplevelse for ham. Hustruen fortæller:

"(...) Det er derfor, vi får flextrafik, fordi vi har ikke selv bil. Vi har ikke noget som helst, men (...) det er ret belastende faktisk hver gang at blive spurgt om, om vi overhovedet er berettiget til det der altså. Prøv at høre her, vi har jo ikke engang selv søgt om det - de har, de har indstillet til det med det samme, fordi det var vigtigt altså (...) og det er rigtig ubehageligt ligesom at blive stillet i miskredit, altså hver gang 'er du overhovedet sikker på at du har ret til det her?' Altså vi har jo ikke selv valgt det altså, og vi har ikke engang selv søgt om noget."

Hustru til informant 13

Citatet illustrerer, hvordan patienten er nødsaget til at forsvare sin rettighed til at modtage servicen, og hvordan det føles ubehageligt at blive stillet i miskredit i forbindelse hermed. Dette stemmer overens med de sundhedsprofessionelles oplevelser med patientbefordringen. En læge forklarer eksempelvis, hvordan unge patienter med psykisk lidelse ikke kan modtage betalt transport til sygehuset, fordi de i kraft af deres alder anses for at være i stand til at tage offentlig transport:

"(...) Så kan de ikke få betalt transport ind til sygehuset, fordi de er... altså patientbefordring, fordi de jo egentlig er unge på papiret, og så burde de godt kunne tage offentlig transport. Men det er jo ikke sikkert, de kan det. At de kan være med til det, men der er bare nogle befordringsregler, så dem kunne I også godt kigge på. Ja det bliver man ked af sommetider, når man hører det, så prøver man at skrive som læge i journalen, at patienten er kandidat til befordring, fordi ellers kan patienten ikke møde op til sin scanning, ikke? Men så er det jo samtidig, at de kører rundt i flere timer (...). Det er jo håbløst."

I Danmark er reglerne for befordring sådan, at man normalt selv skal sørge for - og selv betale for transporten til og fra egen læge, praktiserende speciallæge eller sygehus. Der kan dog være undtagelser fra denne regel, såfremt en række kriterier er opfyldt, herunder hvis man modtager pension eller bor mere end 50 km fra det sygehus, hvor behandlingen foregår [56]. Resultater fra både dette delstudie og Delstudie 3 peger på, at patienter med psykiske lidelser i nogle tilfælde ikke opfylder kravene, selvom de ikke selv kan transportere sig eller ikke har råd til at benytte de muligheder, der er. Begge delstudier peger desuden på, at patientbefordring og de dertil hørende befodringsregler volder problemer for de patientgrupper, som i forvejen mangler ressourcer og støtte. Benyttes der ingen patientbefordring viser interviews med patienter og pårørende imidlertid også, at transport til og fra hospitalet kan være en belastning – eksempelvis for de pårørende.

8.4.3 Undersøgelse og behandling på hospitalet kan være forbundet med frygt og ubehag

Feltstudie og interviews med patienter og sundhedsprofessionelle vidner om, at en barriere for at gennemgå udredning og behandling for AKS og lungekræft er den frygt og det ubehag, der kan opstå i forbindelse med undersøgelse og behandling på hospitalet. Det kommer til udtryk hos en læge fra en hjertemedicinsk afdeling, da hun bliver spurgt om, hvad der kunne være hendes bedste bud på, at mennesker med psykisk lidelse ikke har den samme sandsynlighed for at modtage visse undersøgelser og behandlinger som mennesker uden psykisk lidelse. Til det svarer hun, at det må være fordi patienterne takker nej og fortsætter: *"hvis vi taler psykiatriske.. altså angst, depression, skizofreni – så er det fordi de er bange. De er bange for proceduren, og hele det setup vi har omkring det, det bryder de sig ikke om"* (Informant 19).

Et eksempel fra feltstudiet vidner om en **AKS**-patient med ADHD og angst, der grundet sin angst ikke ønsker at gennemgå en KAG-undersøgelse. En anden patient med depression og angst fortæller i et interview om, at han under indlæggelse for AKS grundet sin angst ikke ønsker at komme i en MR-scanner. Feltstudiet vidner desuden om en patient med rusmiddelbrug, som kæmpede voldsomt imod indlæggelse med AKS og i sidste ende valgte at forlade hjerteafdelingen trods lægers og sygeplejerskers råd om at blive.

Også i forhold til **lungekræft** ses eksempler i patientinterviewene og i interviews med sundhedsprofessionelle på patienter, som ikke ønsker at deltage i specifikke undersøgelser og behandlinger. Udfordringer forbundet med at ligge stille i en PET-scanner, særligt for patienter med klaustrofobi, angst eller skizofreni fremhæves og uddybes af en læge på lungemedicinsk afdeling:

"(...) De skal ind og ligge i en scanner, i en PET-scanner, og der ligger man typisk næsten en halv time, og det er altså nogen, der simpelthen ikke kan holde ud rent psykisk at ligge der, hvis de er prædisponeret til noget klaustrofobi eller måske har en angsttilstand eller skizofreni eller et eller andet ikke? Så så får vi ikke den scanning, fordi de forlader scanneren, selvom vi gør alt, hvad vi kan for at berolige og forberede. Ja, og så er der dem, der skal have kikkertundersøgelse eller ligge stille i en CT-scanner, når vi skal tage vævsprøver. Det er heller ikke sikkert, at de kan det på grund af deres psykiske tilstand."

Informant 26, læge, lungemedicinsk afdeling.

De øvrige interviews med læger indikerer ikke, at patienter, som takker nej til en given behandling, er et hyppigt forekommende fænomen, og både læger og sygeplejersker fremhæver måder, hvorpå de forsøger at understøtte patienternes medvirken i undersøgelserne. Det kan være ved at berolige

patienten i forbindelse med, at der gives information om undersøgelsen, ved at tilbyde patienten beroligende medicin under undersøgelsen eller ved at foretage undersøgelsen under fuld bedøvelse, som denne læge fremhæver:

”Så det kan også være nogle undersøgelser undervejs, hvor vi er nødt til at gøre tingene i fuld bedøvelse (...) Fordi vi ved, at ellers så vil de ikke kunne medvirke til scanningerne (...).”

Informant 27, læge, lungemedicinsk afdeling.

Ovenstående peger på, at sundhedsprofessionelle i vid udstrækning er opmærksomme på, at ophold på hospitalet samt deltagelse i visse undersøgelser og behandlinger kan være forbundet med frygt og ubehag blandt andet for patienter med psykisk lidelse.

8.4.4 De fysiske rammer som barriere for et trygt hospitalsophold

Nogle mennesker med psykisk lidelse kan være utilpasse eller utrygge ved opholdet på hospitalet. Dette kan være en direkte barriere for behandling i de tilfælde, hvor det betyder, at patienten takker nej til behandling, ikke møder op til aftalte tider eller forlader afdelingen mod givet råd. Data indikerer, at det også kan være en indirekte barriere i det tilfælde, hvor utryghed og utilpashed i forbindelse med et hospitalsophold medfører, at patienten i højere grad vil tøve med at kontakte sundhedsvæsenet, hvis behovet skulle opstå igen, eller med at tage imod tilbud om yderligere undersøgelser eller behandlinger.

Når patienter kommer på hospitalet med **AKS** betyder det ofte en indlæggelse på en hospitalsafdeling i nogle dage. Ifølge de sundhedsprofessionelle indenfor AKS-området møder de relativt ofte patienter med angst, som generelt kan finde et ophold på afdelingerne blandt mange fremmede mennesker ubehageligt og særligt, hvis de eksempelvis er nødsaget til at opholde sig på en flersengsstue. Interviews med sundhedsprofessionelle på hjertemedicinske afdelinger vidner om, at sygeplejersker ofte vælger at tilbyde en patient en enestue, hvis det vurderes at patienten og/eller de øvrige indlagte patienter er bedst tjent hermed, og patienten eller de pårørende udtrykker ønske herom. Interviewene vidner dog også om, at det ikke altid er en mulighed grundet et begrænset antal enestuer.

Interviews med både læger og sygeplejersker på AKS-området indikerer også, at patienterne i nogle tilfælde kan føle sig fanget på afdelingen, fordi den konstante EKG-overvågning betyder, at det er forbundet med risici at bevæge sig ud i den friske luft blot et øjeblik. Det illustreres i det følgende, hvor en patient fortæller om sin oplevelse med at være indlagt på en hjertemedicinsk afdeling:

”Jeg hader det. Fordi dagen den er godt nok lang, fordi når du er indlagt på en hjertefdeling, så må du ikke gå nogle steder. Så må du ikke gå ned og købe et eller andet i kiosken. Og selvfølgelig må man ikke gå ud og ryge, men man må heller ikke, sammen med sine pårørende, gå ned og sidde i forhallen”

Informant 1

I forhold til **lungekræft** betyder udredning og behandling som oftest flere besøg på hospitalet, hvor der tilbringes tid i venteværelset, og også på dette område kan undersøgelser og behandlinger betyde dage med indlæggelse på en hospitalsafdeling. Patientinterviewene med både AKS- og lungekræftpatienter viser eksempler på, at det kan være udfordrende at indgå i de etablerede rammer på hospitalet, og at det kan skabe modstand mod undersøgelser og behandling at skulle forholde sig til eksempelvis skiftende læger og sygeplejersker, lang ventetid i et venteværelse, flersengsstuer, aflysninger og restriktioner i forhold til eksempelvis rygning, kost og væske – og at det stiller særlige

krav til sundhedsprofessionelles kompetencer i mødet med patienterne. Eksempelvis uddyber en støttekontaktperson til en lungekræftpatient med mental retardering og paranoid skizofreni, hvordan og hvor meget det påvirker patientens motivation for at sige ja til den operation, han er blevet tilbudt, at den aflyses af to omgange:

"Han har jo mange tanker om folk kan lide ham (...) og altså han har jo noget paranoia og sådan noget, så han kan også godt derinde tro, at det er fordi, at de ikke kan lide ham, at de sender ham hjem igen. Altså han har... Sådan nogle tanker har han jo i forhold til vi andre kan man sige... som forstår at det er personalemangel eller stue-mangel eller (...). (...) han var i hvert fald helt slået ud, dengang de sendte os hjem igen. (...). (...) hans reaktion var i lang tid, at jamen jeg tager ikke derud igen. Jeg gør det bare ikke"

Informant 15

Selvom flere af de sundhedsprofessionelle giver udtryk for oplevelsen af, at udredning og behandling af patienter med psykiske lidelser er uproblematisk, når ellers den psykiske lidelse er velbehandlet, beskrives også oplevelsen af at møde patienter, der har svært ved at passe ind i det etablerede sundhedsvæsen, som denne læge fra en lungemedicinsk afdeling fremhæver:

"Jeg havde en for et par uger siden, som kom med sådan en stor plastikpose med tomme flasker og dåser, som han skulle over og pantsætte i Netto og så en elefantøl i den anden hånd, ikke? Og stærkt beruset, og de skulle ind og snakke med mig ja. Med en kontaktperson, som også var fra hans bosted. (...) Men han var dog kommet til scanning, og det var også lykkedes, at få ham PET-scannet, og det så også ud som om der ikke var noget alvorligt mere. Ja men altså bare møde op på den måde, ikke? Altså det er jo en udfordring. Vi tog ham ind og fik lukket døren, så han ikke lavede for meget... Han sad jo ude og larmede ude i venteværelset, ikke, med sine dåser."

Informant 26, læge, lungemedicinsk afdeling

Undersøgelsen præsenterer flere eksempler, hvor rammerne i sundhedsvæsenet bliver udfordrende for patienterne. En patient truer eksempelvis med at forlade hospitalet, fordi hun ikke, på grund af angst og ADHD, kan ligge på en flersengsstue, og en anden patient modsætter sig PET/CT-scanning, fordi han ikke må ryge eller få noget at drikke, da han indlægges akut. Dertil kommer flere eksempler nævnt af sundhedsprofessionelle. En sygeplejerske beretter eksempelvis om en yngre patient med stofbrug og skizofreni, som ender med at blive bæltefikseret til observation på afdelingen efter ballonudvidelse med stentbehandling. Manden var ifølge sygeplejerskens fortælling blevet fundet i sin stue på sit bosted, voldsomt smerteforpint:

"(...) [han] var taget med ambulancen, men havde kæmpet voldsomt imod, da der så skulle laves en ballonudvidelse med stent (...) måske - tænkte jeg - fordi "hvad er det for nogle rammer jeg er i, og hvad vil alle de her mennesker omkring mig og vil de mig noget godt og de stikker i mig og" (...) han var bange, han var mega bange. Kunne han have løbet væk, så havde han gjort det"

Informant 20, sygeplejerske, hjertemedicinsk afdeling.

For sygeplejersken beskrives det som en voldsom oplevelse både for patienten og de sundhedsprofessionelle. Samtidig fremhæver andre sygeplejersker ønsket om at forbedre oplevelsen for de patienter, for hvem indlæggelsen på hospitalet særligt udfordrer.

8.4.5 Mødet med sundhedsprofessionelle – empati og skældud

Feltstudie og interviews med sundhedsprofessionelle både i forhold til **AKS** og **lungekræft** viser, at læger og sygeplejerskers måder at opfatte, tilgå og tale med patienter på kan være meget forskellige og personafhængige, men at de, alt andet lige, har stor betydning for patienternes oplevelse af deres ophold på hospitalet og de undersøgelser og behandlinger, de tilbydes. Feltstudiet såvel som interviews med både patienter og sundhedsprofessionelle vidner om flere eksempler på, at patienterne oplever at blive mødt af faglig kompetence, empati og omsorg. Som eksempel på det beskriver en støttekontaktperson til en lungekræftpatient med mental retardering og paranoid skizofreni, hvordan hun oplevede sundhedspersonalet som gode til at tage sig af ham: *"Så synes jeg personalet var virkelig gode til ham. Virkelig søde og mange af dem var gode til at... han joker jo meget og.... og ja det var de gode til. At lave noget sjovt med ham"* (Informant 15).

Interviews med patienter og sundhedsprofessionelle indikerer imidlertid også, at patienter kan opleve at blive mødt med bebrejdelse fra de sundhedsprofessionelle og nogle gange skældud over det, der kan opleves af sundhedsprofessionelle som manglende vilje og evne til at tage hånd om deres situation – eksempelvis ved at efterleve forskellige forebyggelsesmæssige behandlingsråd, såsom ryggestop, sund kost og motion. Interviews viser, at sundhedsprofessionelles frustrationen og irritation over patientens 'manglende formåen' kan bunde i en følelse af afmagt i forhold til at kunne hjælpe patienten. En sygeplejerske beskriver:

"Det der med at tage ansvar for sit eget liv, det kunne jeg godt savne en gang imellem (...) Jeg synes jo det er ærgerligt, når vi laver ballonudvidelse, de kommer ind med blodprop, vi får det fikset – at de så ikke kan efterleve mange af de her ting. "Du skal tage din medicin det er altså vigtigt og du er nødt til at prøve det der ryggestop ellers så kommer du ind til os igen!" (...) Det er jo rigtig samfundsdyrt (...) Vi får dem jo også nogle gange to og tre gange og de er stadigvæk ikke holdt op med at ryge. Og de lever stadig ikke som vi synes er en god ide (...). Det kan godt være frustrerende at se på, at nu tænker jeg "nu gør jeg ALT for dig, for at du skal mindske risikoen for ikke at komme igen, men du gør faktisk ikke selv noget." Det synes jeg er meget frustrerende."

Informant 22, sygeplejerske, hjertemedicinsk afdeling.

Patienten kan modsat opleve afmagt og frustration forbundet med oplevelsen af ikke at kunne gøre, som de sundhedsprofessionelle forventer. Det kommer til udtryk i patientinterviewene, at der kan være adskillige barrierer for patienterne i forhold til at efterleve sundhedsprofessionelles anbefalinger (beskrives i afsnit 8.4.6). Patienterne kan eksempelvis opleve skyld, skam og nedtrykthed, som ydermere forstærkes, hvis de i den kontakt, de har med sundhedsvæsenet, i telefonopkald eller på hospitalet, oplever sundhedsprofessionelles frustration og skældud. Det beskrives blandt andet af en AKS-patient med PTSD og angst, emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse og depression, som fremhæver en situation i forbindelse med hendes indlæggelse, hvor hun forud for indlæggelsen har fået besked på at motionere, stoppe med at ryge og få styr på sit blodsukker grundet hendes samtidige kroniske diabetes sygdom:

"(...) hvor de nærmest skældte mig ud over at jeg ikke havde fået styr på... Og det her det var altså alvorligt og nu måtte jeg altså (...) Nej, det var mig, der skulle tage mig sammen, (...). Og jeg kan huske den første aften, der var en bænk udenfor hospitalet, der satte jeg mig ud og græd, fordi altså der var bare ikke nogen for mig, der kunne... der var på min side, så det var fandme hårdt."

Informant 2

Interviews med de sundhedsprofessionelle indikerer, at der blandt de fleste sundhedsprofessionelle er en opmærksomhed på at møde patienter med empati og fordomsfri dialog. På lungeområdet fortæller en sygeplejerske for eksempel, hvordan sygeplejerskerne har fokus på at spørge ind til livsstilsrelaterede faktorer såsom rygning, alkohol og motion, på en imødekommende og fordomsfri måde for netop for at undgå, at oplevelsen af stigmatisering bliver en barriere for patienternes motivation til at indgå i undersøgelser og behandlinger:

"(...) vi oplever mange, inden de overhovedet kommer ind, som forventer en stigmatisering af, at de er rygere. Og hvor vi egentlig gør meget ud af at fortælle, at ja vi noterer, hvor meget du har røget. Vi siger også til dig, at du skal stoppe med at ryge, hvis du kan, men vi tager... Vi kigger på dig individuelt, og vi har ikke fordomme omkring det, fordi det er, hvad det er. Men mange oplever egentlig at, at de forventer at blive stigmatiseret, og for mange har de faktisk ikke lyst til det. Det er en af tingene der gør, at de måske ikke har lyst til at deltage."

Informant 29, sygeplejerske, lungemedicinsk afdeling

En vigtig faktor i mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter er, at patienterne har en oplevelse af at føle sig hørt og taget alvorligt. Det kan for eksempel være i forhold til de særlige behov patienterne kan have i forbindelse med undersøgelser, behandlinger og indlæggelse.

Som eksempel på dette beskriver denne AKS-patient, hvordan hun frustreres over at opleve at blive mødt med krav om, at hun skal ligge på gangen eller på en flersengsstue, når hun selv oplever, at hun ikke kan på grund af angst og ADHD. Hun savner, at sygeplejersken har tid til at sætte sig ned og snakke med hende, således sygeplejersken ville have mulighed for at forstå hendes situation og behov bedre:

"(...) så tror jeg faktisk at de bedre kan forstå, hvordan ikke kun jeg, men måske også andre har det med for eksempel at blive truet med at komme på gangen eller truet med at komme på en fælles stue. Fordi, som jeg sagde til hende i går, planter du mig på gangen eller på en firemandsstue, så enten så går jeg min vej med mine ting. (...)"

Informant 1

Feltstudier og interviews med sundhedsprofessionelle og patienter peger på, at en af barriererne for, at læger og sygeplejerskers kan opnå en bedre forståelse for patientens situation samt et mere helhedsorienteret syn på patienterne - omhandler tidspres. En sygeplejerske udtrykker stor frustration over, at hun ikke føler, hun kan levere tilstrækkelig sygepleje for de patienter med størst behov på grund af tidspres – og at hun er nødt til at "lukke øjnene lidt for det" i dagligdagen, for at hun føler, hun kan "overleve" i sit job. Hun forklarer desuden, at både tidspres og den typisk korte indlæggelsesperiode på den hjertemedicinske afdeling har betydning for, at hun ikke når at opnå forståelse for patienternes situation og livsstil:

"Vi har jo patienter, der kommer ind med blodprop i hjertet, som er overvægtige, som ryger, som lever utrolig usundt – og der er jo en årsag til, hvorfor de gør det. Men den fanger vi jo ikke herinde hos os. Så man kan godt blive en lillebitte smule, altså irriteret på dem og sige 'jamen kan du da ikke forstå, at det her [ændring af livsstil] det ville hjælpe dig' – selvom jeg godt ved, at der er en tilgrundliggende årsag til at de spiser for meget, at de ser ud, som de gør, eller de ryger eller ikke magter de her ting. Men den fanger jeg jo ikke herinde hos mig, fordi jeg har dem i så kort tid."

Informant 22, sygeplejerske, hjertemedicinsk afdeling

En anden barriere for en bedre forståelse for patientens behov og situation handler om, at læger og sygeplejerske tilknyttet hjertemedicinske og lungemedicinske afdelinger er specialister i hjertet eller i lungerne – ikke i psyken. Mens interviews viser, at både læger og sygeplejersker modtager undervisning i psykiatri i løbet af deres uddannelsesforløb, er der ikke nødvendigvis fokus på at øge kendskabet til psykiske lidelser og behandlingen af patienter med sådanne via eksempelvis efteruddannelsesforløb. I forhold til AKS nævner flere sygeplejersker og læger, at det på hjerteafdelingen er nødvendigt, at tid og ressourcer primært bruges på de forhold, der vedrører hjertet, fordi der hverken er tid, ressourcer eller kompetencer til at koncentrere sig om andre problemstillinger hos patienterne. Læger og sygeplejersker fortæller i interviews, at der er mulighed for at rekvirere et psykiatrisk tilsyn eller trække på sine psykiatriske kollegaer i forbindelse med behandlingen af patienter med psykisk lidelse, hvis det vurderes nødvendigt. Interviews og feltstudier afspejler dog også, at det er sjældent, at der vurderes at være behov for det, og at det kun sker i meget sjældne tilfælde. En sygeplejerske anerkender, at mere viden om forskellige psykiske lidelser ville kunne have potentiale til at forbedre patienternes oplevelser med indlæggelse. Hun siger:

”Jeg synes, at vi som sygeplejersker burde have noget undervisning, for eksempel dem, der gerne vil (...) så der ligesom var nogle nøglepersoner i det [psykiske lidelser]. Det kan være, det kan få en patient til at blive, som gerne vil hjem, fordi de har angst (...) der kunne man sagtens gøre en ekstra indsats (...) for at få dem til at blive eller give dem en god oplevelse med at komme på sygehuset så vidt muligt, man kan – så vi kan gøre noget i forhold til at de måske kontakter sygehuset igen, hvis der er et eller andet.”

Informant 23, sygeplejerske, hjertemedicinsk afdeling.

Mens interviews og feltstudier således peger på, at sundhedsprofessionelle ofte gør meget ud af at møde alle patienter med empati og omsorg, indeholder data også eksempler på, at de kan opleve frustration og irritation over patienter, der ikke formår at efterleve behandlingsråd i form af livsstils-mæssige anbefalinger. Patientinterviews afspejler, at patienterne mærker denne frustration og oplever skam og ubehag i forbindelse med løftede pegefingre og skældud. Selvom sundhedsprofessionelles følelser kan afspejle en forståelig afmagt i forhold til et reelt ønske om at kunne hjælpe patienten, har reaktionen en u hensigtsmæssig konsekvens, fordi den kan øge patienternes utryghed og modvilje mod at have kontakt til sundhedsvæsenet. Dette kan i sidste ende true patientsikkerheden.

8.4.6 Svære livsbetingelser begrænser muligheder for livsstilsforandringer og forebyggelse

Både i forhold til AKS og lungekræft vidner patientinterviewene om, at patienterne oftest er blevet tilbudt en form for rehabiliteringsforløb og har modtaget anbefalinger om livsstilsændringer i forbindelse med deres udredning og behandling. Som Delstudie 1 imidlertid viser, er andelen af patienter med psykiske lidelser og AKS, der gennemfører de anbefalede rehabiliteringsindsatser imidlertid mindre, når man sammenligner med patienter uden psykiske lidelser. Der er særligt udtalte forskelle i forhold til rygestop.

Når en patient eksempelvis indlægges med **AKS** på en hjertemedicinsk afdeling, udskrives denne ofte efter blot tre dages indlæggelse. Herefter indkaldes patienten typisk til en samtale nogle få uger efter, blandt andet med henblik på at screene for angst og depression, som er nogle af de psykiske følger virkninger, som kan optræde blandt patienter, som har været ramt af en blodprop – eller som kan blusse op på ny som følge af blodproppen. En del af rehabiliteringssamtalen består også i en dialog med eksempelvis en sygeplejerske om den fremadrettede forebyggelse af AKS, herunder ændring af vaner med hensyn til kost, motion, rygning og alkohol samt muligheden for opstart i et rehabiliteringsforløb, der blandt andet har fokus på disse faktorer. I forhold til **lungekræft** fortæller

samtlig patienter, at de har modtaget anbefalinger om rygestop i forbindelse med deres udredning og behandling, og nogle har også i forbindelse med en indlæggelse og hospitalsbehandling modtaget tilbud om nikotin- tyggegummi, plastre eller sugetabletter.

Patientinterviewene viser, at selvom patienterne giver udtryk for, at de godt er klar over, hvilke livsstilsfaktorer, de selv kan ændre med henblik på fremadrettet forebyggelse, så varierer deres reelle muligheder for at agere i henhold til anbefalingerne. En patient beretter i den forbindelse:

Patientfortælling: "Tag dig sammen!"

Anja er en kvinde på 55 år. Hun har en uddannelse som pædagog, som hun aldrig har haft mulighed for at bruge. De seneste 10 år har hun været på førtidspension. Anja har erindringer om en barndom præget af seksuelle overgreb samt fysisk og psykisk vold. Anja har været i terapi-forløb i mange år for at bearbejde de psykiske skader, barndomstraumerne har påført hende. Anja bliver diagnosticeret med psykisk lidelse, da hun er 23 år gammel i forbindelse med, at hun lader sig indlægge på en lukket psykiatrisk afdeling med depression og selvmordstanker. Senere diagnosticeres hun med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse, PTSD og endnu en psykisk lidelse, som hun ikke ønsker at få frem i interviewet. Anja bor alene. Grundet barndomstraumerne har hun ikke set sig i stand til at stifte familie, og hverdagslivet i lejligheden, hvor hun bor, er ensomt.

Da Anja en dag pludselig får smerter i maveregionen, som senere samme dag stråler ud i venstre arm, kontakter hun sin egen læge, som ikke er i tvivl om, at hun har symptomer på angina pectoris (hjertekramper). Hun bliver med det samme henvist til undersøgelser på sygehuset.

Anja indlægges ad to omgange på sygehuset over nogle måneder med ustabil angina pectoris. Her bliver hun blandt andet undersøgt med KAG og bliver behandlet med to stents. Da Anja udskrives, er hun opmærksom på, at hun skal lave nogle ting om for at forebygge en blodprop – spise sundere, stoppe med at ryge og motionere. På hospitalet har hun fået at vide, at det kan have en positiv effekt på blodårene i hjertet. Hun har ligeledes deltaget i et rehabiliteringsforløb, blandt andet med fokus på kost og rygning.

Selvom hun ønsker det, er det en kamp at ændre vaner. Anja beskriver mad som den eneste stabile kilde til glæde i hendes liv, hvorfor hun i mange år også har været overvægtig. Hun har røget cigaretter i 35 år - både om dagen og om natten, hvor hun på grund af hendes traumer har haft svært ved at sove. Hun har slidgigt og skader fra faldulykker, som begrænser hendes fysiske bevægelsesmuligheder i hverdagslivet.

Selvom Anja er stoppet med at ryge, oplever hun, at noget af det sværeste i hendes behandlingsforløb har været, at hun ikke har kunnet leve op til de sundhedsprofessionelles anvisninger i forhold til rygning, kost og motion. Hun føler sig ladet alene med budskabet om at tage sig sammen i en situation, hvor hun oplever det som åbenlyst for både hende selv og de sundhedsprofessionelle, at hun ikke er i stand til at efterleve forebyggelsesbudskaberne uden hjælp.

(Informant 2)

Særligt for patienter med mange andre belastende faktorer, herunder eksempelvis multisygdom, barndomstraumer, brudte relationer og manglende socialt netværk, kan den ekstra opgave med at tage ansvar for at forbedre egen sundhed forekomme vanskelig, uoverskuelig – og forbundet med dårlig samvittighed. Det beskrives blandt andet af denne AKS-patient, som oplever, at hendes psykiske lidelse griber ind i overskuddet til at motionere og spise sundt:

”Det jeg nok synes er sværest er det der med, at jeg ikke bare kunne gøre de ting, jeg har fået besked på – kost, motion, rygning. (...) jeg spiser ikke som jeg skal. Jeg spiser ikke hjertesundt. Jeg motionerer ikke. Og jeg ved, at det er faktorer som spiller ind og som, hvis jeg (...) gik i gang med at spise sundt og motionerede og holdt mit blodsukker, som det skulle, så ville det have en positiv effekt på blodårerne i hjertet. Men et eller andet sted gør det jo også, at det giver sådan en, sammen med diabetes, at det giver sådan en overordnet flydende dårlig samvittighed udover alt det andet jeg så arbejder med (...) Det er så bare endnu en belastning.”

Informant 2

Både i forhold til lungekræftpatienter og patienter med AKS ses der eksempler i patientinterviewene på, at muligheden for at gennemføre livsstilsændringer afhænger af patienternes psykiske tilstand og overskud generelt. Det kommer ligeledes til udtryk i dette citat med en patient, der er blevet opereret for lungekræft, som fortæller, hvordan han oplever, at hans tendens til nemt at opleve stress har betydning for, at det har været svært for ham at stoppe med at ryge til trods for, at han er blevet rådet til det efter operationen.

”(...) Jamen hvis jeg får, hvis jeg har nerver på, bliver stresset eller et eller andet, så ryger de [antal cigaretter] altså op. Især hvis jeg får stress, så ryger de op. (...). (...) Jamen det er bare sådan nogle simple ting som at købe lamper. Jeg har ikke købt lamper, den eneste lampe jeg har, det er den der. Det kan godt stresser mig.”

Informant 10

Også fysiske begrænsninger viser sig som en barriere i forhold til ønskede livsstilsændringer hos flere af patienterne. Både interviews med lungekræft- og AKS patienter viser eksempler på patienter med muskel- og skeletskader eller somatiske sygdomme, som begrænser deres fysiske formåen og i nogle tilfælde også forhindrer deres deltagelse i genoptræningsforløb med det resultat, at fysisk inaktivitet opstår eller fastholdes. En af de udfordringer, der kommer til udtryk i patientinterviewene, er, når genoptræningsforløb, som skulle understøtte patienten i for eksempel at være eller blive fysisk aktiv, ikke er målrettet til at kunne tage hånd om patienternes individuelle udfordringer. Det beskrives af en hustru til en lungekræftpatient med paranoid skizofreni, som forklarer følgende om deres udfordringer med at blive tilknyttet et genoptræningsforløb, der kan understøtte hendes mands fysiske aktivitet:

”Det har vi ikke fået ham til i mange år [gå tur]. Og det har vi også snakket med vores læge om. Jeg vil gerne have haft ham nede på noget. Vi har et center hernede til sådan noget genoptræning. Men de tør ikke at tage ham. (...) Fordi han har KOL. (...) Fordi hvis nu han falder om eller noget. (...)”

Hustru til informant 9

Til trods for at nogle sundhedsprofessionelle giver udtryk for en opmærksomhed på, at nogle patienter har færre ressourcer og kan kræve en ekstra indsats for at nå godt igennem behandlingen, indikerer feltstudierne og patientinterviews, at der er en tendens til, at patienterne modtager mundtlige

anbefalinger fra de sundhedsprofessionelle. Understøttelsen, som nogle patienter kan have brug for, mangler dog for at opnå forebyggende livsstilsforandringer. Enkelte patienter påpeger oplevelsen af, at forebyggelsen ad den vej gøres til deres eget ansvar, som det eksempelvis kommer til udtryk hos denne AKS-patient: *"(...) der var ikke en eneste [af de sundhedsprofessionelle], der sagde "Det er tydeligt, at du ikke kan klare det her selv, så nu sender vi en henvisning til diabetesambulatoriet, så de kan hjælpe dig." Nej, det var mig, der skulle tage mig sammen"* (Informant 2).

8.5 Delkonklusion – Delstudie 2

Som det er påvist i Delstudie 1 i denne undersøgelse, forekommer der en række uligheder i patientforløbene ved AKS og lungekræft mellem mennesker med og uden psykisk lidelse. Jævnfør afsnit 7.1.5 og 7.1.6 er det blandt andet påvist, at patienter med psykiske lidelser og AKS i mindre grad end andre får foretaget invasive behandling (PCI/CABG) og i mindre grad modtager medicinsk behandling efter AKS i overensstemmelse med retningslinjerne. På lignende vis gælder det for lungekræftpatienter med psykisk lidelse, at de i mindre omfang henvises til kræftpakkeforløb, oplever længere ventetider, i højere grad får afbrudt deres pakkeforløb uden behandling, i højere grad vurderes som uegnede til behandling og i mindre grad modtager kirurgisk og medicinsk behandling (men oftere modtager strålebehandling). Ovenstående resultatgennemgang af Delstudie 2 identificerer en række barrierer, der kan være medvirkende til at skabe disse uligheder i patientforløbet hos mennesker med versus uden psykisk lidelse. Barriererne tydeliggør en række hensigtsmæssige indsatsområder.

For det første påpeger analysen, at forsinket aktivering af sundhedsvæsenet kan være en barriere for behandlingen af mennesker med psykiske lidelser. En forsinkelse i den indledende aktivering af sundhedsvæsenet kan få afgørende betydning for patienternes sygdomsstadie, når de kommer i behandling, og derfor tillige deres behandlingsmuligheder og overlevelseschancer. Analysen peger på forskellige faktorer, der i visse tilfælde kan ligge til grund for forsinkelser. Disse kan delvist være relateret til patienterne, som tøver med at kontakte sundhedsvæsenet for eksempel på grund af udfordringer med at forstå tegn fra kroppen som symptomer på alvorlig sygdom. Forsinkelse kan også være relateret til lægen, idet der kan forekomme fejlfortolkning af symptomerne på AKS eller lungekræft, som tegn på anden fysisk sygdom eller psykisk lidelse. For at undgå forsinkelse i den indledende aktivering af sundhedsvæsenet kan der være behov for en styrket indsats til patienter med psykiske lidelser i primærsektoren. Der kan blandt andet omfatte mere opsøgende arbejde, en styrket udsattefaglighed¹⁷ samt eventuelt længere og mere fleksible konsultationstider, hvor der også prioriteres tid til at opbygge og vedligeholde en tillidsfuld relation.

Resultater fra Delstudie 1 viser dog, at patienter med samtidig psykisk lidelse ikke har en mere fremskreden kræftsygdom på diagnosetidspunktet end patienter uden psykisk lidelse, hvilket kan indikere, at der også kan være andre barrierer end patienternes sygdomsstadie, der har betydning for forskelle i behandlingen. I Delstudie 2 ses det blandt andet, at forskellene kan påvirkes af, at patienter med psykiske lidelser i nogle tilfælde vurderes uegnede til udredning og behandling, fordi lægerne skønner, at behandlingen er forbundet med for store risici for patienten. Det kan eksempelvis være, fordi patienten har andre somatiske sygdomme, som komplicerer behandlingen. Lægerne kan også vurdere patienter med psykiske lidelser uegnede til behandling, hvis de eksempelvis er bekymrede for, om patienterne formår at følge lægens anvisninger og tage vare på sig selv i forbindelse med en behandling – såsom at indtage medicin regelmæssigt, faste, holde sig i ro efter en behandling eller reagere på eventuelle bivirkninger af en behandling. Bekymringen opstår, når der er tale om patienter

¹⁷ De sundhedsprofessionelles viden om og forståelse for socialt udsattes behov og problemstillinger under indlæggelse og behandling kan defineres som udsattefaglighed [100].

med misbrugslidelser eller dobbeltdiagnoser, patienter med demens, mental retardering eller i andre tilfælde, hvor den psykiske lidelse har stor indflydelse på patientens 'adherence'. Her kan mangel på socialt netværk og social støtte også udgøre en barriere for behandling af mennesker med psykisk lidelse, fordi sundhedsprofessionelle ved, at netværket kan spille en afgørende rolle med hensyn til at understøtte behandlingsforløbet. I forhold til AKS er det særligt udtalt, at lægerne kan være bekymrede for, om patienter med psykiske lidelser formår at tage den livsvigtige, blodfortyndende medicin i perioden efter udskrivelse. Jævnfør afsnit 7.1.5 viser denne bekymring sig velbegrundet, idet det er statistisk underbygget, at patienter med psykisk lidelse har et mindre forbrug af hjertemedicin i året efter AKS-diagnosen. Fordi lægerne oplever, at patientens individuelle økonomi får en betydning for køb og indtag af medicinen, vælger de i nogle tilfælde at udskrive en billigere medicin til patienter fra de laveste indkomstgrupper. Resultaterne fra denne del af analysen peger således på, at der er behov for indsatser, der understøtter patienternes muligheder for at efterleve behandlingsråd. Dette kan eksempelvis dreje sig om tilbud om social støtte, økonomisk hjælp til køb af medicin og styrkelse af tilbud om psykiatrisk behandling og behandling af dobbeltdiagnoser. Der kan desuden være behov for et styrket tværsektorielt og tværprofessionelt samarbejde, som er med til at sikre, at patienten ikke tabes mellem to stole i overgangen fra hospital til eget hjem.

I andre sammenhænge opstår ulighederne, fordi patienterne siger nej tak til behandling, udebliver fra behandling eller forlader hospitalsafdelingen. Resultaterne peger på, at forklaringerne herpå kan findes i adskillige barrierer i patientforløbet. Disse kan påvirke patienternes reelle muligheder for at medvirke i et udrednings- og behandlingsforløb eller at møde op til planlagte undersøgelser og behandlinger - med mislykkede patientaftaler til følge. Det kan være, fordi selve udredningsforløbet med de krav, det stiller til eksempelvis transport til- og fra hospitalet og overblik over digitale indkaldelser via e-Boks, forekommer indviklede og uoverkommelige for patienten. Det kan også hænge sammen med, at patienter med psykisk lidelse i nogle tilfælde oplever frygt eller ubehag i forbindelse med særlige undersøgelser og behandlinger, eller utryghed i forbindelse med ophold eller indlæggelse på en hospitalsafdeling. Analysen viser, hvordan mødet med de sundhedsprofessionelle har stor betydning for patienternes oplevelse af deres behandlingsforløb, og at patienterne kan føle sig til besvær og skamfulde - eksempelvis over deres manglende evne til at følge lægernes anbefalinger typisk vedrørende forebyggende livsstilsændringer. Selvom de sundhedsprofessionelle i overvejende grad har en opmærksomhed på at møde patienterne med omsorg og fordomsfri dialog, indeholder interviews og feltstudier også eksempler på, at patienterne i nogle tilfælde oplever at blive mødt af bebrejdelse og skældud over manglende evne til at tage hånd om deres eget liv. Faktorer, der bidrager negativt til patienternes oplevelser med udredning og behandling, omfatter blandt andet også de fysiske rammer på hospitalet, tidspres blandt de sundhedsprofessionelle, skiftende læger og sygeplejersker samt et specialiseret sundhedssystem. Dette betyder, at sundhedsprofessionelle i mange tilfælde mangler et mere helhedsorienteret syn på patienter og de udfordringer, der kan have betydning for patientens muligheder for at deltage i udredning og behandling.

Patienternes oplevelse med udrednings- og behandlingsforløbet er vigtig, fordi en negativ oplevelse kan bidrage til, at patienten takker nej til behandling, udebliver fra behandling eller forlader en afdeling trods alvorlig, behandlingskrævende sygdom. Resultaterne peger på, at patienter med psykiske lidelse kan opleve udfordringer eksempelvis i forbindelse med indlæggelse på et hospital og deltagelse i undersøgelser og behandling. Resultaterne indikerer derfor et behov for at styrke patienternes tryghed i forbindelse med ophold på hospitalet, eksempelvis ved tilpasning af de fysiske rammer og ved at sikre bedre tid til- og viden om patientgruppen blandt de sundhedsprofessionelle. Resultaterne af analysen indikerer desuden et behov for at rette opmærksomheden imod, om der, især i forhold til lungekræft, kan gøres mere for at gøre udrednings- og behandlingsforløbet mere overkommeligt og overskueligt for patienterne. Det kan opfatte støtte til at forstå- og navigere i udrednings- og behandlingsplaner samt støtte i forbindelse med transport.

Endelig peger analysen på barrierer, som optræder efter udredning og behandling, og som kan få betydning for patienternes prognose, herunder risikoen for genindlæggelse og død. Her viser det sig, at især patienternes varierende ressourcer til fremadrettet forebyggelse og individuelle livsbetingelser har stor betydning for deres muligheder for at agere i henhold til anbefalinger vedrørende fremadrettet forebyggelse. Særligt patienter med mange andre belastende faktorer såsom multisygdom, barndomstraumer, brudte relationer og manglende socialt netværk kan opleve udfordringer samt følelser som skyld og skam forbundet med ikke at kunne imødekomme sundhedsprofessionelles anbefalinger. Det er tydeligt både i patientinterviews og feltstudier, at det kan opleves som vanskeligt at agere i henhold til anbefalingerne i forhold til den fremadrettede forebyggelse vedrørende eksempelvis medicin, kost, motion og rygning, særligt når andre udfordringer står i kø. Selvom patienterne er klar over, hvad de skal gøre for at opnå bestemte forebyggende forandringer, kompliceres eller forhindres det i nogle tilfælde af deres individuelle livsbetingelser, psykisk lidelse, fysiske skader og sygdomme samt manglende socialt netværk. Resultater fra Delstudie 1 peger samstemmende på, at mennesker med psykisk lidelse i mindre grad gennemfører forskellige hjerterehabiliteringsindsatser sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse, og at der er særligt udtalte forskelle i forhold til rygestop. Patientfortællingerne synliggør, at nogle patienter med psykisk lidelse kan have behov for mere støtte til at finde veje i deres hverdagsliv til at komme i mål med eventuelle anbefalinger for at opnå fremadrettet forebyggelse. Resultaterne peger således på, at der kan være et behov for at undersøge, hvordan en sådan støtte bedst kunne se ud, herunder om det handler om at understøtte de sundhedsprofessionelles betingelser og værktøjer til rådgivning om forebyggelse, om der er brug for mere håndholdte indsatser, der i højere grad 'kommer ud' til patienterne, og/eller der i højere grad er brug for indsatser, som koncentrerer sig om de psykiske udfordringer, der kan stå i vejen for overskuddet til at ændre livsstil.

Dette delstudie har haft sit hovedfokus på de barrierer for behandling, som gælder patienter med psykiske lidelser i det danske sundhedsvæsen. Det må i den forbindelse fremhæves, at disse barrierer, ifølge sundhedsprofessionelle, også kan være gældende for andre mennesker i sårbare positioner. Skal der, jævnfør ovenstående, udvikles nye indsatser på området, kan det således være hensigtsmæssigt at overveje, om disse bør rettes mod en bredere målgruppe.

9 Resultater af Delstudie 3 – Indsatser, der har til formål at reducere uligheder i patientforløb

Dette afsnit har til formål at beskrive indsatser, der kan bidrage med at reducere ulighed i patientforløb for personer med AKS eller lungekræft og samtidig psykisk lidelse, men indsatserne kan også omhandle andre somatiske sygdomme. I det følgende bliver der gennemgået barrierer, indsatser samt bud på indsatser, der mangler til målgruppen. Afsnittet er baseret på data fra desk research, interview med 26 forskere og fagpersoner og skriftlige besvarelse fra 32 ud af landets 98 kommuner.

Opsummering

Der er identificeret *barrierer* under syv overordnede temaer:

- Begrænset kontakt til sundhedsvæsenet
- Afkode kropslige tegn
- Organisatoriske forhold
- Praktik og økonomi
- Flexibilitet i adgangen til sundhedsvæsenet
- Gennemførelse af rehabilitering
- Udsattefaglighed blandt sundhedsprofessionelle

Der er identificeret *21 indsatser* til uddybende beskrivelse under 6 overordnede temaer:

- Opsøgende indsatser på gadeplan
- Systematisk opsporing af somatisk sygdom
- Patientstøtte- og ledsagelse
- Flexible klinikløsninger
- Differentieret hjerterehabilitering
- Undervisning

Der er igennem interviews identificeret et overordnet *behov* for at:

- Sundhedsvæsenet bliver bedre til at imødekomme patientgruppen med de udfordringer, den enkelte har.
- En generel udbredelse af de gode eksempler på indsatser, der allerede findes

Der er identificeret to overordnede områder med *behov* for yderligere indsatser/initiativer:

- Undervisning i udsattefaglighed på de sundhedsfaglige uddannelser
- Konkrete og enkelte løsninger til at håndtere praktiske udfordringer omkring
 - Kommunikation
 - Transport
 - Økonomi

Overordnet fremkommer der et behov for, at der i nuværende og fremtidige indsatser indtænkes evaluering for at sikre, at indsatsen opnår de ønskede mål.

9.1 Identificerede barrierer fremhævet af fagpersoner og forskere

Som beskrevet i afsnit 4.3.3 har identifikationsfasen indbefattet interviews med fagpersoner og forskere med særligt kendskab til somatiske patienter med psykisk lidelse. I det følgende afsnit beskrives de barrierer, der er blevet fremhævet i interviews, som kan forårsage ulighed i patientforløbet for patienter med psykisk lidelse. De fremkomne udfordringer i Delstudie 3 skal derfor ses som et udtryk for forskernes og fagpersonernes opfattelse af patienternes udfordringer og ikke patienternes egne udsagn, som det gør sig gældende i Delstudie 2.

Følgende barrierer er identificeret i Delstudie 3 grupperet i overordnede temaer:

- Begrænset kontakt til sundhedsvæsenet
- Afkode kropslige tegn
- Organisatoriske forhold
- Praktik og økonomi
- Fleksibilitet i adgangen til sundhedsvæsenet
- Gennemførelse af rehabilitering
- Udsattefaglighed blandt sundhedsprofessionelle

Hvert tema beskrives særskilt i de nedenstående afsnit og kobles til elementer fra Delstudie 2, hvor flere af de samme udfordringer gør sig gældende. Koblingen mellem de to delstudier fremskrives for at tydeliggøre, at de indsats, der beskrives i afsnittet, således formår at adressere udfordringer fra både Delstudie 2 og 3.

9.1.1 Begrænset kontakt til sundhedsvæsenet

Begrænset kontakt til sundhedsvæsenet omhandler blandt andet, at det kan være vanskeligt for patienten at få foden ind over dørtærsklen til sundhedsprofessionelle, eksempelvis egen læge og hospital. De kan ofte have negative forestillinger om mødet med sundhedsvæsenet, specielt hvis de tidligere har været ude for en situation, hvor de har følt sig misforstået, eller ikke har følt, at deres behov blev opfyldt eller lyttet til. Det kan resultere i, at nogle patienter helt afholder sig fra at opsøge hjælp, fordi de ikke føler sig velkomne i sundhedsvæsenet. Dette understøttes af patientinterviews i Delstudie 2, hvor patienterne omtaler, at de tøver med at kontakte sundhedsvæsenet, da de ikke vil føle sig til besvær.

9.1.2 Afkode kropslige tegn

Afkodning af kropslige tegn som en udfordring kan omhandle, at patienten kan have vanskeligt ved at vurdere, hvornår der skal reageres på kropslige symptomer i en krop, som i forvejen kan "larme", og hvor flere sygdomme kan optræde. Det kan være således svært at vurdere, hvornår et symptom er alvorligt, og hvornår sundhedsvæsenet skal kontaktes. Disse udfordringer understøttes af patienternes egne udtalelser i Delstudie 2, hvor patienterne tøver med at kontakte sundhedsvæsenet og reagere på de symptomer, som de mærker.

9.1.3 Organisatoriske forhold

Overordnet er der fremhævet flere udfordringer omhandlende den måde, hvorpå sundhedsvæsenet er organiseret. Det omhandler blandt andet, at det for patienterne med psykiske lidelser kan være særligt udfordrende at finde rundt på et sygehus, at opholde sig i venteværelset og være indlagt på en flersengsstue, som der også bliver fremhævet i Delstudie 2. Der er også udfordringer i forhold til, hvordan arbejdet og ansvaret er fordelt mellem de forskellige sektorer og afdelinger, hvilket kan være

af særlig stor betydning for patienter med psykisk lidelse, da de ofte også har et forløb/behandling i psykiatrien og flere samtidige somatiske sygdomme. Der kan eventuelt være uklarheder om, hvem der har behandlingsansvaret, og hvorvidt patienten kan behandles, hvis der ikke er "styr" på den psykiatriske behandling. Dette kan potentielt resultere i forsinkelser, og patienten bliver "kastebold" imellem flere specialer og sektorer. Udover behandlingsansvaret, kan kommunikationen imellem personale, afdelinger og sektorer ligeledes bidrage til uligheder i patientforløbet, da der kan gå vigtig information tab, og patienter føler, at de skal gentage sig selv (hvilket kan bidrage til en følelse af, at man ikke bliver taget alvorligt, og at der ikke er sammenhæng i patientforløbet). Hvis der er stor udskiftning i det personale, der håndterer patienten på afdelingen/i praksis, kræver det en særlig opmærksomhed på at skabe en tillidsfuld relation. Skiftende personale kan være en barriere for patienters motivation til - og mod på at kontakte sundhedsvæsenet, som ligeledes beskrevet i Delstudie 2, og til at indgå i et udrednings- og behandlingsforløb. Der er endvidere problemer med, at de praktiserende læger ikke kan se, om deres henvisning til udredning/behandling rent faktisk er blevet gennemført.

Mange af ovenstående problemer udfordrer ikke kun patienter med psykisk lidelse. Psykisk lidelse kan dog bidrage til at forstærke nogle af disse udfordringer, og patienter med psykiske lidelser har ofte brug for ekstra støtte og eller ledsagelse for at kunne gennemføre et patientforløb, for eksempel i form af hjælp fra pårørende/netværk. Patienter med psykisk lidelse kan ofte have et lille og/eller ressourcetsvagt netværk, hvilket yderligere hæmmer deres muligheder herfor. Flere af de ovennævnte organisatoriske forhold relaterer sig til det, der kan beskrives som *organisatoriske sundhedskompetencer*. Organisatoriske sundhedskompetencer omhandler de organisatoriske forhold, der kan påvirke en borgers mulighed for håndtering af egen sundhed og sygdom – det vil sige den måde, hvorpå organisationer kan gøre information og ressourcer tilgængelige for personer med forskellige sundhedskompetencer [57]. Det kan eksempelvis omhandle mulighed for at inddrage patienterne i de beslutninger, der bliver taget, og at have tilgængelige og forståelige tilbud.

9.1.4 Praktik og økonomi

Udfordringer vedrørende praktik og økonomi er et emne, der er fremhævet som noget, der kan fylde rigtig meget for patienter med psykisk lidelse. Det omhandler blandt andet patienternes digitale sundhedskompetencer, som dækker over om personen har adgang til den nødvendige teknologi, for at kunne tilgå digitale systemer, såsom sundhedsapps, bookingsystemer og digital postkasse [57]. Flere har ikke egen telefon, eller formår ikke at anvende den til alle de digitale løsninger, der kan være nødvendige for at kommunikere med sundhedsvæsenet. Når patienten ikke har en mobiltelefon og/eller computer, modtager de for eksempel ikke en påmindelse (SMS og/eller indkaldelse i digital postkasse) om aftalen med egen læge eller tid på sygehuset. Særligt digitale postkasser er nødvendige at kunne tilgå i forhold til mødetider på sygehuset i et behandlingsforløb. Som det omtales i Delstudie 2 kan det være særligt problematisk, hvis patienterne ikke kan tilgå e-Boks i forhold til lungekræftbehandling, da adskillige mødetider informeres via denne platform.

Det kan desuden være en udfordring for patienten at transportere sig hen til aftalen med hospitalet. Det kan både skyldes det rent praktiske i selve transporten, men ligeledes i forhold til det økonomiske aspekt ved transporten. Dette er i overensstemmelse med fund fra Delstudie 2, hvor det understøttes af sundhedsprofessionelle og patienter, at pårørende især bliver en vigtig faktor i forhold til transport til og fra hospitalet. Det økonomiske aspekt er desuden en udfordring, når behandlingen kræver egenbetalt medicin, som det er tilfældet ved AKS, hvilket fremhæves i Delstudie 2, at flere ikke har råd til at betale for den nødvendige hjertemedicin.

9.1.5 Fleksibilitet i adgangen i sundhedsvæsenet

Udfordringen med fleksibilitet i adgangen til sundhedsvæsenet omhandler, at det kan forekomme vanskeligt for patienten at booke tid til lægen. Udfordringen kan blandt andet bestå i at ringe til

sekretæren og bestille tid eller navigere rundt i lægens selvbetjeningsystem. Derudover kan det være en udfordring for patienten at få en tid, der passer ind i patientens døgnrytme, da denne kan være ændret på grund af medicin. Medicinen kan forårsage, at nat og dag byttes om. Hvis patienten formår at bestille tid og deltage i samtalen med lægen, kan patienten have svært ved at forklare symptomerne på den afsatte tid til konsultationen, samt at patienten ikke kan frembringe mere end én problematik ad gangen til konsultationen. Denne udfordring med én problematik til hver konsultationstid med lægen, gives der ligeledes udtryk for ved patientinterviews i Delstudie 2.

9.1.6 Gennemførelse af rehabilitering

Gennemførelse af rehabilitering kan være en udfordring for patienter med psykiske lidelser som kan have behov for andre rammer, et mere håndholdt eller individuelt tilbud. Der kan i nogle rehabiliteringstilbud være begrænsede muligheder for at differentiere og tilpasse tilbuddet til den enkelte. Samtidig kan information gå tabt i overgangen fra rehabiliteringstilbuddet til eksempelvis sygehuset om den enkeltes patientens behov, og det kan ske, at patienten ikke føler sig hørt eller set. Dette stemmer overens med Delstudie 2, hvor patientinterviews viser, at et genoptræningsforløb ikke altid er målrettet til at tage hånd om patientens individuelle udfordringer. I Delstudie 2 giver de sundhedsprofessionelle desuden udtryk for, at de har erfaringer med, at patienterne udebliver fra rehabiliteringssamtaler på grund af udfordringer med at tilgå eller tjekke e-Boks. Dette er på linje med de praktiske udfordringer præsenteret i ovenstående afsnit om e-Boks.

9.1.7 Udsattefaglighed blandt sundhedsprofessionelle

Udsatte borgere oplever ofte, at ansatte i sundhedsvæsenet mangler kendskab til og forståelse for de livsomstændigheder, de lever under. Manglende udsattefaglighed kan blandt andet medføre, at de sundhedsprofessionelle overser somatiske symptomer på sygdom, fordi symptomerne overskygges af psykiske symptomer og sociale omstændigheder. Det ses ligeledes i Delstudie 2, hvor diagnostisk overskygning omtales – her kan det forekomme, at den sundhedsprofessionelle tilskriver personens symptomer eller adfærd til eksempelvis den psykiske lidelse, og flere af de sundhedsprofessionelle påpeger et behov for et øget fokus på psykiske lidelser under de sundhedsfaglige uddannelser. Hvis de sundhedsfaglige uddannelser har det på skemaet, er det væsentlig hvilken måde, hvorpå psykiske lidelser italesættes, så der ikke vækkes en frygt for patienter med psykiske lidelser.

Det kan ligeledes omhandle stigmatiserende adfærd, som eksempelvis kan komme til udtryk ved, at de sundhedsprofessionelle kan være utryk ved at undersøge patienten, samt bagatellisere patientens symptomer. Denne udfordring ses ligeledes ved Delstudie 2, hvor det omtales at eksempelvis KOL kan sløre for symptomer på lungekræft. Det kan ifølge fagpersonerne og forskere i interviewene have betydning for, at patienterne aflærer at lytte til egen krop, og at patienten dermed kan føle, at det kan være svært at trænge igennem med sine problemer. Det kan endvidere have betydning for forsinket diagnosticering, som også er en udfordring, der fremhæves i Delstudie 2.

Til udsattefaglighed knytter sig ligeledes en udfordring med hensyn til, at patienterne udskriver sig selv fra hospitalet – eventuelt fordi abstinenser ikke håndteres. Denne udfordring optræder ligeledes i Delstudie 2, hvor det omtales af de sundhedsprofessionelle, at det kan være svært for patienterne at være indlagt i blot få dage på grund af abstinenser.

Manglende udsattefaglighed kan desuden komme til udtryk ved, at sundhedspersonalet kan mangle forståelse for patientens situation. Det kan for eksempel være i konsultationen, hvor patienten opfordres til en sundere livsstil uden tanke for, at dette ikke nødvendigvis er den største udfordring patienten står overfor i øjeblikket. Desuden kan dette fokus hindre den nødvendige tillids- og relationsdannelse, og bidrage til en forstærket følelse af mindreværd hos patienten. Denne udfordring påpeges også i Delstudie 2, hvor patienterne blandt andet kan blive mødt med skældud og en misforståelse omkring deres velvillighed til at efterleve eksempelvis forebyggelsesmæssige anbefalinger.

9.2 Identificerede indsatser

Igennem identifikationsfasen er der fremhævet 7 forskellige overordnede udfordringer og 161 indsatser. Ud fra et kriterium om, at de udvalgte indsatser skal imødekomme mindste én af de identificerede udfordringer, er der udvalgt 21 indsatser til udvidet beskrivelse. Indsatserne opfylder endvidere inklusionskriterierne, der er fremført i den udvidede metodebeskrivelse, Bilag 12.3.1.2

I Tabel 4 ses de udfordringer, der er fremkommet i forbindelse med interview af forskere og fagpersoner med særligt kendskab til analysens målgruppe.

Tabel 4 – Overordnede udfordringer, temaet samt hvilke indsatser der afhjælper de identificerede udfordringer. Indsatserne nævnes kun under én overordnet barriere men kan potentielt bidrage til løsninger i flere af de nævnte barrierer. De tomme felter i tabellen indikerer områder, hvor der ikke er identificeret indsatser i identifikationsfasen.

Overordnet barriere	Tema	Indsatser
Begrænset kontakt til sundhedsvæsenet	Opsøgende indsatser på gadeplan	<ul style="list-style-type: none"> • Sygepleje på gadeplan • SundhedsTeam • Sygeplejeklinikker
Afkode kropslige tegn	Systematisk opsporing af somatisk sygdom	<ul style="list-style-type: none"> • Liaisonsomatik <ul style="list-style-type: none"> ◦ Somatisk opsporing i retspsykiatrien • Somatisk sygdomsopsporing i Region Hovedstadens Psykiatri • Ydelse 2150 - Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk lidelse • Ydelse 0123 - Sundhedstjek til borgere på botilbud • Faste læger på botilbud
Organisatoriske forhold	Patientstøtte- og ledsage	<ul style="list-style-type: none"> • Social Sundhed • Kræftens Bekæmpelses Navigatortilbud • Socialsygeplejersker <ul style="list-style-type: none"> ◦ Socialoverlæger • Patientens team i psykiatrien • Omsorgscentre
Praktik og økonomi	Kommunikation Transport Medicin	
Fleksibilitet i adgang til sundhedsvæsenet	Fleksible klinikløsninger	<ul style="list-style-type: none"> • Stjernepatienter • Flexklinik og Flex almen praksis
Gennemførelse af rehabilitering	Differentieret hjerterehabilitering	<ul style="list-style-type: none"> • Fællesholdet • Hjerterehabilitering til alle • Stjerneborgere
Udsattefaglighed hos sundhedspersonale	Undervisning/kursus	<ul style="list-style-type: none"> • Klinisk Kompetence Center <ul style="list-style-type: none"> ◦ Sygepleje til socialt udsatte • Tænk Somatikken Med • Landsindsatsen EN AF OS
	Sundhedsfagliguddannelse	

I tabellen er barriererne grupperet efter overordnede temaer, som udgør nogle af de centrale komponenter i indsatserne, der potentielt kan bidrage med at reducere ulighed i patientforløbet. Temaerne er efterfølgende koblet med indsatser, der har til formål at afhjælpe den overordnede barriere. I tabellen ses 21 indsatser og yderligere 3 underpunkter til indsatserne – disse er lignende indsatser, der kun er beskrevet kort i dette afsnit.

Den ovenstående liste over indsatser er ikke udtømmende og viser ikke et fuldstændigt billede af hvilke indsatser, der eksisterer til målgruppen i Danmark. Listen er et udtryk for indsatser, der er blevet fremhævet under identifikationsfasen, og hvor det efterfølgende har været muligt at opnå fyldestgørende information. Identifikationsfasen er illustreret i Figur 3 i afsnit 4.3.3 og omhandler som nævnt identifikation af relevante indsatser igennem desk research, spørgeskema og interviews.

Nogle af de indsatser, hvor det ikke har været muligt at give en fyldestgørende beskrivelse, er nævnt kort i den indledende tekst under det tema, de tilhører. I den indledende tekst, er der også beskrevet andre relevante indsatser, der for eksempel er af mindre omfattende karakter, eller endnu ikke er igangsat. Ligeledes er indsatser, der er identificeret efter dataindsamlingsperiodens afslutning ikke medtaget som en af de ordnede identificerede indsatser til uddybende beskrivelse. Flere af indsatserne kan passe under flere temaer, men fremgår kun under det tema, der er vurderet til at beskrive indsatsens funktion bedst.

I Bilag 12.3.2 Tabel 19 findes en oversigt over indsatser opdelt efter hvor de er forankret. Denne kan bruges som en hurtig oversigt over hvilke indsatser, der findes for eksempel i kommunerne, og derved en genvej til at udvælge hvilke indsatser, der kan være særligt relevant for læseren.

9.2.1 Opsøgende indsatser på gadeplan

Dette afsnit vil omhandle indsatser, der har karakter af at være opsøgende på gadeplan. Omdrejningspunktet er således at opsøge borgerne der, hvor de befinder sig, for enten at yde hjælp på det pågældende sted eller hjælpe borgeren med at få etableret kontakt til sundhedsvæsenet for yderligere behandling.

Udover de nedenstående detaljerede beskrivelser af indsatserne, findes der andre indsatser på gadeplan. Her kan eksempelvis nævnes Sociolancen, som er en indsats, hvor både en socialfaglig og sundhedsfaglig medarbejder er til stede i et specialindrettet køretøj og benyttes blandt andet i de tilfælde, hvor det kan være vanskeligt at vurdere, hvilken hjælp der præcis er behov for ved en socialt udsat borger. Sociolancen er identificeret efter dataindsamlingens afslutning og er derfor ikke udvalgt til uddybende beskrivelse.

9.2.1.1 Indsats: Sygepleje på gadeplan (gadesygeplejersker)

Formål

Indsatsen beskrives oftest som "gadesygeplejersker", men kan også have andre betegnelser, som for eksempel gadeteam. Herunder anvendes betegnelsen gadesygeplejersker. Formålet med gadesygeplejersker er at forbedre borgere i sårbare positioner og socialt udsattes sundhedstilstand ved at tilbyde sygeplejefaglig hjælp og støtte. Gadesygeplejerskerne fungerer som brobyggere mellem socialt udsatte og social- og sundhedsvæsenet. Tilbuddet gives borgere, der opholder sig på gaden (hjemløse og funktionelt hjemløse) og drives efter servicelovens § 12.

Udvikling af indsatsen

Indsatsen blev først oprettet i Københavns kommune i 1998. Gadesygeplejerskerne i København involverede brugerne i udvikling af indsatsen, og det teoretiske udviklingsgrundlag var baseret på skadesreduktion (harm reduction). Gadesygeplejersker findes i dag flere steder i Danmark.

Organisering af indsatsen

Gadesygeplejerskerne er ansat af kommunen eller en civilsamfundsorganisation (der for eksempel driver herberger), og deres primære arbejdssted er på gaden, væresteder og herberger/sygeplejeklinikker. I kommuner hvor hjemløse problematikken ikke fylder så meget, kan de også opsøge udsatte borgere i eget hjem [58]. Gadesygeplejersken har udstyr med til mindre sundhedsfaglige opgaver, som for eksempel sårpleje, influenzavaccination og udlevering af sprøjter til mennesker med et rusmiddelbrug. Gadesygeplejersken har typisk erfaringer med målgruppen fra tidligere arbejde.

Beskrivelse af indsatsen

Gadesygeplejersken er en opsøgende indsats, der ikke kræver henvisning. Borgeren kan selv opsøge gadesygeplejersken, og det samme kan for eksempel pårørende, egen læge, eller medarbejdere på et værested på vegne af en borger. Hjælpen ydes der, hvor gadesygeplejersken møder borgeren. Ved mere komplicerede problematikker, hjælper gadesygeplejersken med at tage kontakt til sundhedsvæsenet, og sørger for at følge borgeren til behandlingen. Hvis der på det modtagende hospital er socialsygeplejersker ansat, kan borgeren blive overdraget hertil. Gadesygeplejersken har efterfølgende mulighed for at hjælpe borgeren med, for eksempel, at følge behandlingen og påminde om opfølgende aftaler i sundhedsvæsenet. Gadesygeplejersken kan også yde følgeskab til egen læge, tandlæge eller rusmiddelcenter. En stor del af deres arbejde drejer sig om at opbygge en tillidsfuld relation til borgerne. Det er afgørende for, at borgeren vil modtage hjælp fra gadesygeplejersken og at borgeren selv henvender sig, hvis det er nødvendigt.

Tilslutning til indsatsen

Gadesygeplejerskerne hjælper primært hjemløse og funktionelt hjemløse, og det varierer meget imellem kommunerne, hvor stor målgruppen er. Der er, så vidt vides, ikke lavet en samlet opgørelse af tilslutningen til indsatsen.

Evaluerings/erfaring med indsatsen

Der er ikke udarbejdet en national evaluering af gadesygeplejerske funktionen. Skanderborg kommune har lavet en mindre evaluering, der viser, at gadesygeplejersken udfylder et tomrum i det samlede tilbud for kommunens udsatte borgere, og sikrer at borgere, der normalt ikke ville blive opsporet, har kontakt til det etablerede sundhedsvæsen, modtager sundhedstilbud og får behandlet akutte problemstillinger. Evalueringen viste, at der i 70 ud af 98 tilfælde havde været en forbedring af borgerens sundhedstilstand, nogle af disse blev vurderet som en direkte effekt af gadesygeplejerskens indsats [58].

9.2.1.2 Indsats: SundhedsTeam

Formål

SundhedsTeam har til formål at bidrage til en bedre og hurtigere sundhedsfaglig indsats overfor mennesker, som ikke kan benytte det primære sundhedsvæsen. Det er mennesker, som er marginaliserede, er i hjemløshed og/eller har et brug af rusmidler.

Udvikling af indsatsen

SundhedsTeam er oprettet på baggrund af et satspuljeprosjekt fra 2000-2004 [59]. Den kliniske del af projektet viste en meget stor oversygelighed og en meget lille kontakt med almen praksis blandt hjemløse personer med stof- og alkoholbrug. På baggrund af undersøgelsen oprettedes SundhedsTeam i 2005 som en mobil almen praksis. Fundamentet for indsatsen er den oprindelige undersøgelse og den initiale vurdering af projektet i de første fire år [59-62]. Efterfølgende er indsatsen ligeledes understøttet af blandt andet undersøgelsen SUSY-udsat [63]. SundhedsTeam var forankret med projektstatus fra 2005 til 2022, og er i 2023 blevet gjort permanent.

Organisering af indsatsen

SundhedsTeam er forankret under Center Udsatte for Voksne og Familier Københavns Kommune, men indsatsen leveres også til flere kommunale og private selvejende organisationer. SundhedsTeam honoreres ikke af sygesikringen, men fastlønnes af Københavns Kommune. Indsatsen omfatter: Lægelig funktion i Sundhedsrummet Halmtorvet, plejeafdelingen Forchhammersvej og Herberget Hillerødgade; personaleledelse sygeplejeklinikken Sundholm; lægelig og sygeplejerskefaglig indsats, Røde Kors Eirsgaard; lægelig supervision og instruks for stofindtagelsesrummene; RED LIV – naloxontrænerkursus til alle landets kommuner [64]. SundhedsTeam anvender e-journal, Novax. Indsatsen varetages af autoriserede sygeplejersker med solid somatisk baggrund og gerne særlig viden fra rusmiddel- og hjemløshedsområdet og læger med almenmedicinsk baggrund.

Beskrivelse af indsatsen

SundhedsTeam fungerer som almen praksis og har ekspertise i behandling og behandlingskoordinering for mennesker med hjemløshed og/eller brug af rusmidler. Indsatsen udføres i tæt samarbejde med alle institutioner og brugerorganisationer på hjemløseområdet. Sundhedsfaglige ydelser leveres gennem opsøgende arbejde hos borgere og på institutioner/væresteder. Der leveres også lægefaglige ydelser til de institutioner, der er lavet aftale med. Tilbuddet opnås ved at kontakte SundhedsTeams medarbejdere. Der er en initial screening for fysiske problemer, inklusive blodprøver, og der er særligt fokus på hepatitis, lungefunktion og kønssygdomme. Der følges også op på rusmiddelbrug og sociale problematikker med mere. Indsatsen kan anvendes så længe, at det er relevant, og erfaringsmæssigt er cirka 50 % afsluttet i løbet af et år. Indsatsen er løbende blevet udvidet med bedre muligheder for lokal diagnostik, med mobilt udstyr, under den opsøgende indsats.

Tilslutning til indsatsen

SundhedsTeams sygeplejersker og læger yder hjælp til omkring 1800 – 2000 personer om året.

Evaluering/erfaring med indsatsen

SundhedsTeam er baseret og implementeret på baggrund af et evalueret projekt, og der er ikke foretaget en samlet evaluering efterfølgende. Teamets medlemmer har siden evalueret og videnskabeligt publiceret elementer af indsatsen [65,66]. SundhedsTeamets særlige kendetegn og force er, at den sundhedsfaglige indsats kan integreres med det sociale arbejde og nemt kan implementeres i de organisationer der besøges.

9.2.1.3 Indsats: Sygeplejeklinikker

Formål

Sygeplejeklinikkerne ved herbergerne Sundholm, Hillerødgade og Mændenes hjem har til formål at levere primær sundhedsydelse til personer med hjemløshed, som typisk ikke benytter egen læge eller det regionale sundhedsvæsen. Indsatsen er målrettet beboerne på herberger, inklusive brugere af natcaféer. Klinikken Sundholm har også adgang for ikke-herbergsbeboere.

Udvikling af indsatsen

Indsatsen har eksisteret siden 1998, som en del af de tre herberger. Klinikkerne havde oprindelig lægelig dækning fra specialinstitutionen Forchammersvej. Siden 2013 har klinikernes lægetjeneste været tilknyttet SundhedsTeam (jævnfør ovenstående beskrivelse). Som følge af den faste forbindelse med SundhedsTeam, har der været en udvikling i de kliniske handlemuligheder efterhånden som adgange til for eksempel e-journal er blevet implementeret. Med større viden om udsattes sundhedstilstand er klinikkerne for eksempel blevet målrettet bedre behandlingsmuligheder i klinikkerne.

Organisering af indsatsen

Klinikkerne er underlagt herbergene og er dermed en del af det samlede tilbud. Sygeplejerskerne er ansat i de respektive herberger med relation til Københavns Kommune. Herberget Hillerødgade er udtrådt af samarbejdet med Københavns Kommune i 2022, men har fortsat sygeplejersker ansat. Den lægelige del er tilknyttet SundhedsTeam under Center for Udsatte Voksne og Familier, Københavns Kommune. Indsatsen på Hillerødgade er nedlagt i en kontrakt og honoreres i henhold til denne kontrakt. Indsatsen leveres direkte i klinikkerne eller ved "hjemmebesøg" hos herbergsbeboerne. Sygeplejerskerne benytter fagsystem i Center for Udsatte Voksne og Familier, aktuelt Domus og lægerne benytter e-journalen Novax.

Beskrivelse af indsatsen

Klinikkerne har typisk åbent om dagen og eventuelt enkelte aftener i løbet af ugen. Indsatsen opnås ved direkte henvendelse i åbningstiden eller ved opsøgende indsats fra klinikernes ansatte. Med udvikling af for eksempel e-journal og mulighed for blodprøvetagning er de diagnostiske muligheder i de senere år udvidet kraftigt. Der screenes typisk for smitsomme sygdomme med relation til injektionsmisbrug, samt generel somatisk status, men mange af klinikbesøgene er at sammenligne med besøg hos egen læge. Der er ingen øvre grænse for, hvor længe borgeren kan anvende klinikkerne. Som i almen praksis er indsatsen tilpasset den kliniske problemstilling, som ses hos den enkelte.

Tilslutning til indsatsen

Klinikkerne er kendt af herbergenes beboere, og der er forskellige kontaktmønstre på de respektive herberger. På Sundholm ses eksempelvis op mod 50 personer dagligt i forskellige sammenhænge. Der er ikke registreret nogen nedgang i behov, trods regionale tiltag på området.

Evaluerings/erfaring med indsatsen

Klinikkerne har løst en primær sundhedsopgave i 25 år og sammen med SundhedsTeams' læger udviklet behandlingsmulighederne løbende. Da klinikkerne er den del af herbergsdriften, har der ikke været en samlet evaluering.

9.2.2 Systematisk opsporing af somatisk sygdom

Dette afsnit vil omhandle indsatser, der har til formål at yde en systematisk opsporing af somatisk sygdom blandt personer med psykisk lidelse.

Udover de nedenstående detaljerede beskrivelser af indsatserne findes der andre lignende indsatser med samme overordnede formål. Indsatserne kan dog have mindre omfattende karakter, identificeret efter dataindsamlingen var afsluttet, eller være på tegnebrættet med henblik på fremtidig implementering i en dansk kontekst. Dette gælder blandt andet indsatsen "Tidlig Opsporing af Kritisk sygdom" (TOKS). TOKS er et screeningsværktøj (standardiseret observationssystem), hvor patienter, der indlægges på somatiske afdelinger på sygehuset, får målt vitale værdier såsom respirationsfrekvens, iltmætning, puls, temperatur med videre [67,68]. Det gør det muligt blandt andet at følge med i, om der er tidlige tegn på kritisk sygdom, og om patientens tilstand forværres. Det gør det ligeledes muligt for personalet hurtigt at gribe ind, så alvorlige komplikationer kan forebygges [67]. TOKS kan således være en hjælp til at opspore somatisk sygdom hos patienter med psykisk lidelse, der har svært ved at afkode kropslige tegn, vurdere alvorligheden af tegnene eller kan have svært ved at formidle symptomerne til personalet.

En indsats, som ligeledes har til formål at opspore somatisk sygdom, er blodprøvetagning i Rusmiddelcenter Middelfart. Borgere får i forbindelse med en lægesamtale (med henblik på opstart af medicinsk behandling og/eller årskontrol) på Rusmiddelcenteret taget blodprøver, som også bliver screenet for metaboliske sygdomme. Det er derved muligt at opspore somatisk sygdom, når borgerne er inde til anden behandling.

En anden indsats er "The Lester tool". "The Lester tool" er et redskab (i form af en plakat) der har til formål at guide sundhedspersonalet i at vurdere kardiometabolisk sygdom¹⁸ for personer, som oplever psykose eller skizofreni. Redskabet skal guide personalet i forhold til, hvordan patienten bedst hjælpes med behandling i forhold til at forbedre det fysiske helbred, rygevaner, livsstil, BMI, blodtryk, blodsukker og kolesterol [69]. Plakaten illustrerer nøgleindsatser og behandlinger som sundhedspersonalet kan anvende til at sikre en effektiv behandling. Redskabet er udviklet i engelsk kontekst [69], men der arbejdes med implementering i en dansk kontekst.

¹⁸ Kardiometaboliske sygdomme dækker over hjertekarsygdomme og type 2-diabetes, inklusiv risikofaktorer for udvikling af disse sygdomme [128].

9.2.2.1 Indsats: Liaisonsomatik

Formål

Liaisonsomatik er inspireret af liaisonpsykiatri – en tilgang til opsporing af psykiske lidelser hos patienter med somatiske sygdomme som blandt andet omfatter, at en psykiatrisk læge går stuegang på en somatisk afdeling. Formålet med Liaisonsomatik er omvendt at opspore somatisk sygdom hos patienter med psykiske lidelser, eksempelvis under indlæggelse i psykiatrien. Personer med psykiske lidelser vil i sjældnere grad eller aldrig opsøge deres egen læge. Hvis patienterne er indlagt i psykiatrien, hersker der derfor et særligt ansvar i forhold til at være opmærksom på denne målgruppe og tilbyde behandling. Målgruppen for indsatsen er alle indlagte voksen- og ældrepsykiatriske patienter i psykiatrien. Disse kan henvises til Liaisonsomatik af læger i psykiatrien, hvis der vurderes at være behov for somatisk udredning eller behandling [70,71].

Udvikling af indsatsen

Liaisonsomatik har eksisteret siden 2017 med trinvis implementering i 2017-2018 på de almen- og retspsykiatriske sengeafsnit i Aalborg – siden er indsatsen udbredt til Thisted, Brønderslev og nogle udvalgte ambulante afsnit i psykiatrien. Indsatsen er udviklet i samarbejde med psykiatriens peerboard og er løbende blevet tilpasset gennem dialog med personale, patienter og ledelse. Indsatsen er desuden tilpasset de lokale behov og den lokale kontekst.

Organisering af indsatsen

Indsatsen finder sted i Psykiatrien Region Nordjylland på matriklerne i Aalborg, Thisted, Brønderslev og Frederikshavn i samarbejde mellem Aalborg Universitetshospital og Regionshospitalet Nordjylland [70]. For de involverede klinikere er der løbende erfaringsopsamling med årlige temadage.

Beskrivelse af indsatsen

Det somatiske personale møder op én gang ugentligt på voksen-psykiatrisk afdeling. De går medicinsk stuegang med både et opsporende og et behandlende sigte. Det er et fast team af medicinske læger og sygeplejersker fra forskellige specialer. Som udgangspunkt ser teamet alle typer af patienter – uanset typen af symptomer eller formodet speciale. Hvis der ikke er henviste patienter til somatisk udredning og behandling vil det somatiske personale lave en systematisk gennemgang af de indlagte patienter i forhold til eksempelvis afvigende blodprøver, medicininteraktioner mellem psykiatrisk og somatisk medicin [71]. Udover at Liaisonsomatik foregår ved Klinisk Psykiatri er indsatsen også til stede ved den ambulante del af sygehuset. Den ambulante Liaisonsomatik er under udvikling, men på Aalborg Universitetshospital ambulante psykiatri er indsatsen i gang to dage om måneden.

Tilslutning til indsatsen

I perioden 2017-2022 er der i Nordjylland blevet tilset cirka 700 patienter.

Evaluering/erfaring med indsatsen

Der pågår en evaluering af den samlede indsats, som forventes publiceret ultimo 2023. Foreløbige resultater med indsamling fra 2016-2020 [72] viser, at Liaisonsomatik kan være en værdifuld metode til at øge det fysiske helbred for patienter med samtidig psykisk lidelse. Personalet vurderer, at indsatsen virker særlig godt, da samarbejdet mellem psykiatri og somatik betyder, at personalet bedre kan ringe til hinanden, kender hinanden og hurtigere kan få tingene til at ske. Samtidig tager det somatiske personale også viden med tilbage om det psykiatriske, som kan anvendes på den afdeling, som de oprindeligt kommer fra. Indsatsen er derved medvirkende til at afmystificere psykiatrien i det somatiske hospitalsvæsen.

Lignende indsatser

Somatisk opsporing i retspsykiatrien: Projekt "Lighed i sundhed"

Projekt "Lighed i sundhed" i Middelfart er et eksempel på en indsats, der har ligheder med Liaisonso-matik. I projektet er der tilknyttet en læge til en retspsykiatrisk afdeling. Projektet opleves at have haft så god virkning, at lægen nu er blevet en fast ordning på stedet. Ved indlæggelse tilbydes patienterne en samtale med lægen blandt andet i forhold til at få foretaget sundhedstjek. Projektet, og nu den faste ordning, opleves at have haft positiv betydning med hensyn til, at det er den samme læge, der er på stedet, hvorved patienterne opnår en tryghed og på sigt en åbenhed i forhold til at komme med somatiske problemstillinger.

9.2.2.2 Indsats: Somatisk sygdomsopsporing i Region Hovedstadens Psykiatri

Formål

Formålet med somatisk sygdomsopsporing i psykiatrien er at forbedre opsporing af somatisk sygdom hos borgere med psykose- og affektive lidelser i de psykiatriske FACT-ambulatorier, OPUS-ambulatorier og botilbud og understøtte opstart af behandling hos den praktiserende læge. Hermed ønskes at bidrage til mindsket overdødelighed og øget livskvalitet for disse patienter.

Udvikling af indsatsen

Region Hovedstadens Psykiatri har etableret et team til somatisk sygdomsopsporing, bestående af en lægelig teamleder (praktiserende læge), en projektleder, fire praktiserende lægekonsulenter og to sygeplejersker. Indsatsen er baseret på tidligere positive erfaringer med konceptet Systematiske Somatiske Undersøgelser af Psykiatriske Patienter. Funktionen startede i april 2022 og skal trinvist udbredes til alle almenpsykiatriske ambulatorier i Regionen. Indsatsen er udviklet af teamleder og projektleder med input fra psykiatriske ambulatorier og regionale praktiserende konsulenter med tilknytning til psykiatrien, og er i tråd med Medical Research Councils (MRC) guidelines [73]. Indsatsen udvikles løbende.

Beskrivelse af indsatsen

Indsatsen består af to integrerede spor. Sygeplejerskesporet tilbyder systematisk screening til alle patienter med diagnoser inden for psykose- og affektive lidelser (F20-39), hvis de begynder et forløb i ambulatoriet, hvis de starter i clozapin eller lithiumbehandling, eller hvis de bor i botilbud. Sygeplejerskerne oplæres til dels selvstændigt i at kunne vurdere patienterne for KOL, astma og risiko for iskæmisk sygdom herunder diabetes. De ansættes på fuld tid og dækker 3-4 ambulatorier. I lægesporet ansættes praktiserende læger på konsulentbasis. I lægesporet tilbydes en grundig somatisk undersøgelse i forhold til alle organsystemer, særligt tilpasset denne patientgruppe. De praktiserende lægekonsulenter uddannes initialt på seks dage. De somatiske sygeplejersker uddannes i løbet af 12 uger. Det er centralt, at patienter med opsporet fysisk sygdom kommer videre til behandling hos egen læge. Opfølgning understøttes ved, 1) at der sendes notat til patientens egen læge, 2) at sygeplejerskerne bestiller en tid hertil og 3) at patientens kontaktperson understøtter patientens overgang via motivation, opfølgning på fremmøde og afklaring og understøttelse af ledsagelsesbehov. Indsatsen er løbende blevet justeret, da det blandt andet har vist sig, at mange patienter dør med forstoppelse (bivirkning ved antipsykotisk medicin, men også symptomer på cancer). Det afprøves, om sygeplejerskerne kan oplæres i mave-undersøgelser og selvstændig vurdering af alvorlighedsgrad - og dermed vil kunne sende patienten til egen læge eller i behandling.

Tilslutning til indsatsen

Der har været 1005 patienter i kontakt med indsatsen (fremmødt eller fået bestilt tid). Der har været booket cirka 1300 tider ved sygeplejersken og cirka 900 konsultationer har været afholdt. Ved lægekonsulenterne har der været booket omkring 450 konsultationer og 350 konsultationer har været afholdt.

Evaluerings/erfaring med indsatsen

Dataudtræk bruges blandt andet til monitorering og understøttelse af implementeringen, samt større forskningsprojekter. Inden for nuværende budget er der midler til tre delstudier (implementeringsforskning). Der ansøges om midler til et større effektstudie. Data viser, at der i sygeplejerskesporet ikke gøres fund relateret til somatisk sygdom hos cirka 15 % af patienterne, cirka 40 % af patienterne sendes til lægekonsulenten og lidt under 50 % sendes direkte til egen læge. I lægesporet gøres der ikke fund hos cirka 6 % af patienterne, mens cirka 85 % sendes videre til egen læge, 5 % kommer i kræftpakker og lidt under 10 % sendes til en somatisk hospitalsafdeling.

9.2.2.3 Indsats: Ydelse 2150 - Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk lidelse

Formål

Formålet med indsatsen er, at almen praksis bliver bedre til at opspore somatisk sygdom hos mennesker med psykisk lidelse. Indsatsen er rettet mod to målgrupper: 1) Patienter mellem 18 og 60 år med svær, kronisk psykisk lidelse, som er diagnosticeret hos speciallæge i psykiatri og i fast behandling med lithium eller antipsykotisk medicin i større doser 2) Øvrige patienter over 18 år med diagnosticeret psykisk lidelse, hvor den praktiserende læge vurderer, at patienterne er i risiko for at have uopdagede somatiske sygdomme, stofbrug og/eller betydelig mistrivsel, som patienten ikke selv kontakter almen praksis med.

Udvikling af indsatsen

Indsatsen er udviklet på baggrund af SOFIA-projektet (Sammen Om Fysisk og psykisk helbred I Almen praksis) som startede i 2017 og blev afsluttet ultimo 2023. Studiet er udviklet via en co-designfase med input fra blandt andet patienter, et feasibility-studie blandt praktiserende læger i Hobro og et randomiseret pilotstudie i Region Hovedstaden og Region Sjælland. SOFIA-projektet havde tre hovedkomponenter: 1) Uddannelse og undervisning af praktiserende læger og deres personale og udlevering af en kommunal oversigt over tilbud til målgruppen 2) Opsporing af målgruppen og kontakt med tilbud om forlænget konsultation 3) Forlænget overblikskonsultation på op til 45 minutter, der inkluderer en fysisk undersøgelse, en gennemgang af medicinlisten samt planlægning af kommende konsultationer. Del 2 og 3 har inspireret til oprettelse af Ydelse 2150, som en del af overenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Danske Regioner per 1. januar 2022.

Organisering af indsatsen

Ydelsen kan gives én gang om året til målgruppe 1 og en gang i alt til målgruppe 2. Ydelsen er en tillægsydelse og kan foretages sammen med en almindelig konsultation eller til en årskontrol, men skal være planlagt på forhånd.

Beskrivelse af indsatsen

Ydelsen indeholder en afdækning af patientens egen oplevelse af hans/hendes fysiske og psykiske helbred, aktuelle symptomer, KRAM-faktorer, misbrug, en objektiv (fysisk) undersøgelse, plan for behandling/råd om forebyggende tiltag, og en ny aftale med inddragelse af relevante parter, hvis patienten ønsker det. Der lægges op til, at almen praksis yder en opsøgende indsats overfor målgruppen. Målgruppen kan identificeres via journal- og udskrivningsoplysninger fra sygehus, via eksisterende kendskab til patienten, eller der kan trækkes lister over aktive brugere af antipsykotisk medicin fra klinikens database. Patienten kan kontaktes telefonisk, eller undersøgelsen kan aftales, hvis patienten møder op i en anden anledning. Andre kan også kontakte almen praksis på vegne af borgeren. Der fokuseres på tiltag i forhold til at fremme patientens fremmøde, for eksempel. SMS- eller telefonisk påmindelse forud for undersøgelsen.

Tilslutning til indsatsen

Opgørelse for 2022 viser, at ydelsen i gennemsnit er anvendt mindre end to gange pr. praktiserende læge. Der er stor variation i, hvor meget ydelsen er anvendt fra praksis til praksis, og der er store kommunale forskelle.

Evaluerings/erfaring med indsatsen

Væsentlige dele af SOFIA-projektet er blevet implementeret på landsplan med Ydelse 2150 inden projektets afslutning. Derfor har et større effektstudie ikke været muligt. SOFIA-projektet er nu i færd med at undersøge implementeringen af ydelsen og tilbyder undervisning i brug af ydelsen.

9.2.2.4 Indsats: Ydelse 0123 - Sundhedstjek til borgere på botilbud

Formål

Formålet med sundhedstjek er at reducere uligheden i sundhed for personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne, der opholder sig på et botilbud. Ydelsen har til formål at forebygge, diagnosticere og behandle somatiske sygdomme, med henblik på at øge levetid og livskvalitet blandt personer i botilbud.

Udvikling af indsatsen

Indsatsen er initialt udviklet af Danske Handicaporganisationer (DH), hvor et projektteam (brugere, praktiserende læger, ledere af botilbud og i den kommunale socialforvaltning) udviklede en model for sundhedstjek. Modellen var baseret på kendte barrierer og internationale erfaringer med sundhedstjek til målgruppen. Modellen blev afprøvet i et pilotprojekt fra 2012-2014. Per 1. januar 2022 er indsatsen blevet en del af OK22 mellem PLO og Danske Regioner og benævnes 0123. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) nedsatte efterfølgende en arbejdsgruppe med henblik på at udfærdige et redskabsark til sundhedstjek til de praktiserende læger [74]. DH har udarbejdet information til borgere og personale på bosteder og et forberedelsesskema til udfyldelse før sundhedstjekket og DSAM har støttet op om dette materiale [75,76].

Organisering af indsatsen

Sundhedstjekket bliver leveret af praktiserende læger og foretages på botilbuddet. Ifølge overenskomsten forpligtes alle praktiserende læger til at tilbyde sundhedstjek, hvor de første sundhedstjek skal gennemføres inden 1. januar 2025. Sundhedstjekket gennemføres hvert andet år - eller årligt, hvis borgeren har mange kontakter til sundhedsvæsenet, mange (gen)indlæggelser med mere.

Beskrivelse af indsatsen

Indsatsen kan initieres ved, at personalet på botilbuddet kontakter almen praksis, eller lægen selv tager initiativ til sundhedstjekket. Inden sundhedstjekket er det vigtigt at vide, hvilke undersøgelser, der skal gennemføres (ved udfyldes af forberedelsesskema med borgeren) [74], og om borgeren er i stand til selv at give samtykke, eller om det gives af pårørende/værge. Sundhedstjekket foregår på botilbuddet i egnede lokaler eller i borgerens eget hjem. Personale med indgående kendskab til borgeren og dennes pårørende deltager. Overordnet indeholder sundhedstjekket en afdækning af patientens forhold inklusiv introduktion til lægens rolle som tovholder, en helbredsundersøgelse, status på eksisterende behandling, med for eksempel ajourføring og medicingennemgang, udarbejdelse af en aftale inklusiv eventuel forebyggende indsats samt orientering af pårørende med flere.

Tilslutning til indsatsen

Fra januar 2022 til og med september 2023 har 6498 personer modtaget ydelsen i Danmark.

Evaluerings/erfaring med indsatsen

Pilotprojekt foretaget af DH viser overordnet, at sundhedstjek kan mindske uligheden og forbedre sundheden [77]. Borgerne oplevede sundhedstjek som positivt, og både læger og personale oplevede modellen som relevant og anvendelig. Arbejdet med sundhed bliver opsøgende og systematisk, og flere sundhedsmæssige problemstillinger afdækkes. Der var udfordringer for botilbuddene ved eksempelvis omorganiseringer, personaleudskiftning, sygdom og mange forskellige støttekontaktpersoner var involveret i sundhedstjekket. Langt de fleste sundhedstjek blev dog udført alligevel. Øvrige erfaringer viser, at såfremt borger/bostedspersonale er velforberejdede, er det et godt redskab: Personalet får et godt overblik over sundhedstilstanden, borgerens eventuelle klager bliver hørt, lægen kan fokusere på de relevante helbredsproblemer og bruge samtalen til at undervise borger og personale i både specifikke og generelle helbredsforhold.

9.2.2.5 Indsats: Faste læger på botilbud

Formål

Formålet med indsatsen, hvor en fast læge er tilknyttet et botilbud, er at sikre sundhedsfaglig behandling af borgere på botilbud og større tilgængelighed af egen læge. Derudover er formålet med indsatsen at give mere sundhedsfaglig rådgivning til personale på botilbuddet, som lægen kan give ved besøg. Indsatsen er målrettet alle borgere på botilbud.

Udvikling af indsatsen

I juli 2017 indgik PLO, KL, Sundheds- og Ældreministeriet samt Danske Regioner en aftale om tilknytning af faste læger på socialpsykiatriske botilbud. Aftalen var et tillæg til aftalen om fast tilknyttede læger på plejecentre, der blev indgået i 2016 [78]. Ordningen blev opstartet i Socialforvaltningen i Københavns kommune i 2018. Satspuljemidlerne udløb i 2020 og siden har kommunerne rundt omkring i landet selv finansieret indsatsen. Selve indsatsen har været i funktion siden 2018.

Organisering af indsatsen

Den faste læge tilknyttet botilbud er en almen praktiserende læge som er ansat på konsulent-basis ved socialforvaltningen. Lægen yder udover de almindelige almenmedicinske ydelser til beboere som lægen er tilknyttet, 6-8 timers rådgivning og sparring om måneden til personalet på botilbuddet, afhængig af størrelsen på tilbuddet. Alle læger har deres egen praksis ved siden af. Indsatsen kræver et velegnet lokale, hvor lægen kan have konsultation. Ved behov kan konsultationen også foregå i borgerens egen bolig på botilbuddet. Alle almen praktiserende læger med interesse for målgruppen kan besidde jobbet.

Beskrivelse af indsatsen

Det er frivilligt, om borgerne ønsker at have den fasttilknyttede læge på botilbuddet som deres læge eller ønsker at benytte en anden praktiserende læge. Lægen kommer cirka hver 14. dag på botilbuddet til stuegang/konsultation. Lægens kontaktperson på botilbuddet, der som oftest er en sygeplejerske, laver en liste over de borgere som ønsker at blive tilset af lægen. Borgerne på tilbuddet kan derudover også opnå konsultation med lægen ved at bestille tid i klinikken på vanlig vis. Lægen har udover dette også mulighed for at komme på akutte sygebesøg på botilbuddet. Den oprindelige aftale om fasttilknyttede læger på botilbud er siden udløbet og der er i stedet kommet en regional rammeaftale om fasttilknyttede læger på botilbud, hvor flere botilbudstyper er blevet omfattet.

Tilslutning til indsatsen

Det er forskelligt for de enkelte botilbud, hvor mange borgere der skifter læge til den fasttilknyttede læge. Enkelte botilbud har en tilslutning på omkring 90 %, hvor andre har 20 %. Det afhænger ligeledes af, hvor mange patienter den praktiserende læge ønsker at have tilknyttet [79].

Evaluerings/erfaring med indsatsen

Indsatsen er ikke evalueret, men der er blevet afholdt evalueringsmøder, hvor der er lavet opsamling af erfaringer. Erfaringerne med indsatsen er gode – både for borgere, personale og den praktiserende læge. Det, der virker særlig godt ved indsatsen, er tilgængeligheden til lægen og relationen, som bliver skabt mellem borgerne og lægen samt mellem lægen og personalet på botilbuddet. Borgeren er i sine trygge rammer, og det bliver nemmere for lægen at arbejde med borgeren.

9.2.3 Patientstøtte- og ledsagelse

Dette afsnit vil omhandle indsatser, der har karakter af patientstøtte og/eller ledsagelse af patienter. Omdrejningspunktet er således enten at ledsage patienten til aftaler, være bisidder til konsultationer, støtte patienten under behandlingen, eller ved indlæggelse på sygehuset eller støtte patienten på anden vis i forbindelse med sygdom.

Udover de nedenstående detaljerede beskrivelser af indsatserne findes der andre indsatser, der har til formål at støtte eller ledsage patienten, hvor målgruppen ikke nødvendigvis kun omhandler patienter med psykisk lidelse. Eksempelvis findes der Peer-mentorer på Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitets Hospital [80]. Peer-mentoren bruger egne erfaringer til at støtte patienten i behandling og bygge bro mellem patienten og det øvrige sundhedsvæsen. Derudover har peer-mentoren et særligt indblik i forskellige kulturelle og sproglige nuancer og kan således understøtte samarbejdet mellem patienten, sundhedsprofessionelle i klinikken samt fagpersoner i kommunen. Der findes ligeledes peer-medarbejdere flere steder i psykiatrien, blandt andet i Region Nordjylland [81] og Region Midtjylland [82]. Indsatsen har dog primært fokus på støtte i den psykiatriske behandling, men der kan også være elementer, der kan bidrage til bedre somatisk behandling.

9.2.3.1 Indsats: Social Sundhed

Formål

Formålet med organisationen Social Sundhed er at bidrage til større lighed i sundhed, ved at frivillige brobyggere støtter, motiverer og ledsager mennesker, som har brug for hjælp i deres kontakt med sundhedssystemet. Derudover er formålet at fremme udsattefagligheden hos brobyggerne, der er sundhedsfaglige studerende, og derved en del af fremtidens sundhedsprofessionelle.

Udvikling af indsatsen

Indsatsen er udviklet af stifter Kristina Louise Bliksted, der i dag er organisationens direktør. Idéen opstod i forbindelse med en case competition for social innovation på Aarhus Universitet i 2013. Indsatsen er løbende blevet evalueret og udviklet jævnfør de erfaringer organisationen, brobyggere og borgere har fået fra alle led i indsatsen. 'Brugerperspektivet' er repræsenteret både i organisationens bestyrelse, samt introduktion og uddannelsen af de sundhedsfaglige studerende. Indsatsen er funderet i teori og metode indenfor recovery, empowerment og aktionslæring i den grundlæggende antagelse, at reduktion af den sociale ulighed også kan foregå på systemniveau.

Organisering af indsatsen

Social Sundhed er til stede i ni kommuner: København, Brøndby, Frederiksberg, Aarhus, Fredericia, Odense, Aalborg, Hjørring og Thisted. Der er 13 ansatte, der blandt andet koordinerer fordelingen af "brobygningsaftaler" for de omkring 300 studerende, der er tilknyttet indsatsen (Oktober 2023). De lønnede medarbejdere står også for undervisningen af brobyggerne, fundraising, frivilligpleje. Derudover træder de selv til, hvis der pludselig opstår sygdom/forhindring i forbindelse med en aftale og ingen anden brobygger kan træde til med kort varsel. Brobyggerne er frivillige sundhedsfaglige studerende, som rekrutteres en gang årligt ved korte oplæg og infoaften. Den studerende modtager ved opstart et 20 timers grundkursus, fordelt på fire moduler. Organisationens arbejde er blandt andet finansieret igennem partnerskaber med kommuner, regioner og private fonde.

Beskrivelse af indsatsen

Der er ingen visitation til indsatsen, hvilket vil sige, at alle kan henvende sig til organisationen og for at få hjælp af en brobygger. Pårørende eller sundhedsfagligt personale kan også tage kontakt på vegne af en borger, der ønsker hjælp. Brobyggeren får tildelt vagter med planlagte brobygninger. Brobygningen starter og slutter, hvor borgeren ønsker det, men oftest i borgerens eget hjem, plejehjem, bosted eller fra gaden. Brobyggeren assisterer borgere til alle sundhedsrelaterede aftaler for eksempel. egen læge, sygehuset, tandlægen eller kommunen. I forbindelse med en aftale i sundhedsvæsenet, kan brobyggeren eksempelvis støtte borgeren med forberedelse, transport, samt ved at tage noter under aftalen og samle op på vigtige punkter efter aftalen er afsluttet

Tilslutning til indsatsen

I 2022 blev der udført cirka 2300 brobygninger, men behovet vurderes af Social Sundhed til at være langt større og organisationen arbejder løbende på at imødekomme behovet.

Evaluering/erfaring med indsatsen

Et pilotprojekt fra 2020 viste, at borgerne, der blev fulgt af en brobygger, oplevede færre barrierer end normalvis i deres kontakt med sundhedsvæsenet [83]. De studerende fik indsigt i de barrierer, som borgerne møder, og de udfordringer sundhedsvæsenet havde med at imødekomme disse. I 2021 påbegyndte et større forskningsprojekt, og de første studier herfra blev udgivet i 2023 [84,85]. Det kvalitative studie viste, at borgere, brobyggere og sundhedsprofessionelle fremhævede, at tryk og vejvisning bidrager til, at patienten kommer til aftalen [85].

9.2.3.2 Indsats: Kræftens Bekæmpelses Navigatortilbud

Formål

Formålet med en navigator (støtteperson) er at give støtte og opbakning til kræftpatienter, som står alene i deres kræftforløb og har svært ved at overskue de mange aftaler, der kan være i forløbet. Navigatoren kan hjælpe med at skabe overblik i kræftforløbet, sikre at patienten får hjælp til at stille relevante spørgsmål, og at de forstår de informationer, der gives. Endelig kan navigatoren bidrage til at øge patientens trivsel og sundhedskompetence [86].

Udvikling af indsatsen

Navigator tilbuddet startede som et 2-årigt modelprojekt forankret i tre kræftrådgivninger i Kræftens Bekæmpelse med efterfølgende evaluering omkring forløbene set fra forskellige aktørers perspektiv. Der er i opstarten udviklet en forandringsteori, der har fokus på, hvordan projektet skaber den tilstræbte forandring [87]. I 2015 blev det udbredt til alle regioner og i dag tilbydes Navigator tilbuddet i hele landet.

Organisering af indsatsen

Indsatsen er forankret i kræftrådgivningerne. De ansatte koordinatore i kræftrådgivningerne driver tilbuddet lokalt, og de fleste har en baggrund som sygeplejerske eller socialrådgiver. Alle navigatore er frivillige og bliver klædt på til opgaven via et patientstøttekursus og et lokalt navigatorkursus. Derudover er der løbende supervision og netværksmøder. Navigatoren står som udgangspunkt til rådighed for støtte i cirka 3 timer ugentligt i et halvt år, men det er også muligt at få en bisidder i kortere tid eller til enkeltstående samtaler på hospitalet [86].

Beskrivelse af indsatsen

Patienten får tilknyttet en frivillig navigator ved at tage kontakt til Kræftens Bekæmpelses kræftrådgivning. Personalet fra sygehuset kan ligeledes informere om tilbuddet, hvis det vurderes at kunne være til gavn for patienten. Hvis patienten ønsker det, kan en rådgiver fra Kræftens Bekæmpelse kontakte patienten.

Navigatoren kan hjælpe med at skabe overblik over kræftforløbet og de forskellige aftaler patienten har. Navigatoren kan hjælpe patienten med at forberede sig til de forskellige møder og tage med patienten til samtaler, undersøgelser og behandling alt afhængig af patientens behov. Navigatoren kan også støtte patienten igennem forløbet ved at tale om, hvordan han/hun har det. Derudover støtter navigatoren ofte også med mange andre udfordringer. Det kan være støtte til anskaffelse af hjælpemidler, få bevilget kørsel, ansøge om legater med videre.

Tilslutning til indsatsen

Der er cirka 100 navigatore og cirka 200 patienter, der benytter tilbuddet årligt. Der er stor fokus på at skabe og øge synligheden af tilbuddet. De ansatte koordinatore har løbende kontakt med fagpersoner på blandt andet hospitaler for at sikre, at patienter bliver informeret om tilbuddet.

Evaluering/erfaring med indsatsen

Der er både blevet foretaget evaluering af selve pilotprojektet i 2015 og navigatorprojektet i 2018. Pilotprojektet (46 patienter var inkluderet i studiet) viste positive erfaringer for patienten både relateret til de sundhedsfaglige, sociale og personlige aspekter [88]. I evalueringen fra 2018 indgik 268 patienter. Evalueringen viste, at 7 ud af 10 patienter oplevede at være blevet mere trygge i deres kræftforløb, at de var blevet bedre til at forberede sig til møder på sygehuset og bedre til at følge op på og holde styr på aftaler med sygehuset. De sundhedsprofessionelle angav i evalueringen, at de oplevede, at det skabte tryghed for patienten at have en navigator tilknyttet, og at det bidrog til at sikre, at patienten mødte op til behandling [87].

9.2.3.3 Indsats: Socialsygeplejersker

Formål

Formålet med socialsygeplejersken er at skabe lige adgang til sundhed og til sundhedsvæsenet for socialt udsatte borgere. Socialsygeplejersken hjælper socialt udsatte borgere, eksempelvis borgere, som udover deres sygdom, har andre problematikker såsom hjemløshed, brug af rusmidler og psykisk lidelse. Der findes socialsygeplejersker på mange sygehuse og eksempelvis også i nogle kommuner. Her beskrives socialsygeplejersker på et somatisk sygehus.

Udvikling af indsatsen

Indsatsen startede som et pilotprojekt på Bispebjerg Hospital i 2006-2008 hvorefter den første socialsygeplejerske blev ansat. I 2012 blev der ansat socialsygeplejersker i Region Hovedstaden, og indsatsen blev gjort permanent. Sidenhen er der ansat socialsygeplejersker i Region Sjælland, Region Syddanmark, og Region Midtjylland. I Region Nordjylland er der til om med ultimo 2023 ansat Brobyggersygeplejersker, der har en lignende funktion [89]. Socialsygeplejerskeordningen er startet på de somatiske hospitaler, men der er sket en udbredelse til psykiatrien og kommunerne flere steder i landet.

Organisering af indsatsen

Organisatorisk er det forskelligt på de enkelte hospitaler i regionen hvordan socialsygeplejerskerne er forankret. Nogle er ansat i en patientforløbsenhed, andre i akutmodtagelsen. Fælles for socialsygeplejerskerne er dog, at de har deres daglige gang på tværs af alle afdelinger på det hospital, de er ansat på. Socialsygeplejerskerne har specialistviden indenfor rusmidler, afhængighed, smertebehandling, abstinens- og substitutionsbehandling og socialt udsattes levevilkår.

Beskrivelse af indsatsen

Når en socialt udsat borger har behov for ekstra støtte til behandling i sundhedsvæsenet, kontaktes socialsygeplejersken af for eksempel gadesygeplejerske, støttekontaktperson, medarbejder på herberg eller det sundhedsfaglige personale, der modtager patienten på sygehuset. Socialsygeplejerskens rolle kan blandt andet være at bidrage til identifikation af patients udfordringer, både i forhold til fysiske, psykiske og sociale problematikker samt bidrage til vurdering af patienternes sundhedskompetencer. Socialsygeplejersken koordinerer og støtter patienten i at gennemføre indlæggelse, ambulante forløb og møde op til kontroller. Socialsygeplejerskerne bidrager endvidere til patientbehandlingen, uden at havebehandlingsansvaret. De kan således aflaste sundhedspersonalet og skabe tryk på afdelingen. Nogle få steder i landet står socialsygeplejerskerne også for at arrangere tværfaglige dialogmøder, hvor forskellige fagligheder/specialer og eventuelle kommunale aktører mødes med henblik på at lægge en behandlingsplan for patienten. Her kan der for eksempel også tildeles en patientansvarlig læge, det vil sige en læge, der har det overordnede koordinerende ansvar. Udover patientstøtte, yder socialsygeplejerskerne også tæt faglig sparring med det øvrige sundhedspersonale i forhold til den enkelte patient, men de står også for generel undervisning i blandt andet socialt udsattes udfordringer og levevilkår. Socialsygeplejefunktionen er blevet tilpasset igennem tiden, og var oprindelig udviklet til stofbrugere. Siden er den blevet udvidet til også at omfatte borgere i socialt udsatte positioner. Der har også været en lokal tilpasning af indsatsen grundet forskelle i befolkningssammensætningen i optagerområderne.

Tilslutning til indsatsen

Alle socialsygeplejersker kan benytte en specifik procedurekode, således at det er muligt monitorere aktionsdiagnose, indlæggelsesdage og hvor mange patienter socialsygeplejersken har været i kontakt med mere. Der er, så vidt vides, ikke på nuværende tidspunkt en samlet opgørelse heraf.

Evaluering/erfaring med indsatsen

Der er udarbejdet flere evalueringer af indsatsen, for eksempel en fra 2013 der viser, at socialsygeplejerskens arbejde resulterer i flere og ofte også længere behandlingsforløb [90]. Dette kan ses som et tegn på, at deres arbejde bidrager til forbedret behandling og potentielt også til, at stofbrugere i højere grad kan følge et behandlingsforløb.

Lignende indsatser

Socialoverlæger

På baggrund af socialsygeplejerskeordningen er konceptet udvidet til socialoverlæger. Socialoverlægefunktionen blev etableret i Region Hovedstaden i 2021 med to sociallæger i somatikken og to socialoverlæger i psykiatrien. Socialoverlægerne supplerer den indsats som socialsygeplejerskerne varetager i forhold til de mest socialt udsatte borgere. Opgaverne for socialoverlægerne i somatikken kan overordnet set rubriceres i tre spor: 1) Socialoverlægerne yder sparring og lægefaglig bistand til det øvrige personale – herunder læger – i vanskelige forløb. Det kan handle om udsatte borgere som udover somatisk sygdom også har psykisk lidelse/eller og et problematisk brug af forskellige rusmidler. 2) Socialoverlægerne understøtter udsattefagligheden på regionens hospitaler og har en særlig rolle i forhold til at understøtte lægernes viden og kompetenceudvikling. De har ligeledes en central rolle i forhold til kompetenceudvikling af sygeplejersker, herunder socialsygeplejerskerne. 3) Socialoverlægerne understøtter samarbejdet om de særligt udsatte borgere mellem somatiske hospitalsafdelinger og psykiatrien, kommunernes socialforvaltninger, praktiserende læger, rusmiddelcentre, herberger med flere. Evaluering af indsatsen er i gang.

9.2.3.4 Indsats: Patientens team i Psykiatrien

Formål

Formålet med patientens team er at sikre et sammenhængende og effektivt patientforløb, hvor hver patient ved indlæggelse i psykiatrien får sit eget team – Patientens team. Teamet har ansvaret for at sikre, at patientforløbet (både det psykiatriske og eventuelt det somatiske) er velkoordineret og planlagt, samt at patienter og pårørende føler sig inddraget og velinformerede. Formålet er yderligere at sikre tydelighed omkring, hvem der har ansvaret for patientens behandlingsforløb [91,92].

Udvikling af indsatsen

Indsatsen blev påbegyndt i Psykiatrien i Region Nordjylland i 2014. Indsatsen er udviklet på baggrund af flere temadage om patientens team, hvor brugere, kommuner og psykiatrien har deltaget. Samarbejdet omkring Patientens team herunder koordinering, fælles planer og forståelse af opgaven, er udviklet sammen med kommuner og patienter samt pårørende.

Organisering af indsatsen

Indsatsen er overordnet set forankret i sundhedsklyngerne. I praksis er den forankret i alle de afdelinger eller områder, som har en berøringsflade med Patientens team. Det kan både være Jobcenter, socialområdet eller kommunernes sundhedsområde.

Beskrivelse af indsatsen

Patientens team har ansvaret for hele patientforløbet og sammensættes så tidligt som muligt i forløbet. Ved indlæggelse etableres Patientens team indenfor 24 timer efter indlæggelse. Ved opstart af ambulante forløb etableres Patientens team i forbindelse med første ambulante besøg. Teamet udgøres af en gruppe fagpersoner eller tværfagligt team, der sammen har til opgave at sørge for, at patienten får størst mulig kvalitet i behandling og pleje – og håndtere hele patientens problemstilling. Fagpersonerne i teamet kan være personer fra hospitalsvæsenet, den praktiserende læge og fagpersoner i kommunen. I teamet vil der altid være en behandlingsansvarlig læge. Den behandlingsansvarlige læge er kontaktperson for patienten og den praktiserende læge er kontaktperson ved udskrivelse. Komplexiteten i patientforløbet definerer graden af samarbejde og hvilke fagpersoner der indgår i teamet – medlemmerne i teamet kan derfor være faste og mere løst tilknyttede alt efter, hvad der er behov for i patientforløbet. Teamet har blandt andet fokus på samarbejde med det somatiske område. Dette hjælper med at sikre, at der koordineres i forløb samt, at den eventuelle somatiske behandling understøttes og fastholdes. Patienten og eventuelle pårørende er en aktiv del af teamet i det omfang, de ønsker det, og patienten sætter dagsordenen i forhold til, hvilke behov vedkommende har [91,92].

Tilslutning til indsatsen

Alle patienter i psykiatrien har et Patientens team, men der vil være forskel på, hvor stort behovet er for at samarbejde på tværs og hvor mange aktører, der er involveret.

Evaluerings/erfaring med indsatsen

Patientens team er blevet evalueret via nogle andre projekter, der har været iværksat. Evalueringen viste blandt andet, at flere patienter fandt et job eller uddannelse til trods for svær psykiatrisk diagnose. Derudover har evalueringen vist, at patienten oplever et helt andet forløb, når de selv sidder med til bords. De fagprofessionelle oplever en større tilfredshed og alle bliver bedre i stand til at lykkes med egne opgaver når samarbejdet på tværs er godt. Det vurderes, at et element der virker særligt godt ved indsatsen er det formaliserede samarbejde, der bidrager med at overkomme de organisatoriske og strukturelle udfordringer, der er med forløb, der krydser grænser.

9.2.3.5 Indsats: Omsorgscentre

Formål

Omsorgscentre er et tilbud om restitutionsophold til borgere, der er hjemløse eller funktionelt hjemløse og som har behov for at restituere blandt andet efter indlæggelse på hospitalet, hvor der er behov for ro og hvile. Formålet er, at borgeren opnår større udbytte af behandlingen. Der findes tre omsorgscentre; Eirsgaard i København [93], Pitstop i Aarhus [94] og Svalegangen i Middelfart [95]. Alle tre omsorgscentre tilbyder ophold til personer fra både somatiske og psykiatriske afdelinger. Derudover kan der også tilbydes ophold for syge borgere med hjemløshed, der kommer direkte fra gaden på alle omsorgscentrene.

Udvikling af indsatsen

Indsatsen har eksisteret siden 2014, hvor omsorgscentret i København åbnede. Omsorgscentrene udspringer af en efterspørgsel fra socialsygeplejerskerne. Der er som nævnt tre omsorgscentre i landet og en fjerde på vej i Region Sjælland.

Organisering af indsatsen

Omsorgscentrene er finansieret på forskellig vis, men driftes alle af Røde Kors. De ansatte på omsorgscentrene er sygeplejersker med bred erfaring indenfor målgruppen samt en socialrådgiver. Udover de ansatte er der frivillige på alle omsorgscentrene, som støtter borgerne med omsorg, samtaler og fællesskab.

Beskrivelse af indsatsen

Med henblik på eventuel henvisning til et omsorgscenter fra somatisk eller psykiatrisk hospital vil personalet foretage en faglig vurdering af borgerens situation og vurdere, om der kan tilbydes ophold. Det er desuden et krav, at borgeren ikke må være udadreagerende eller selvmordstruede, da der ikke er personale døgnet rundt på omsorgscentrene. Derudover lægges der vægt på, at borgeren kan indgå i gruppen med de andre beboere. Opholdet kan vare op til 14 dage. På opholdet får borgerne et værelse, mad, varmt tøj, støtte fra personalet, hjælp til at navigere i sundhedsvæsenet og deres videre forløb samt råd omkring pleje og behandling af eventuel sygdom. Omsorgscentret kan desuden stå for kontakten mellem borgeren og myndigheder med henblik på boligsituation med mere [93–95].

Tilslutning til indsatsen

Generelt for omsorgscentrene ses der stor efterspørgsel og stor tilslutning, når kendskabet er skabt til omsorgscentrene – eksempelvis fra relevante hospitaler og personale. I 2022 havde Pitstop 104 borgere igennem og Svalegangen 71. På Eirsgaard har de cirka 200-225 borgere igennem årligt.

Evaluerings/erfaring med indsatsen

Omsorgscenter Eirsgaard er blevet evalueret med et randomiseret kontrolleret studie samt en sundhedsøkonomisk evaluering [96]. RCT-studiet viste, at de borgere, som var blevet tilbudt ophold på omsorgscentret var mindre omkostningstunge for samfundet end personer, i lignende situationer, som ikke blev tilbudt et ophold. De højere omkostninger skyldtes generelt flere akutte hændelser. Der er desuden lavet et kvalitativt studie, hvor der er foretaget 12 interviews med borgere med hjemløshed som har boet på et omsorgscenter [97]. Fundene fra studiet viser, at omsorgscentret giver plads til hvile og restitution, hvilket giver plads til selvrefleksion over deres liv blandt borgerne.

9.2.4 Fleksible klinikløsninger

Dette afsnit vil omhandle indsatser, der relaterer sig til klinikløsninger af fleksibel karakter for patienterne. En fleksibel klinikløsning kan blandt andet bestå i at være mere tilgængelig for patienten ved at eksempelvis komme hen til patienten, have længere eller anderledes åbningstider.

Udover de nedenstående detaljerede beskrivelser af indsatserne findes der andre lignende indsatser på gadeplan. Her kan eksempelvis nævnes F-ACT, som står for Flexible Assertive Community Treatment, hvor hovedfokus dog ikke er på somatisk sygdom. F-ACT er en fleksibel, udgående og opsøgende behandling i nærmiljøet [98]. F-ACT-modellen skal bidrage til at sikre en opsøgende og fleksibel ambulant psykiatri, som kan tilbyde en intensiv støtte og behandling skræddersyet til den enkelte patient. F-ACT teams har primært fokus på de psykiatriske udfordringer men de kan ligeledes bidrage til hjælp og støtte i forbindelse med somatisk sygdom hvis patienten har behov for dette. Alle fem regioner har implementeret F-ACT i Danmark, hvor F-ACT teams' opgave er at understøtte og hjælpe psykiatriske patienter, så de blandt andet undgår langvarige indlæggelser i sundhedsvæsenet [98].

9.2.4.1 Indsats: Stjernepatienter

Formål

Formålet med indsatsen "Stjernepatienter" er at levere en differentieret lægefaglig indsats, således at der gives mest til de patienter med størst behov. Indsatsen er særligt målrettet borgere i sårbare positioner.

Udvikling af indsatsen

Indsatsen er implementeret hos Lægefællesskabet Grenå, og har været i gang siden 2019. Indsatsen er udviklet i dialog mellem læger og personale i Lægefællesskabet. Indsatsen bygger på viden om, at en differentieret indsats er nødvendig for at reducere effekten af ulighed i sundhed, samt viden om, at kontinuitet er afgørende for at nedsætte forbruget af lægevagt, akutte indlæggelser samt for at mindske risikoen for død. Et stort norsk studie har vist, at desto længere tid en patient har været tilknyttet samme læge/lægehus, desto bedre er udfaldet for patienten [99].

Organisering af indsatsen

Indsatsen er forankret i almen praksis og ydelsen leveres af klinikkens læger og personale i fællesskab. Indsatsen bliver løbende evalueret ved daglige morgenmøder, hvor alle deltager.

Beskrivelse af indsatsen

Den faste læge eller sygeplejerske kan initiere, at en patient får stjernepatient status, hvis disse oplever, at en borger er i en særlig sårbar periode. I givet fald at patienten er enig, tilbydes denne at blive stjernepatient, og der sættes en stjerne på forsiden af journalen. Klinikken er herefter forpligtet til at yde en ekstra og individualiseret indsats. Målet er at sikre, at stjernepatienterne modtager et skræddersyet lægefaglig tilbud, der matcher deres behov. Det tilstræbes for eksempel, at stjernepatienter altid bliver behandlet af deres behandlerteam, bestående af deres faste læge og sygeplejerske. Behandlerteamet fungerer som tovholder for patienternes behandlingsforløb, og de rækker ud til patienterne efter eventuel udskrivelse fra sygehus samt i tilfælde af at patienten udebliver fra en planlagt konsultation i klinikken. Stjernepatienters konsultationer er kendetegnet ved at have længere varighed, normalt omkring 30 minutter, og ved at være planlagt på tidspunkter, hvor der er minimal ventetid og færre patienter i venteværelset. De stjernepatienter, som er i en ekstraordinær sårbar position, bliver gennemgået i klinikken en gang om ugen på et morgenmøde med henblik på at sikre, at alle i klinikken er enige om, hvordan patienten skal håndteres. Stjernepatienten har let adgang til at få tid i klinikken og der tilbydes oftere hjemmebesøg. Udover at møde patienterne til konsultationen i klinikken, har lægerne også en udgående funktion, hvor de kommer med faste intervaller på det lokale sociale værested, de lokale bosteder, et udsat boligområde samt hos kommunale kort-tidspladser, der bruges til nyudskrevne patienter.

Tilslutning til indsatsen

Cirka 5 % af Lægefællesskabets patienter er registreret som stjernepatienter og alle identificerede patienter har takket ja til tilbuddet.

Evaluering/erfaring med indsatsen

Der er ikke lavet systematisk evaluering eller audit på indsatsen, men der arbejdes på at skaffe midler til en forskningsbaseret evaluering. Erfaringerne fra indsatsen er, at den giver mulighed for at skabe en kultur i en organisation, hvor man arbejder med differentieret indsats, uden at det opleves som stigmatiserende for patienten.

9.2.4.2 Indsats: Flexklinik og Flex Almen Praksis

Formål

Formålet med Flexklinikken er at arbejde fleksibelt og imødekomme og rumme de borgere, der ellers kan have svært ved det eksisterende sundhedsvæsen. Udover at yde udredning, diagnostik og behandling til socialt udsatte på hospitalet, er formålet også at sikre bedre tværsektorielle overgange for socialt udsatte patienter og koordinere behandlingsforløbet og understøttende indsatser på tværs. I Flexklinikken arbejdes der således med at sikre lettere adgang til - og udbytte af behandling i sundhedsvæsenet. Målgruppen for Flexklinikken vil oftest være patienter, der er socialt udsatte, for eksempel med rusmiddelbrug, hjemløshed, gentagne indlæggelser, dobbeltdiagnoser og med begrænset netværk.

Udvikling af indsatsen

Flexklinikken er placeret på Bispebjerg Hospital og har siden februar 2022 varetaget tilsyn under patienters indlæggelse som efter udskrivelse eventuelt følges i et formaliseret flexforløb hos en socialsygeplejerske eller i almen flexpraksis med henblik på opfølgning på somatiske problemstillinger. Flex Almen Praksis, som hører under Flexklinikken, har fungeret siden 2. januar 2023 og er et tilbud, der ikke tidligere er forsøgt i Danmark. Flexklinikken udvikles løbende og tilpasses relevante projekter og opståede behov hos målgruppen – hvor relevante samarbejdspartnere og repræsentanter fra målgruppen inddrages i udviklingen og justeringen af tilbuddene.

Organisering af indsatsen

Flexklinikken hører organisatorisk under Akutafdelingen på Bispebjerg Hospital. Flexteamet består af to speciallæger i almen medicin, seks socialsygeplejersker med forskellige socialfaglige og kliniske kompetencer, socialoverlæge og en tværfaglig afsnitsleder. Derudover er der bevilliget en fodterapeut som led i budgetforhandlingerne for 2024.

Beskrivelse af indsatsen

Flexklinik:

På foranledning af henvisning fra samarbejdende afdeling på Bispebjerg Hospital eller ved opsøgende arbejde ved flexteamet, tilses patienterne under indlæggelse af socialsygeplejerske og /eller overlæge fra Flexklinikken. Ofte konfererer flexteamet omkring de konkrete patientforløb, så det i fællesskab vurderes, hvorledes patienten bedst muligt hjælpes, og hvorledes overgangene til kommunale tilbud, for eksempel kontakt til hjemløseenheden, socialrådgiver, eller rusmiddelbehandling sikres. Med afsæt i patienternes samlede situation, historik og alder vurderes det, om patienten med fordel kan tilknyttes flexforløb efter udskrivelse. Her vil socialsygeplejersken, efter patientens samtykke, løbende følge op på, om patienten eksempelvis følger den behandlingsplan, der initialt er lagt, og om brobygningen til det kommunale regi og eventuelle NGO'er er veletableret. Flexforløbet afsluttes i udgangspunktet, når flexteamet i samråd med patienten og øvrige aktører vurderer, at det er det mest hensigtsmæssige.

Flex Almen Praksis:

I Flex Almen Praksis tilbydes lægehjælp, der svarer til en praktiserende læge. Det er et tilbud målrettet de patienter/borgere, der ikke har en praktiserende læge (eksempelvis personer i hjemløshed) og de patienter, der ikke gør brug af deres egen læge. Sidstnævnte er typisk patienter med en udpræget grad af kompleksitet i forhold til graden af udsathed. Omdrejningspunktet for Flex Almen Praksis er tilgængelighed, mere tid til den enkelte patient, kontinuitet og en nytænkning i forhold til hvordan man kan fremmøde (det er eksempelvis tilladt at have sin hund med, man må ryge ((uden dørs) og indtage alkohol). For at imødekomme tilgængeligheden arbejdes der med "åben konsultation", hvor det ikke er nødvendigt for borgeren at bestille tid inden fremmøde. For at undgå at skabe

et parallelt sundhedsvæsen, arbejdes der på at genskabe tilliden til det etablerede sundhedsvæsen, inklusiv at genskabe kontakten til egen læge, såfremt borgeren måtte have sådan en.

Patientforløbene individualiseres, og der foregår et tæt samarbejde med de øvrige aktører omkring patienten; støttekontaktperson, sagsbehandler, rusmiddelbehandler og så videre for at opnå bedst mulig adherence. Der bruges mange ressourcer på at koordinere ambulante opfølgninger i det øvrige sundhedsvæsen, på at fastholde patienten i et behandlingsforløb og på at sikre optimal behandling. Der arbejdes tæt sammen med det øvrige hospital, og i forbindelse med en indlæggelse fra Flex Almen Praksis, vil lægen gå på daglige tilsyn ved de patienter, vedkommende har indlagt, med henblik på. at være tovholder for patienten og sparringspartner for hospitalets øvrige personale. Patienten bliver således fulgt fra indlæggelse til udskrivelse, hvorefter de tilbydes opfølgning i almen praksis.

Evaluering/erfaring med indsatsen – Flexklinik:

Indsatsen evalueres løbende og indgår i flere forskningsprojekter. Forskningsafdelingen med Ph.d.-studerende i akutmodtagelsen, et farmaceutisk projekt samt Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse følger både kvalitative og kvantitative data tæt. Klinikken har været igennem en pilotfase med start 1/2-2022. I løbet af de første ti måneder i denne fase har 110 indlagte patienter været i et flexforløb. Disse er blandt afsættet for den evalueringsrapport, der per 01.01.23 er udgivet og som understøtter, at Flexklinikens tilbud matcher patienternes behov. Der arbejdes endvidere på at belyse eventuelle organisatoriske og økonomiske konsekvenser specielt med henblik på forebyggelige indlæggelser. Data og forskningen skal hjælpe med at målrette fremtidige tilbud til gruppen, så disse bliver endnu bedre.

Evaluering/erfaring med indsatsen – Flex Almen Praksis:

Indsatsen bliver løbende evalueret og justeret. Der føres ugentlige statistikker over fremmøde med mere, så åbningstiderne svarer til, hvornår flest patienter henvender sig. En opgørelse per ultimo juni 2023 viste, at Flex Almen Praksis modtager patienter fra 43 forskellige instanser, deriblandt rusmiddelcentre, krisecentre, væresteder, NGO'er, kommunale indsatser, psykiatrien, kriminalforsorgen, andre sundhedstilbud og dertil kommer et stigende antal selvhenvendelser. Der har siden åbningen løbende været en stigning i antallet af patienter som kommer i Flex Almen Praksis og for nuværende er gennemsnittet på 6-10 personer dagligt. En vigtig parameter er patienternes egen fortælling, hvor det er indtrykket, at mange kommer, fordi de har fået anbefalet klinikken fra venner og bekendte.

9.2.5 Differentieret hjerterehabilitering

Dette afsnit vil omhandle indsatser, der er relateret til differentierede hjerterehabilitering. Hjerterehabilitering tilbydes til borgere efter hjertesygdom, så som AKS. Rehabiliteringen har blandt andet til formål at forbedre borgerens livskvalitet ved eksempelvis at støtte borgeren i at genoptage en normal hverdag og håndtere psykiske og sociale udfordringer ved hjertesygdom. Rehabiliteringen har også til formål at forebygge fremtidige episoder med hjertesygdom, og er derfor er en vigtig del af den sekundære forbyggende indsats. Indsatsen omfatter både fysisk træning, psykisk og socialstøtte samt undervisning i eksempelvis medicin og livsstil, herunder hjælp til rygestop [100]. Opgørelser viser, at borgere i sårbare positioner, herunder borgere med samtidig psykisk lidelse, i mindre grad gennemfører et rehabiliteringsforløb [101,102]. Det er derfor vigtigt, at hjerterehabiliteringstilbud yder en ekstra indsats med henblik på at støtte borgerne i udsatte positioner, med at gennemføre forløbet.

9.2.5.1 Indsats: Fællesholdet

Formål

Formålet med Fællesholdet er at finde løsninger til borgere, der i deres rehabiliteringsforløb, ressourcemæssigt står svagere end andre og derved at øge sandsynligheden for, at de gennemfører forløbet. Målgruppen er sårbare hjerte-, KOL- og diabetespatienter med nedsat sundhedskompetence, hvoraf en stor andel har psykisk sårbarhed.

Udvikling af indsatsen

Indsatsen er udviklet, evalueret og implementeret i Randers Rehabiliteringsenhed og arbejdet blev initieret af et samarbejde med Aarhus Universitet, som en del af ph.d.-projektet "Hånden på Hjertet" i 2016-2019 [79]. Indsatsen er udviklet ved hjælp af en OPTimising HEalth Lliteracy and Access (Op-helia) proces, der består af tre faser; en behovsanalyse, en co-design fase og en implementerings- og evalueringsfase. Indsatsen er udviklet i et samarbejde imellem ledelse, medarbejdere og borgere. Borgere er blevet inddraget via workshops og spørgeskemaer. Ved at vurdere borgernes sundhedskompetencer, er det muligt, i samråd med borgeren, at sammensætte et rehabiliteringsforløb, der matcher borgerens behov. Indsatsen videreudvikles løbende og er blandt andet blevet udvidet som et tilbud til borgere med KOL eller diabetes type 2, hvorfor det nu kaldes Fællesholdet.

Organisering af indsatsen

Teamet bag Fællesholdet, er en del af det kommunale rehabiliteringstilbud, og indsatsen finder sted på Rehabiliteringsenheden, Randers Sundhedscenter, Randers Kommune. Teamet består af fysioterapeuter og ergoterapeuter, og ved behov er der mulighed for at inddrage diætist og sygeplejerske. Indsatsen bliver udbudt jævnfør Sundhedslovens § 119.

Beskrivelse af indsatsen

De fleste borgere henvises til rehabiliteringstilbuddet fra hospitalet efter diagnosticering og behandling for AKS, KOL eller diabetes eller fra egen læge ved forhøjet risiko for udvikling af disse sygdomme. Borgeren møder første gang ind til en samtale med en sundhedsfaglig person. Her anvendes blandt andet dialogværktøjet Conversational Health Literacy Assessment Tool (CHAT) til at vurdere borgerens sundhedskompetence. Herved er det muligt at identificere borgere i sårbare positioner, der har brug for ekstra støtte i deres rehabiliteringsforløb. Der bliver tilrettelagt et rehabiliteringsforløb (light-, standard- og udvidet forløb - fællesholdet), der matcher borgerens ressourcer, behov og identificerede udfordringer. På fællesholdet er der for eksempel færre deltagere end på et normalt hold, og det er muligt at fokusere på de barrierer, der er størst for borgeren, det kan for eksempel være udfordringer relateret til psykisk sårbarhed, følelsen af ikke at være forstået i sundhedsvæsenet eller ikke at kunne forstå, hvad der sker i deres forløb. Et forløb på Fællesholdet varer cirka 12 uger over 24 mødegange.

Tilslutning til indsatsen

Der er gennemført 60 forløb på fællesholdet i fra 2021 til oktober 2023. Tidligere tal viser, at 90 % af borgerne gennemfører forløbet.

Evaluering/erfaring med indsatsen

Resultaterne fra ph.d.-studiet indikerer, at indsatsen har været med til at forbedre organisationens sundhedskompetence, og udviklingsprocessen har givet en ny og mere holistisk forståelse af borgernes behov og sårbarhed. Nogle af virkningsmekanismer er, at det er de rette borgere, der bliver identificeret til tilbuddet og at borgerne er i centrum og inddrages; der er tid og rum til at tage udgangspunkt i borgerens udfordringer, for eksempel psykisk sårbarhed, og borgerne oplever at blive set og forstået af sundhedspersonalet.

9.2.5.2 Indsats: Hjerterehabilitering til alle - HeRTA projektet

Formål

Formålet med HeRTA projektet er at sikre, at flere hjertepatienter deltager i rehabilitering, og at de fastholder deres fysiske aktiviteter efter endt rehabiliteringsforløb. Normalvis er det vanskeligt at få borgere med blandt andet få økonomiske ressourcer, begrænset socialt netværk og/eller multisygdom til at deltage i rehabilitering, og det er særligt denne gruppe, man ønsker at hjælpe.

Udvikling af indsatsen

Udvikling af indsatsen begyndte i 2020, og er baseret på et samarbejde mellem fagprofessionelle indenfor hjertemedicin og rehabilitering, Hjerteforeningen og en rådgivende borgergruppe. Udviklingsprocessen har blandt andet bestået af workshops og udviklingsmøder. Den sidste del af indsatsen, der skal skabe brobygning fra rehabiliteringsforløb til aktiviteter i civilsamfundet, er udviklet i samarbejde mellem fritids- og sundhedskonsulenter, idrætsforeninger, fagprofessionelle og den rådgivende borgergruppe. Indsatsen er funderet på MRC guidelines til udvikling og evaluering af komplekse interventioner, guidelines til samskabelse samt brug af Design Thinking i udviklingsprocessen [73,103–107].

Organisering af indsatsen

Rehabiliteringsindsatsen består af flere del-elementer og leveres af Hvidovre hospital, Albertslund kommunen og Hjerteforeningen. Organisationsdiagram kan findes på projekthjemmesiden. Efterbehandlingssamtalen finder sted på hospitalet, og afhængig af hjertesygdommen vil patienten få tilbudt hjerterehabilitering og patientuddannelse enten på hospitalet, i kommunen eller begge steder. Indsatsen tilbydes hjertepatienter tilknyttet Hvidovre Hospital.

Beskrivelse af indsatsen

Indsatsen indeholder udover vanlig rehabilitering: 1) Skema med rehabiliteringsbehov, individuelle mål og valg af indsatser 2) Informationsbog om at være hjertesyg, inklusiv motionsoversigter med tilbud i foreningslivet, samt informationsfolder til arbejdsgiver 3) Støtte-cafe for pårørende 4) Mulighed for kontakt til patientstøtter i Hjerteforeningen 5) Motiverende telefoniske opringninger fra fysioterapeut 1 og 3 måneder efter endt rehabilitering. Ved behov tilbydes hjælp til at få hjertepatienten ud i relevante lokale idrætsforeninger. Til hjertepatienter i *sårbare positioner* tilbydes yderligere: 1) Proaktiv telefonisk rådgivning fra Hjerteforeningen (psykologer og socialrådgivere) 2) Patientundervisning i mindre hold (mulighed for inddragelse af patientstøtter fra Hjerteforeningen, diætist, fysioterapeut, præst, sygeplejerske) 3) Kørselshjælp til de første to gange rehabilitering 4) Tolkebistand ved behov. I slutningen af træningsforløbet planlægger fysioterapeuten og patienten, hvor patienten kan fortsætte træningen i lokalsamfundet (muligt at få et års kontingent betalt (max 500 kr.) én gang). Et fuldt rehabiliteringsforløb varer generelt imellem 1,5 til 3 måneder, men kan sagtens vare længere afhængig af borgerens individuelle behov. Indsatsen er justeret løbende. Blandt andet var der tidligere en præsentationscafe af idrætstilbud hver 6. uge, men på grund af for få deltagende patienter og idrætsforeninger er der nu i stedet udarbejdet en mappe med foldere fra idrætsforeningerne. Endvidere er der sket ændringer i rekrutteringsstrategien fra at rekruttere under patientens indlæggelse til nu at vente til to dage efter udskrivelse. På dette tidspunkt, er det oplevelsen, at borgerne har lettere ved tage stilling til tilbuddet.

Evaluering/erfaring med indsatsen

Implementeringen af indsatsen bliver evalueret ved brug af The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Evaluering af indsatsen er igangsat, og dataindsamlingen i forhold til deltagelse i hjerterehabiliteringen fortsætter frem til sommeren 2024 med langtidsfollowup på fysisk aktivitet til sommeren 2026.

9.2.5.3 Indsats: Stjerneborgere

Formål

Formålet med pilotprojektet "Stjerneborgere" er at udvikle og afprøve en indsats målrettet borgere i sårbare positioner med henblik på at reducere frafald i hjerterehabilitering.

Udvikling af indsatsen

Pilotprojektet har forløbet i perioden fra februar til maj 2023. Indsatsen er udviklet og afprøvet i et samarbejde mellem DEFACTUM, Region Midtjylland og tre pilot-kommuner (Aarhus, Ringkøbing-Skjern, og Viborg) og borgere med hjertesygdom. Indsatsen er udviklet efter MRC guidelines til udvikling og evaluering af komplekse interventioner [73] samt Hawkins et. al.'s model for co-production [107]. Workshops har været med til at kvalificere udviklingen af indsatsen gennem argumentationer, drøftelser og belysning af væsentlige kontekstuelle forhold i de respektive kommuner.

Organisering af indsatsen

Indsatsen leveres af rehabiliteringsenhederne i de tre pilot-kommuner. Rehabiliteringsenhederne består af fysioterapeuter, sygeplejersker, ergoterapeuter og diætister.

Beskrivelse af indsatsen

Indsatsen består af en ny evidensbaseret metode til systematisk vurdering af alle borgere, der møder til afklarende samtale i kommunen med henblik på at identificere borgere i en sårbar situation (=stjerneborgere). Til dette er der udviklet et identifikationsskema, som består af 13 ja/nej-spørgsmål, der tager udgangspunkt i kendte evidensbaserede indikatorer for frafald under rehabiliteringsforløb. Den endelige vurdering af, om en borger er en stjerneborger, skal bero på en sundhedsfaglig vurdering og ikke ud fra en samlet score. Indsatsen består også af en ekstra komponent målrettet stjerneborgerne indeholdende tre kerneelementer: 1) særlige opgaver til kontaktpersonen, som har det primære ansvar for borgeren 2) overlevering af information om stjerneborgeren fra den indledende samtale til resten af teamet og 3) systematisk opfølgning under forløbet blandt andet ved at kontaktpersonen tager kontakt til borgeren ved afbud/udeblivelse. Rehabiliteringsforløbet er tidssat til at vare 12 uger, men strækker sig i praksis over en længere periode, hvis borgeren ikke kommer hver gang. Projektet omfatter ikke differentierede rehabiliteringsforløb for stjerneborgerne. Dette er prioriteret, da det skal være nemt og realistisk for de enkelte kommuner at implementere indsatsen. Indsatsen, herunder identifikationsskemaet, er løbende blevet tilpasset efter drøftelser i projektgruppen.

Tilslutning til indsatsen

Under pilotfasen er identifikationsskemaet afprøvet på 177 borgere, hvoraf 79 (45 %) er vurderet som stjerneborgere. Ud fra litteraturen blev der i projektet opstillet et kvalitetsmål for andelen, der bør identificeres som stjerneborgere. Kvalitetsmålet blev fastsat til 45-50 %.

Evaluering/erfaring med indsatsen

Resultaterne fra pilotprojektet viser, 1) at identifikationsskemaet er anvendeligt og det understøtter den professionelle i systematisk at identificere borgere i en sårbar situation, 2) at indsatsen er relevant og forholdsvis let at implementere uafhængig af kommunens størrelse og organisering samt 3) at borgerne finder indsatsens kerneelementer relevante. For at kunne undersøge effekten af indsatsen er der behov for et større forskningsprojekt med deltagelse af flere kommuner. Derfor er der indgået samarbejde med ni midtjyske kommuner om at deltage i forskningsprojektet "Øget deltagelse i hjerterehabilitering blandt personer i en sårbar situation" som er et studie på tværs af kommuner i Region Midtjylland. Alle kommunerne i Region Midtjylland registrerer allerede patientinformationer i den fælleskommunale database på hjerteområdet HjerteKom. Der er lavet aftaler med HjerteKom med henblik på at få integreret identifikationsskemaet i HjerteKom-plattformen, så data kan derved kan anvendes i forskningsprojektet.

9.2.6 Undervisning

Dette afsnit omhandler indsatser, der relaterer sig til undervisning. Omdrejningspunktet er således at udvide personalets eller den almindelige borgers viden om psykiske lidelser, og hvordan psykiske lidelser i nogle tilfælde kan overskygge symptomer på somatisk sygdom. Undervisningen kan også gå mere bredt på at forbedre personalets udsattefaglighed, så de er bedst muligt rustet til at imødekomme patientens udfordringer og skabe en tryk relation, hvor patienten føler sig set og hørt. Dette kan være afgørende for om diagnostik, behandling og rehabilitering bliver gennemført, og kan derfor være et essentielt værktøj for at reducere ulighed i patientforløbet.

I det nedenstående afsnit vil tre indsatser, der relaterer sig til undervisning, blive oplistet.

9.2.6.1 Indsats: Klinisk Kompetence Center

Klinisk kompetence Center (KKC) leverer både simulations- og færdighedstræning i almindelig klinisk praksis, for eksempel hygiejnekursus. De afprøver også undervisning, der omfatter en kombination af somatiske og psykiatriske problemstillinger. Nedenstående beskrivelse har fokus på dette projekt.

Formål

Formålet med KKC er blandt andet at uddanne personalet fra de somatiske og psykiatriske afdelinger i relevante kliniske problemstillinger, der relaterer sig til patienter med både somatiske og psykiatriske problematikker. Ved hjælp af undervisning og simulationstræning, er det hensigten at opnå en bedre forståelsesramme for patientgruppen, som kan overføres til den praktiske virkelighed. Herved ønskes det at nedbringe tvang samt overflytninger mellem somatiske og psykiatriske afdelinger. Der undervises sundhedsfaglig, eksempelvis læger, og pædagogisk personale, samt studerende.

Udvikling af indsatsen

Indsatsen er udviklet sammen med brugerne, og afprøvningen startede i 2021/22.

Organisering af indsatsen

KKC ejes og drives af Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehus i Region Sjælland. KKC er lokaliseret på Slagelse Sygehus, hvor der er simulationsstuer, grupperum og undervisningslokaler tilgængelige. Et af lokalerne er indrettet til simulationstræning af psykiatri/somatik. I dette lokale, der er identisk med en normal stue på en psykiatrisk afdeling, findes der blandt andet en psykiatrisk specialseng, en kuglestol og to dukker. Til undervisningen anvendes for eksempel VR-briller, der kan simulere høre- og synshallucinationer og sansekasser, som kan simulere bivirkning af psykofarmaka. Simulationstræningen og undervisningen bliver afholdt af den kursusansvarlige sygeplejerske. Sygeplejersken har erfaringer med målgruppen fra sit tidligere virke og har en overbygning i psykiatri. En socialsygeplejerske står også for noget af undervisningen.

Beskrivelse af indsatsen

Til simulationstræningen er der udarbejdet to cases (såkaldte skills stationer), og til hver case er der udarbejdet skriftligt undervisningsmateriale, som deltagerne skal læse, inden undervisningen starter. Til hver station er der udarbejdet nogle læringsmål, der kan tilpasses alt efter hvilke faggrupper, undervisningen henvender sig til. Simulationstræningen og undervisningen foregår normalt i grupper. Undervisning kan også foregå på den afdeling, hvor personalet ønsker undervisning. Der er afsat en dag per case og en dag til undervisning. Personalet kan selv vælge hvor mange dage, de ønsker at deltage. I projektperioden er der løbende blevet indsamlet feedback fra deltagerne, og indsatsen er blevet tilpasset herefter. Undervisningen er gratis.

Tilslutning til indsatsen

Personalet kan tilmelde sig undervisningen i Plan2Learn. Der har i projektperioden været cirka 100 deltagere igennem simulationstræningen.

Evaluering/erfaring med indsatsen

En evalueringsrapport er under udvikling som afslutning på projektet. Tilbagemeldingerne fra deltagerne har været gode, og der er et håb om at undervisningen kan forsætte på KKC.

Lignende indsatser

Der kan findes lignende tilbud i resten af Danmark. I Region Hovedstaden tilbydes for eksempel et seks dages kursus til basissygeplejersker i "sygepleje til socialt udsatte". Her er der undervisning i dobbeltdiagnoser og simulationstræning. Kurset har været udbudt i en længere årrække og har fået positive tilbagemeldinger.

9.2.6.2 Indsats: Tænk Somatikken Med

Formål

Kompetenceudviklingsmaterialet "Tænk somatikken med" tilbyder regionale og kommunale sociale tilbud og social- og sundhedsuddannelser en faglig ramme for kompetenceudvikling med henblik på håndtering og observation af somatisk sygdom, når psykisk lidelse skygger. Formålet med materialet er, at medarbejdere, borgere og studerende får øje på og arbejder med de barrierer, der kan være med til at forsinke diagnosticering og hindre, at patienter med psykiske lidelser får den rette behandling. Formålet er endvidere at finde frem til en praksis, som kan understøtte borgere med psykiske lidelser bedst muligt i patientforløbet. Det langsigtede mål er at skabe mere lighed i sundhed og bedre livskvalitet for borgere i socialpsykiatriske tilbud [108]

Udvikling af indsatsen

"Tænk somatikken med" tager afsæt i gode erfaringer fra workshoppen "Gå til læge i tide", som blev tilbudt socialpsykiatriske tilbud i Region Sjælland i 2017-2019. Der blev gennemført 22 workshops i 13 kommuner i Region Sjælland, hvor over 700 medarbejdere fra socialpsykiatriske tilbud deltog. Indsatsen blev evalueret af VIVE og på baggrund heraf, samt ud fra interviews med borgere, pårørende og personale i socialpsykiatrien er materialet blevet udviklet [109]. Materialet er inspireret af teorier om samskabelse af viden som strategisk styringskoncept. Arbejdet med casene er inspireret af en narrativ tilgang, der tilbyder en måde at udforske, kortlægge, evaluere og begrunde casenes problematikker. Materialet blev lanceret i november 2022 [109].

Organisering af indsatsen

Det Nære Sundhedsvæsen i Region Sjælland står for materialet, som ligger frit tilgængeligt på www.tænksomatikkenmed.dk [108], og kan således bruges af den enkelte leder/sundhedskoordinator af de sociale tilbud og den enkelte underviser på social- og sundhedsuddannelserne. Materialet kan bruges fleksibelt: Man kan tilrettelægge et forløb, som strækker sig over flere personalemøder, eller man kan tage en problematik op ad hoc ved behov. Første gang materialet anvendes, vil det tage cirka 45-60 minutter og derefter cirka 30 minutter [110].

Beskrivelse af indsatsen

Materialet er udviklet på baggrund af cases lavet ud fra virkelige fortællinger og alle omhandler problematikker angående underdiagnosticering og underbehandling af somatisk sygdom blandt personer med psykisk lidelse. Der findes 16 borgercases. Med udgangspunkt i disse cases faciliteres en refleksion og dialog, hvor der i fællesskab findes en praksis til at understøtte borgeren i sociale tilbud bedst før, hos og efter kontakt med lægen. Materialet kan bruges i undervisningssammenhæng, på tema- eller afdelingsmøder og til arrangementer, hvor borgere samles [108]. Materialet består blandt andet af vejledning til facilitator, præsentationer og korte film. Til hver case hører to refleksionskort med uddybende beskrivelser af borgerens problemstillinger [110].

Tilslutning til indsatsen

Materialet er i implementeringsfasen, og det vides endnu ikke hvor mange, der anvender materialet.

Evaluering/erfaring med indsatsen

Der er udviklet et evalueringsværktøj (spørgeguide), som myndighedsniveauet kan bede det enkelte tilbud om at forholde sig til inden opstart. Samme spørgeguide kan bruges efter implementeringen. Spørgeguiden vil på sigt kunne danne afsæt for en egentlig evaluering, for eksempel af hvorvidt medarbejderne har fået mere fokus på at være undersøgende på borgernes symptomer samt fokus på betydningen af at understøtte borgerne før, hos og efter lægen.

9.2.6.3 Indsats: Landsindsatsen EN AF OS

Formål

Landsindsatsen EN AF OS har til formål at afstigmatisere psykisk lidelse og fremme åbenhed og nedbryde fordomme og forskelsbehandling forbundet med psykiske lidelser. Visionen er at gøre livet bedre for alle ved at fremme inklusion og bekæmpe diskrimination forbundet med psykiske lidelser, ved blandt andet at øge danskernes viden om livet med psykisk lidelse og skabe større forståelse [111].

Udvikling af indsatsen

EN AF OS er en oplysningsindsats, der startede i oktober 2011. Indsatsen er inspireret af den engelske indsats "Time to Change". I hjertet af indsatsen er et korps af ambassadører, som er personer med egne erfaringer med psykisk lidelse [112].

Organisering af indsatsen

EN AF OS er på nationalt niveau forankret i Sundhedsstyrelsen, og på regionalt niveau i PsykInfo (Psykiatrisk Informationscenter). Der er en regional koordinator i hver region, hvis opgave er at føre EN AF OS ud i livet på et regionalt og lokalt plan samt at understøtte udvikling af et lokalt samarbejde herom på tværs af region, kommuner og frivillige organisationer [65].

Beskrivelse af indsatsen

EN AF OS arbejder overordnet med fem indsatsområder 1) Brugere og pårørende, 2) Personale i sundheds- og socialektoren, 3) Arbejdsmarkedet, 4) Unge (både de unge selv og fagpersoner, der arbejder med unge), 5) Befolkningen og medierne [111]. EN AF OS-ambassadørerne deler deres personlige erfaringer med psykisk lidelse med fokus på at skabe håb, og samtidig lever de ikke op til de fordomme, der findes om mennesker med psykisk lidelse. Når de ikke lever op til fordommene, vil de selvsamme fordomme blive nedbrudt i mødet. Ambassadørerne får træning i formidling, hvor de får redskaber til at sætte deres personlige erfaringer i perspektiv overfor bestemte målgrupper indenfor de fem indsatsområder. Ambassadørerne kan for eksempel holde oplæg på uddannelsesinstitutioner, foreninger, botilbud eller på hospitaler. EN AF OS har udarbejdet materiale til forskellige målgrupper, for eksempel, fagpersoner i det somatiske sundhedsvæsen. Gennem blandt andet film, interaktive læringsmaterialer, artikler, podcasts og refleksionsspørgsmål giver materialet handlingsanvisende, konkrete og gode råd til, hvordan man som fagperson kan imødekomme patienter som også har psykisk lidelse i somatikken [113].

Tilslutning til indsatsen i somatikken

Afstigmatiseringsindsatsen i somatikken er en vigtig prioritet for EN AF OS og i alle fem regioner. PsykInfo i Region Midtjylland har for eksempel faste tilbagevendende aftaler med alle somatiske akutmodtagelser i hele regionen. Der arbejdes kontinuerligt på at udbrede indsatsen yderligere i hele landet. På nuværende tidspunkt er der ikke landsdækkende tal på, hvor mange besøg EN AF OS og Psyk-Info har haft i somatikken.

Evaluering/erfaring med indsatsen i somatikken

Generelt oplever PsykInfo, at der er et stort behov for viden og handlingsanvisninger fra fagpersoner i somatikken. De lokale evalueringer fra regionerne efter besøg med ambassadører på somatiske hospitalsafdelinger er positive og det fremhæves, at det mest virksomme er, når ambassadører deler deres personlige erfaringer med behandling i somatikken. Her kan ambassadøren komme med handlingsanvisninger til det gode møde, og hvad der gør en positiv forskel i behandlingen. Denne dialog er lærerig for fagpersoner, da det giver indblik i, hvad der virker i mødet mellem behandler og patient. Der arbejdes på at få etableret en national evaluering.

9.3 Manglende indsatser ifølge fagpersoner og forskere

Følgende afsnit omhandler hvilke behov for indsatser til målgruppen, som fagprofessionelle og forskere har fremhævet under interviewene i identifikationsfasen. Manglende indsatsområder kan ligeledes ses i Tabel 4 i afsnit 9.2.

Gennem interviews med fagpersoner og forskere, der har et særligt kendskab til mennesker med psykisk lidelse, påpeges et tydeligt behov for indsatser der, på de sundhedsfaglige uddannelser, har fokus på *udsattefaglighed*. Det er vigtigt, at fremtidens sundhedspersonale føler sig komfortable i mødet med patienter både med og uden psykisk lidelse, samt at patienterne får en lige behandling.

Udover at arbejde med udsattefaglighed på de sundhedsfaglige uddannelser, fremhæves der yderligere et behov for at arbejde med en generel *kulturændring* i sundhedsvæsenet. Denne kulturændring indbefatter en generel ændring af den forståelse, holdning og omtale af psykisk lidelse, der kan forekomme stigmatiserende. Hvis der generelt er en større viden om psykisk lidelse, vil patienterne forventeligt i mindre grad føle sig besværlige, mindre velkomne og opleve i mindre grad at få skældud.

Fagpersoner og forskere fremhæver endvidere, at der er behov for flere håndholdte indsatser til patienter med psykisk lidelse. Der ses generelt et behov for mere fleksibilitet, både i forhold til tilgængelighed, herunder lokation og åbningstider, men også i forhold til at indsatserne i højere grad skal kunne tilpasses den enkeltes behov. Dette kan med fordel være et fokusområde i (videre)udvikling af fremtidige indsatser.

Endvidere gives der udtryk for, at der mangler indsatser eller et mere enkelt og mindre bureaukratisk system i forhold til at hjælpe patienter, som har svært ved at transportere sig til og fra aftaler i sundhedsvæsenet. Det er muligt at få hjælp til transport, hvis bestemte kriterier opfyldes, men der gives udtryk for, at det kan være svært for patienterne at navigere rundt i reglerne og finde ud af at søge om det, hvilket også fremgår af patientinterviews i Delstudie 2. I sidste ende opfylder mange patienter ikke kravene, selvom de ikke selv kan transportere sig, eller ikke har råd til at benytte de muligheder, der er. I forhold til økonomi, mangler der ligeledes indsatser der bedre understøtter situationer, hvor patienterne ikke har økonomisk råderum til at betale for eksempelvis medicin. Der er muligheder for vederlagsfri medicin, hvis bestemte kriterier opfyldes, men som det også fremgår af Delstudie 2, er der en egenbetaling på nogle medicinske præparater eksempelvis i forbindelse med AKS, hvilket kan være en barriere for at påbegynde behandlingen. Derudover gives der interviewene i Delstudie 3 udtryk for, at egenbetaling også er en problematik i almen praksis, både i forhold til medicin, men også i forhold til at henvise patienterne til fysioterapeut og kiropraktor. Der kan eksempelvis være behov for fysioterapi, som en del af et rehabiliteringsforløb, både relateret til AKS og lungekræft.

Slutteligt gives der udtryk for, at der mangler indsatser, der kan hjælpe patienterne med praktiske udfordringer, hvis de eksempelvis ingen telefon og/eller computer har, hvis de har vanskeligt ved at bestille tid ved lægen, anvende sundhedsapps, navigere i bookingsystemer og åbne den digital post. Der er behov for fokus på at imødekomme patienter med forskellige digitale sundhedskompetencer i udviklingen af disse digitale systemer.

9.4 Delkonklusion – Delstudie 3

Som det fremgår af ovenstående gennemgang ses det, på baggrund af interviews med fagprofessionelle og forskere, at der er en række forhold, der bidrager til at skabe uligheder i patientforløbet for personer med psykisk lidelse kontra patienter uden psykisk lidelse. Hovedparten af udfordringerne er ligeledes fremhævet af patienter og sundhedsprofessionelle i Delstudie 2, hvilket er med til at underbygge disse fund. På baggrund af desk research, interviews med fagprofessionelle og forskere, samt spørgeskema til kommunerne er der identificeret en lang række indsatser i Danmark, som potentielt kan bidrage til at reducere ulighed i patientforløb mellem personer med og uden psykisk lidelse. Indsatserne, der er præsenteret i afsnittet, imødekommer mindst én af de identificerede udfordringer. Indsatserne udspringer fra en bred vifte af aktører: det primære, sekundære og tertiære sundhedsvæsen, regioner, Sundhedsstyrelsen, samt Ikke-statslige organisationer (NGO)/medlemsorganisationer.

I afsnittet præsenteres en lang række indsatser af varierende omfang, der bliver afprøvet eller er implementeret forskellige steder i landet. Overordnet gælder det dog, at langt størstedelen af de beskrevne indsatser ikke er tilstrækkeligt evaluerede. Det er derfor uvist med hensyn til flere af indsatserne, hvilken effekt, de reelt har, samt hvordan, for hvem og under hvilke betingelser, de virker. Nogle af de centrale komponenter i indsatserne, der potentielt kan bidrage til at reducere ulighed i patientforløbet er: Styrket *udsattefaglighed* blandt personale, der er involveret i patientforløbet; *opsøgende og/eller systematisk indsats* i forhold til opsporing, diagnosticering og behandling af somatisk sygdom, der hvor patienterne opholder sig; *patientstøtte og ledsagelse* i patientforløbet; *fleksibilitet* blandt andet i forhold til udvidede konsultations- og åbningstider; og *differentierede* indsatser tilpasset den enkeltes behov.

Slutteligt fremkommer der umiddelbart et behov for indsatser, der understøtter udsattefagligheden på sundhedsuddannelserne hos fremtidens sundhedspersonale, samt indsatser, der bidrager til at afhjælpe praktiske udfordringer, såsom kommunikation imellem patient og sundhedsvæsen. Det kan være i forbindelse med adgang til computer og/eller telefon for at kunne anvende e-Boks eller modtage opkald og SMS-påmindelser. Det kan også være praktiske og økonomiske udfordringer, relateret til transport til og fra aftaler i sundhedsvæsenet og køb og afhentning af medicin. Derudover kan der være et behov for at udbrede de indsatser, hvor der er påvist den ønskede effekt, (med opmærksomhed på, at indsatserne potentielt skal justeres til de nye kontekster, for at opnå lignende resultater) til andre landsdele – dette kan blandt andet være et element i at mindske den geografiske ulighed. Ligeledes kan det overvejes, om nogle af de beskrevne indsatser kan have et endnu større potentiale ved for eksempel at udvide "åbningstiderne" for at imødekomme patienternes behov om fleksibilitet og øge sandsynligheden for, at de vil benytte disse tilbud.

10 Diskussion

Behandlingsrådets analyse for 2023 har det tredelte formål; at belyse uligheder i det somatiske patientforløb mellem patienter med og uden psykisk lidelse, at belyse barrierer, som kan spille en rolle for at disse uligheder skabes, og at beskrive eksempler på indsatser, som allerede anvendes i Danmark med henblik på at reducere ulighederne. Analysen fokuserer særligt på AKS og lungekræft. I dette afsnit sammenfattes og diskuteres rapportens resultater med en gennemgang af centrale fund fra hvert delstudie. Afsnittet peger også på en række områder, der bør styrkes for at opnå mere lighed i patientforløbene, og afsluttes med en konklusion og en diskussion af udvalgte metodiske styrker og svagheder ved undersøgelsen.

10.1 Sammenfatning af rapportens fund

Delstudie 1 viser, at for både AKS- og lungekræftpopulationerne modtager patienter med psykiske lidelser færre sundhedsmæssige ydelser. De har en mindre struktureret vej ind i behandlingssystemet, større risiko for at fravælge eller ikke blive vurderet i stand til at modtage behandling, og de får i mindre grad den anbefalede medicin. Disse forskelle kan skyldes forhold hos patienterne eller kliniske vurderinger, hvilket kan være vanskeligt at afgøre ud fra registerdata. Der præsenteres desuden mindre forskelle i komorbiditeter hos AKS- og lungekræftpatienterne med og uden psykisk lidelse. Men det faktum, at der ikke er markante forskelle i kræftstadiet på tidspunktet for lungekræftdiagnosen indikerer, at der også kan være andre mekanismer end graden af komorbiditet og aktuel sygdom, som bevirker, at patienter med psykiske lidelser ikke i samme grad modtager behandling. Disse resultater understreger behovet for øget opmærksomhed på denne patientgruppe for at sikre lige muligheder for adgang, behandling og udfald af sygdom. Yderligere understreger resultaterne behovet for øget opmærksomhed på somatisk sygdom hos alle mennesker med psykiske lidelser, særligt mennesker med mental retardering, hvor de mest udtalte forskelle i patientforløbet er registreret på tværs af somatiske sygdomme.

Delstudie 2 identificerer adskillige barrierer for patienter med psykisk lidelse i AKS- og lungekræftbehandlingen. Disse barrierer kan være medvirkende til, at disse patienter, sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse, modtager en mindre optimal behandling i det somatiske sundhedsvæsen og tillige har en øget overdødelighed. De indsamlede data viser barrierer der opstår både før, under og efter patienternes udredning og behandling. Hovedfokus i analysen har dog været på de barrierer, der forekommer i forbindelse med udredning og behandling på hospitalet. Resultater fra delstudiet indikerer, at en barriere består i, at patienterne kan blive forsinkede i udredning og behandling i den indledende del af patientforløbet. Det kan eksempelvis hænge sammen med patientens udfordringer med at afkode kroppens signaler som tegn på alvorlig sygdom eller lægens fejlforklaring af symptomer på AKS og lungekræft som tegn på anden somatisk sygdom eller psykisk lidelse. Herudover viser resultaterne, at en barriere for behandling er, at patienter med psykisk lidelse kan være i risiko for at blive vurderet uegnede til behandling – eksempelvis på grund af tilstedeværelsen af andre somatiske sygdomme, kliniske bekymringer vedrørende patienternes efterlevelse af behandlingsråd eller mangel på social støtte. Resultaterne viser også, at patienter med psykisk lidelse i nogle tilfælde fravælger behandling eller udebliver fra undersøgelser og behandlinger, fordi de for eksempel finder forløbet uoverskueligt eller utrygt, eller fordi det kan være vanskeligt for dem at indgå i de rammer for behandling, som sundhedsvæsenet tilbyder uden den rette støtte. I forbindelse med rehabilitering indikerer Delstudie 2, at det kan være en udfordring for patienter med psykisk lidelse at efterleve sundhedsprofessionelles anbefalinger vedrørende forebyggende livsstilsændringer uden den rette støtte.

Delstudie 3 identificerer en lang række indsatser i Danmark, som potentielt kan bidrage til at reducere uligheder i patientforløb imellem personer med og uden psykisk lidelse. Indsatserne udspringer fra en bred vifte af aktører, er af varierende omfang og bliver afprøvet eller er implementeret forskellige steder i landet. Nogle af de centrale komponenter i de identificerede indsatser er: Opsøgende indsats, systematisk opsporing, patientstøtte og ledsagelse, fleksibilitet i adgang, differentieret indsats tilpasset den enkeltes behov, samt styrket udsattefaglighed. Overordnet gælder det, at langt størstedelen af indsatserne ikke er tilstrækkeligt evaluerede, og der udestår et behov for at undersøge deres effekter samt hvordan, for hvem og under hvilke betingelser, de virker. Igennem interviewene er der identificeret behov for, at sundhedsvæsenet bliver bedre til at forstå og imødekomme mennesker med psykisk lidelse samt et behov for indsatser, der indebærer styrkelse af udsattefagligheden på sundhedsuddannelserne. Endelig er der behov for implementering af indsatser, der adresserer de praktiske og økonomiske udfordringer som patienter med psykiske lidelser kan stå overfor. Disse tiltag kan potentielt bidrage til en mere retfærdig og lige adgang til udredning og behandling for denne patientgruppe.

Resultaterne fra de tre delstudier opsummeres og præsenteres i Tabel 5.

Tabel 5 – Sammenfatning af rapportens hovedfund relateret til patientforløb med akut koronart syndrom (AKS) og lungekræft

Delstudie 1 – uligheder i patientforløb	Delstudie 2 – forhold som bidrager til uligheder	Delstudie 3 – indsatser til reducere af uligheder
Uligheder i patientforløb	Barrierer	Indsatser
<p>Hos patienter med AKS er psykisk lidelse forbundet med:</p> <p>På tidspunktet for AKS-diagnosen har patienter med psykisk lidelse i gennemsnit flere somatiske sygdomme og en lavere alder.</p> <p><i>Dødelighed</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Større risiko for at dø året efter AKS-diagnosen <p><i>Ved medicinforbrug ses der:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen forskel eller lidt større forbrug af forebyggende hjerte-relateret medicin, inden AKS-diagnosen. - Mindre forbrug af hjerte-relateret medicin inden for 30 dage efter AKS-diagnosen - Mindre forbrug af hjerte-relateret medicin et år efter AKS-diagnosen <p><i>Ved behandling af AKS ses der:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Færre invasive behandlinger <p><i>Ved hjerterehabilitering ses der:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Færre der gennemfører de anbefalede rehabiliteringsindsatser <p>Hos patienter med lungekræft er psykisk lidelse forbundet med:</p> <p>På tidspunktet for lungekræftdiagnosen har patienter med psykisk lidelse tilsvarende andel af somatiske sygdomme, udover en større andel patienter</p>	<p><i>Patienter med psykisk lidelse kan forsinkes i udredning og behandling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienten tøver med at kontakte sundhedsvæsenet - Lægen overser tegn på den somatiske sygdom <p><i>Sundhedsprofessionelle kan vurdere patienter med psykisk lidelse uegnede til behandling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Somatiske komorbiditeter begrænser muligheder for behandling - Når patienten ikke forstår og/eller kan give samtykke til udredning og behandling - Brug af rusmidler som barriere for behandling - Bekymring for manglende efterlevelse af behandlingsråd - Dårlig økonomi som barriere for lige behandling - Manglende socialt netværk og social støtte <p><i>Patienter med psykisk lidelse kan sige nej tak til-, modsætte sig – eller udeblive fra behandling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Uoverskuelige udrednings- og behandlingsforløb - Udfordringer med transport og e-Boks - Undersøgelse og behandling på hospitalet kan være forbundet med frygt og ubehag - De fysiske rammer som barriere for et trygt hospitalsophold - Mødet med de sundhedsprofessionelle – empati og "skældud" - Svære livsbetingelser begrænser muligheder for livsstilsforandringer og forebyggelse 	<p>Der er identificeret 21 indsatser under seks overordnede temaer:</p> <p><i>Opsøgende indsatser på gadeplan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sygepleje på gadeplan - SundhedsTeam - Sygeplejeklinikker <p><i>Systematisk opsporing af somatisk sygdom:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Liaisonsomatik - Somatisk sygdomsopsporing i Region Hovedstadens Psykiatri - Ydelse 2150 - Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk lidelse - Ydelse 0123 - Sundhedstjek til borgere på botilbud - Faste læger på botilbud <p><i>Patientstøtte- og ledsagelse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Social Sundhed - Kræftens Bekæmpelses Navigatortilbud - Socialsygeplejerske - Patientens team i psykiatrien - Omsorgscentre <p><i>Fleksible klinikløsninger:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Stjernepatienter - Flexklinik og Flex Almen Praksis <p><i>Differentieret hjerterehabilitering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fællesholdet - Hjerterehabilitering til alle – HeRTA projektet

med KOL, tilsvarende kræftstadie, men en lavere alder.

Dødelighed

- Større risiko for at dø året efter lungekræftdiagnosen

Ved behandling i kræftpakkeforløb ses der:

- Færre henvises via et kræftpakkeforløb
- Flere forløb der afbrydes inden behandling
- Færre bliver vurderet i stand til at gennemføre behandling
- Færre modtager kirurgi og kemoterapi
- Flere modtager strålebehandling
- Længere ventetid fra henvisning til opstart af behandling

Ved palliativ indsats ses der:

- Ingen overordnet forskel

Ved hospitalsbehandling op til død ses der:

- Færre modtager kemoterapi, strålebehandling, og havde to eller flere indlæggelser
- Mindre sandsynlighed for at dø på hospitalet

- Stjerneborgere

Undervisning:

- Klinisk Kompetence Center
- Tænk Somatikken Med
- Landsindsatsen EN AF OS

Der er identificeret et overordnet *behov* for at:

- Sundhedsvæsenet bliver bedre til at imødekomme patientgruppen
- En generel udbredelse af de gode eksempler på indsatser, der allerede findes

Der er identificeret to overordnede områder med *behov* for yderligere indsatser/initiativer:

- Undervisning i udsattefaglighed på de sundhedsfaglige uddannelser
- Konkrete og enkelte løsninger til at håndtere praktiske udfordringer omkring
 - o Kommunikation (eksempelvis digitalpostkasse)
 - o Transport
 - o Økonomi

10.2 Hvordan opnås mere lighed i patientforløbene?

Analyseresultaterne for 2023 indikerer, at forskelle i behandlingen af AKS og lungekræft blandt personer med og uden psykiske lidelser er udbredt på tværs af forskellige hospitalsdiagnosticerede psykiske lidelser. Dette understreger vigtigheden af at adressere forskelle i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser som et betydningsfuldt samfundsmæssigt problem.

Fagudvalget vurderer, at analysen samlet set peger i retning af et behov for en styrket indsats på flere områder. For at øge ligheden i den somatiske behandling mellem patienter med og uden psykiske lidelser kræves målrettede indsatser, der sikrer, at patienter med psykisk lidelse modtager en optimal udredning og behandling ved somatisk sygdom.

I det nedenstående diskuteres analysens resultater i forhold til de områder, Fagudvalget vurderer, der bør styrkes for at opnå mere lighed i patientforløb.

1. Forbedret forebyggende og opsporende indsats: Der er behov for øget fokus på opsporing af somatiske sygdomme og forebyggende indsatser til patienter med psykiske lidelser for at udligne behandlingsforskelle.

2. Forbedret psykiatrisk behandling: Der er behov for forbedret opsporing og behandling af psykiske lidelser for at forbedre patienternes mulighed for at opnå rettidig og relevant diagnostik af somatiske sygdomme, øge deres chancer for at blive vurderet egnede til behandling og deraf forbedre deres muligheder for at deltage i det somatiske behandlingsforløb.

3. Øget fokus på sociale støttemuligheder: Der er behov for at inddrage tilgængelige støtte- og ledsagelsesmuligheder samt eventuelt udvikle nye for at styrke patientens efterlevelse af behandlingsråd (adherence) samt opbygge klinikernes tillid hertil. Dette er afgørende for at understøtte patienternes behandlingsmuligheder.

4: Let og lige adgang til det somatiske sundhedsvæsen: Der er behov for øget fokus på at forbedre adgangen til det somatiske sundhedsvæsen for patienter med psykiske lidelser gennem arbejdet med organisatoriske sundhedskompetencer. Sundhedsvæsenet bør i højre grad tilpasses borgernes behov.

5. Øget tid, viden og kompetencer blandt sundhedsprofessionelle i det somatiske sundhedsvæsen: Der er behov for at sikre bedre betingelser for, at sundhedsprofessionelle på de somatiske hospitalsafdelinger opnår øget tid til patienter med psykiske lidelser og viden om betydningen af psykisk lidelse i det somatiske behandlingsforløb.

6. Tilpasning af rammerne for undersøgelser og behandling: Der er behov for tilpasninger inden for sundhedsvæsenet med sigte på at imødekomme diversiteten af patienter, herunder med fokus på udfordringer og behov hos patienter med psykiske lidelser.

7. Økonomisk støtte til de laveste indkomstgrupper: Der er behov for at tilbyde økonomisk støtte til patienter med psykisk lidelse, der befinder sig i økonomisk trange situationer. Det letter økonomiske byrder ved medicinomkostninger og transport og støtter derved patienternes evne til at følge behandlingsråd.

8. Udvikling og evaluering af målrettede indsatser: Der er behov for evaluering og vidensdeling vedrørende indsatser, der anvendes i Danmark for at reducere ulighed i patientforløb for patienter

med psykisk lidelse. Evalueringerne bør have fokus på indsatsernes effekt samt på spørgsmålene om hvordan, for hvem og under hvilke betingelser de virker.

9: Datadeling og kommunikation på tværs af sektorer: Der er behov for løsninger, der kan lette datadeling og forbedre kommunikationen på tværs af sektorerne for at forhindre at information går tabt i patientforløbet, og, på sigt, for at sikre udvikling og understøttelse af indsatser på området.

10.2.1 En forbedret forebyggende og opsporende indsats kan mindske somatiske komorbiditeter og forbedre behandlingsmuligheder

Delstudie 2 præsenterer resultater, der indikerer, at behandlingsforskelle ved AKS og lungekræft mellem patienter med og uden psykisk lidelse kan opstå i de tilfælde, hvor den generelle sundhedstilstand ved behandlingstidspunktet hos patienten med psykisk lidelse, er ringere sammenlignet med patienten uden psykisk lidelse. Det kan eksempelvis være på grund af somatiske komorbiditeter, eller fordi patienterne kommer i behandling i senere sygdomsstadier. Som Delstudie 2 påpeger, er den kliniske opfattelse blandt flere læger, at patienter med psykiske lidelser er mere syge end andre. Samstemmende med det, viser Delstudie 1, at patienter med psykiske lidelser ved AKS-diagnosen har en lidt højere sandsynlighed for komorbiditeter. På lungekræftområdet viser delstudiet desuden, at patienter med psykiske lidelser har mindre sandsynlighed for at blive henvist via et kræftpakkeforløb. På dette område kan det dog ikke bekræftes, at der er en øget grad af komorbiditet hos gruppen af patienter med psykisk lidelse, ligesom der ikke ses et mere fremskredent sygdomsstadie ved diagnostidspunktet for denne gruppe. Komorbiditeter kan direkte påvirke lægens valg af diagnostik og behandling, da øvrige somatiske sygdomme kan betyde, at eksempelvis operation eller kemobehandling er forbundet med for store risici for patienten. I sådanne tilfælde er lægens beslutning om at til- eller fravælge yderligere udredning og behandling fagligt og klinisk begrundet – men kan være rammesat af underliggende sociale uligheder i patienternes levevilkår, sundhed og sygdom før deres møde med sundhedsvæsenet, som dette studie ikke har oplysninger om.

Det er vigtigt at nævne, at uligheder, der har betydning for borgeres sundhedstilstand, ikke kan tilskrives eller løses af sundhedsvæsenet alene, men må adresseres via et samarbejde mellem forskellige sektorer. Rapporten peger imidlertid på, at sundhedsvæsenet kan bidrage til at udligne uligheden i patienters generelle sundhedstilstand – blandt andet via et øget fokus på opsporing af somatisk sygdom i den primære sundhedssektor og forebyggende indsatser.

I forhold til opsporing af somatisk sygdom i almen praksis er det afgørende at rette opmærksomheden mod at skabe tid, tilgængelighed og et passende miljø for at styrke tryghed og opbygge relationer. Dette er nødvendigt for at imødekomme patienternes behov og opnå en dybere forståelse af deres situation, der inkluderer både fysiske og mentale aspekter af deres helbred. Ligeledes er det et vigtigt element i at understøtte, at patienterne i højere grad vil henvende sig til den praktiserende læge. Der kan også være behov for, at den praktiserende læge i højere grad kører ud og møder patienterne der, hvor de er. Praktiserende læger har mulighed for at tage en særlig ydelse (2150) for en fokuseret somatisk undersøgelse hos borgere med psykisk lidelse. Ydelse (2150) er et eksempel på en indsats, der sætter fokus på og skaber tid til en særlig indsats overfor patienten med psykisk lidelse. Ordningen giver intuitivt god mening, men effekten af ydelsen er på nuværende tidspunkt kun delvist evalueret. Der er dog evidens for at borgere i sårbare positioner og multisyge borgere har brug for ekstra konsultationstid og for kontinuitet i relationen til behandleren [99, 114]. Det er ligeledes vigtigt, at de praktiserende læger har de nødvendige kompetencerne til at tage hånd om målgruppen.

Med hensyn til forebyggelse peger rapportens resultater på, at nogle patienter står over for betydelige vanskeligheder med at følge sundhedsprofessionelles anvisninger og at de, og deres pårørende, kan føle sig "overladt" til at imødekomme anbefalingerne uden tilstrækkelig støtte. Analysen indikerer

et behov for, at mundtlige anbefalinger om forebyggelse følges op med tilbud om støtte. Når det kommer til udbuddet af forebyggende indsatser, spiller de danske kommuner en central rolle. Dog varierer indsatserne meget fra kommune til kommune og det kan være vanskeligt at få et overblik over, hvilke indsatser der findes. Det giver udfordringer i almen praksis, på hospitalsafdelingerne og ikke mindst for patienterne og deres pårørende. Der er behov for et bedre overblik over sundhedsfremmende tiltag til understøttelse af patienternes indgang og tilknytning hertil. De kommunale sundhedscentre og sundhed.dk er eksempler på steder, hvor der kan findes information om de kommunale tilbud til sundhedsfremme og forebyggelse. Et yderligere eksempel er den digitale platform SocialKompass.dk, der fungerer som et værktøj til at synliggøre kommunale indsatser og som frem mod 2026 forventes udbredt til 40 danske kommuner [115]. Resultaterne fra rapporten peger imidlertid på, at hvor nogle patienter har ressourcer og kompetencer til at navigere i og tage kontakt til de kommunale sundhedstilbud uden hjælp – så har andre brug for mere støtte. Analysen fremhæver et behov for mere individualiserede forebyggende indsatser, der er skræddersyet til den enkeltes udfordringer og støttebehov – særligt til patienter med psykiske lidelser. Som et eksempel herpå, blev der fra 2020 til 2023 allokeret ressourcer til kommunale forebyggelsesinitiativer mod rygning gennem Finansloven 2020 (Rygestoppuljen). Adskillige kommunale forebyggelsesinitiativer er etableret som følge heraf [116]. Et eksempel på dette er Røgfri Psykiatri i Rebild Kommune som tilbyder rygestoptilbud med særlig vægt på rummelighed, tæt opfølgning, længere forløb, mulighed for rygestoprådgivning i hjemmet og samarbejde med borgerens kontaktperson inden for psykiatri eller socialpsykiatri [117]. Disse initiativer forekommer meningsfulde, men der er behov for evaluering af deres effekt. Dog er der ikke allokeret midler til dette formål [116].

Det er centralt at identificere de patienter, der har brug for en ekstra indsats – og at den gives. Ifølge servicelovens § 85 skal kommunerne tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer [118]. Rapportens resultater peger dog på, at også patienter med psykisk lidelse, som ikke modtager støtte, kan have behov for en ekstra indsats for at kunne imødekomme forebyggelsesmæssige anbefalinger. Der kan være behov at sikre ensartede og passende støtteforanstaltninger, eksempelvis ved at skabe klarhed omkring kommunernes ansvar i forhold til forebyggende indsatser til denne sårbare gruppe af borgere.

10.2.2 Forbedret opsporing og behandling af psykiske lidelser kan øge somatiske behandlingsmuligheder

Delstudie 2 viser, at sundhedsprofessionelle identificerer udfordringer i den somatiske behandling, især når patienterne er svært påvirkede af deres psykiske lidelse. Det rejser potentielle bekymringer om underdiagnosticering og underbehandling af psykiske lidelser, som komplicerer muligheder for at tilbyde passende diagnostik og behandling i det somatiske sundhedsvæsen.

Udfordringen ved potentielt underdiagnosticerede og underbehandlede psykiske lidelser i relation til somatisk behandling er kompleks. For det første kan en utilstrækkelig behandling af den psykiske lidelse indirekte påvirke faktorer, der kan føre til, at læger vurderer en patient uegnet til behandling. Disse faktorer inkluderer risikoen for stofmisbrug, tab af socialt netværk, mangel på social støtte, hjemløshed og påvirkning af evnen til at tage vare på sig selv før, under og efter behandling, samt eventuelle komorbiditeter i kølvandet på disse udfordringer. Samlet set kan disse faktorer bidrage til lægernes vurdering af, at den somatiske behandling indebærer for store risici for patienten.

For det andet, er patienter, der er betydeligt påvirkede af deres psykiske lidelse, i øget risiko for, at den psykiske lidelse overskygger den somatiske sygdom (diagnostisk overskygning), hvilket potentielt kan resultere i manglende korrekt diagnostik og rettidig behandling. Den psykiske lidelse kan også forvirre patientens opfattelse af symptomer på en somatisk sygdom, hvorved den kan stå i vejen for, at patienten kontakter sundhedsvæsenet.

For det tredje, kan det somatiske udrednings- og behandlingsforløb virke uoverkommeligt og utrygt for patienter, der er betydeligt påvirkede af deres psykiske lidelse. Dette skaber en risiko for, at disse patienter fravælger, modsætter sig eller udebliver fra planlagte undersøgelser og behandlinger.

En mere omfattende tilgang til at identificere og håndtere psykiske lidelser er afgørende for at optimere behandlingen for patienter med psykiske lidelser, eftersom det kan forbedre deres mulighed for at opnå rettidig og relevant diagnostik, øge deres chancer for at blive vurderet egnet til behandling samt forbedre deres muligheder for at deltage i det somatiske behandlingsforløb. Det kan være ved hjælp af screeninger for psykisk lidelse, som foretages hos den praktiserende læge eller på hospitalsafdelingerne og eventuelt via forbedret tilgængelighed af screeningsprogrammer.

10.2.3 Sociale støttemuligheder kan styrke af patienternes 'adherence' og forbedre behandlingsmulighederne

Delstudie 2 viser, at sundhedsprofessionelle oplever særlig bekymring ved behandling af patienter, hvor der er mistanke om manglende efterlevelse af behandlingsråd - og at det kan være afgørende for, om læger finder det hensigtsmæssigt at påbegynde behandling. Denne bekymring er især markant i tilfælde af patienter med brug af rusmidler, dobbeltdiagnoser eller demens samt andre situationer, hvor patienten er svært påvirket af den psykiske lidelse.

For at forbedre behandlingsmulighederne er det afgørende at øge patienternes 'adherence' og opbygge lægernes tillid hertil, gennem inddragelsen af forskellige former for støtte under behandlingen, men også efter at patienten udskrives fra hospitalet. Hertil bør der rettes særlig opmærksomhed mod patientgrupper, hvor lægerne udtrykker bekymring omkring 'adherence'. Et vigtigt element i dette kan være, hvis muligt og ønskeligt, at inddrage pårørende, herunder at klæde de pårørende ordentligt på til at varetage denne opgave.

Spørgsmålet om hvordan man sikrer, at en person i hjemløshed eller en person med svær psykisk lidelse og social isolation konsekvent tager sin hjertemedicin, deltager i hospitalsundersøgelser og formår at tage vare på sig selv, rejser behovet for effektive støtteordninger. I de tilfælde, hvor der ikke er nogle pårørende, eller hvor de pårørende ikke kan udgøre en støtte for patienten, er det vigtigt at inddrage nogle andre, som kan varetage den pårørendes funktion. Eksempler på sådanne ordninger inkluderer Kræftens Bekæmpelses Navigatortilbud, Socialsygeplejersker, Social Sundhed og Omsorgscentre.

Disse støtteordninger illustrerer, hvordan social støtte kan integreres i indsatser for patienter i sårbare positioner for at styrke deres 'adherence'. Udover at støtte patienternes evne til at følge behandlingsråd under og efter behandlingen, eksempelvis ved at tilbyde restitutionsoophold eller støtte til patientbehandling, bidrager disse initiativer også til at gøre patientforløbet mere overskueligt for patienten. Dette kan støtte patientens aktive deltagelse i behandlingsforløbet og dermed medvirke til en forbedret behandling.

Det er vigtigt, at læger aktivt benytter de tilbud, der eksisterer til at understøtte patientens sociale netværk og støtte. Der er imidlertid en risiko for, at disse tilbud overses i en presset hverdag eller på grund af manglende viden om de eksisterende muligheder. Der kan være behov for at undersøge, om der er behov for yderligere tilpasninger af sundhedsvæsenet, således, at patienter med behov understøttes i at navigere og deltage i behandlingen – herunder kan sikring af anvendelsen af patientansvarlig læge til disse patienter være et særligt vigtigt led i at understøtte, at patienterne modtager samme kvalitet i behandlingen som andre patienter.

Effektiv brug af tilgængelige ressourcer til understøttelse af patientens sociale netværk og støtte kan være afgørende for patienternes behandling og sygdomsprognose. Disse tilbud bør derfor anses

som vigtige redskaber til at udligne ulighed i den somatiske behandling af mennesker med psykisk lidelse, ligesom kendskab til sådanne ressourcer på somatiske hospitalsafdelinger bør prioriteres.

10.2.4 Let adgang til det somatiske sundhedsvæsen som en vej til lige adgang til behandling

Resultaterne fra Delstudie 2 indikerer, at det kan have negative konsekvenser for diagnosticering, behandlingsmuligheder og sygdomsprognose for de patienter med psykiske lidelser, der er meget syge på behandlingstidspunktet, eventuelt grundet øgede komorbiditeter eller en forsinkelse i behandling for AKS og lungekræft. Blandt andet er det problematisk, at Delstudie 1 i forhold til lungekræft viser at en mindre andel af patienter med psykisk lidelse henvises via et kræftpakkeforløb – der ellers skulle sikre patienterne et hurtigt og veltilrettelagt forløb. Det er ligeledes problematisk, at patienter med psykisk lidelse generelt er yngre, når de diagnosticeres med lungekræft.

Resultaterne peger på et behov for at tilpasse det somatiske sundhedsvæsen til bedre at kunne imødekomme patienter med psykiske lidelser. Dette kræver særlig opmærksomhed på de organisatoriske sundhedskompetencer, hvilket blandt andet refererer til sundhedsvæsenets evne til at imødekomme borgernes varierende sundhedskompetencer [119]. I henhold til Sundhedsloven har alle borgere ret til let og lige adgang til sundhed [7]. Sundhedsvæsenet bør altså bestræbe sig på at understøtte denne adgang uanset borgernes sundhedskompetencer.

At sikre let adgang til sundhed rejser spørgsmål om, hvordan sundhedstjenester gøres tilgængelige for alle borgere. Når det gælder personer med psykiske lidelser, er det især relevant at overveje, hvordan man når ud til de borgere, der oplever udfordringer med selv at opsøge sundhedsvæsenet. Den nuværende organisering af sundhedstjenester kan favorisere raske borgere, der er i stand til at håndtere deres sundhed og sygdom. Derfor kan der være behov for at prioritere indsatser, der sikrer, at borgere med behov kan nås på alternative måder, herunder udekørende og opsøgende tiltag. Eksempler som gadesygeplejersker, SundhedsTeam og sygeplejeklinikker illustrerer initiativer, der når ud til borgere, der normalt ikke selv opsøger sundhedsvæsenet.

En alternativ indretning af sundhedsvæsenet kan også være afgørende for at støtte, at patienten kommer i, og succesfuldt gennemfører udrednings- og behandlingsforløb. I denne sammenhæng tilbyder initiativer som Stjernepatienter, Flex Klinik og Flex Almen Praksis nye tilgange til at imødekomme behovene hos patienter i sårbare positioner, herunder patienter med psykiske problemstillinger. Dette opnås gennem eksempelvis mere tid til konsultationerne, skræddersyede patientforløb, øget støtte samt fleksibilitet i adgangen til lægehjælp og behandling for patienterne og en mere opsøgende indsats. Der kan være behov for at undersøge, om den mere opsøgende og fleksible indsats hos de almen praktiserende læger, som kommer til udtryk i disse initiativer, i højere grad kan formaliseres således, så anvendelse understøttes.

10.2.5 Øget tid, viden og kompetencer kan skabe bedre betingelser for at sundhedsprofessionelle i somatikken kan understøtte en god patientoplevelse – og lighed i behandlingen

På organisatorisk niveau kan bedre betingelser for, at sundhedsprofessionelle i somatikken kan sikre en god patientoplevelse i behandlingen af patienter med psykisk lidelse være en vigtig faktor i at understøtte, at patienter med psykiske lidelse kan – og ønsker - at gennemgå behandling for AKS og lungekræft. Resultater fra Delstudie 2 peger på, at mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter er afgørende for patienternes oplevelse af deres ophold på hospitalet samt de undersøgelser og behandlinger, de modtager. Negative repressalier, såsom løftede pegefingre og skældud, har negative konsekvenser ved at forøge patienternes følelse af utryghed og øge deres modvilje mod at

interagere med sundhedsvæsenet. Det bør ligeledes undgås at tolke manglende kontakt til sundhedsvæsenet eller udeblivelser som manglende vilje eller samarbejde fra patienternes side. Med fordel kan det i stedet betragtes som "mislykkede patientaftaler", og som tegn på, at patienterne ikke har overskud, føler sig overvældede, frygter negative konfrontationer med sundhedsprofessionelle eller oplever andre barrierer såsom vanskeligheder ved at kommunikere med sundhedsvæsenet via en digital platform som e-Boks eller udfordringer med transport.

Analysen indikerer, at der på organisatorisk niveau er forskellige muligheder for at arbejde med at sikre de sundhedsprofessionelle bedre betingelser for at sikre en god patientoplevelse på hospitalet for mennesker med psykiske lidelser og eventuelt andre patienter i sårbare positioner – således at disse grupper i højere grad ønsker at interagere med sundhedsvæsenet og modtage behandling. Dette kan eksempelvis gøres ved at tildele mere tid til patienter med et behov herfor blandt de sundhedsprofessionelle, ligesom det kan handle om at sikre, at sundhedsprofessionelle i somatikken opnår en større viden om og kompetencer vedrørende de udfordringer, der kan optræde blandt patienter med psykiske lidelser.

Analysen indikerer, at psykiske lidelser sjældent indgår som en faktor i de sundhedsprofessionelles overvejelser vedrørende behandlingen for AKS eller lungekræft – hvis de ellers er velbehandlede. Det er positivt, hvis fraværet af fokus på den psykiske lidelse bevirker, at stigmatisering undgås i behandlingen af patienter med psykiske lidelser. Omvendt set kan der være behov for en mere holistisk tilgang til patientpleje, der tager hensyn til både somatisk og psykisk helbred. Dette indebærer øget forståelse for betydningen af psykiske lidelser for patienter i det somatiske hospitalsmiljø og kræver implementering af denne viden i vurderingen af, hvilken indsats patienten bør tilbydes til understøttelse af udredning og behandling.

Flere somatiske sundhedsprofessionelle giver udtryk for ønsket om bedre tid til patienter med et større behov samt ønsket om mere viden om betydningen af psykiske lidelser. Sidstnævnte kan muligvis imødekommes gennem efteruddannelsesforløb eller et tættere samarbejde med psykiatrien eventuelt med inddragelse af psykiatrisk ekspertise, eksempelvis en specialuddannet psykiatrisk sygeplejerske, i patientens behandlingsforløb. Klinisk Competence Center, EN AF OS og Tænk Somaticken Med er eksempler på indsatser til understøttelse af sundhedsprofessionelles kompetencer til at imødekomme patienter med både somatiske og psykiatriske problematikker.

10.2.6 Tilpasning af rammerne for undersøgelser og behandlinger af patienter med psykisk lidelse

Resultaterne fra Delstudie 1 viser, at patienter med psykiske lidelser oftere afbryder behandlingsforløbet for AKS eller lungekræft, og at patienter med lungekræft og psykisk lidelse i højere grad afbrydes i patientforløbet af hospitalet primært på grund af manglende fremmøde. Sundhedsprofessionelle fortæller samstemmende, at det er deres oplevelse, at disse patienter i højere grad end andre patienter siger nej tak til eller udebliver fra planlagte undersøgelser og behandlinger. Patienternes afvisning af behandlingstilbud eller manglende fremmøde kan omhandle mødet med de sundhedsprofessionelle, som er beskrevet i det ovenstående, men det kan også handle om, at organisatoriske såvel som fysiske rammer på hospitalerne ikke altid passer til patienterne.

Implementeringen af kræftpakkeforløb i 2009 skulle reducere ventetid og sikre hurtig handling, men som Delstudie 2 viser, oplever sundhedsprofessionelle, at patienter med psykiske lidelser i højere grad end andre siger nej tak til udredning for lungekræft via kræftpakkeforløbet, fordi de ikke kan overskue det, eller oplever det som uoverkommeligt. Bekymring opstår, især ved pakkeforløb som lungekræftudredning, hvor risikoen for ulighed øges, og tempoet er for højt. Både Delstudie 2 og 3 i denne rapport fremhæver, at mislykkede patientaftaler, hvor patienten ikke møder op, blandt andet kan hænge sammen med udfordringer i forhold til at anvende sundhedsapps og åbne digital post

såsom e-Boks. Begge studier påpeger desuden, at transport, patientbefordring og de dertil hørende befodringsregler volder problemer for patientgrupper, som i forvejen mangler ressourcer og støtte. Der er derfor behov for fleksible løsninger og støttefunktioner for at imødekomme diversiteten i patienternes behov. Social Sundhed, Kræftens Bekæmpelses Navigatortilbud og Socialsygeplejerskerne er eksempler på indsatser, der kan støtte patienterne i at tilgå, navigere i og overskue udredning og behandling.

Også de fysiske rammer i sundhedsvæsenet, som fremhævet i både Delstudie 2 og 3, kan være afgørende for, hvordan det opleves at være patient, og for patientens valg om at indgå i eller fravælge behandling. Delstudie 2 viser, hvordan opholdet på en somatisk hospitalsafdeling samt specifikke undersøgelser og behandlinger kan opleves utrygt og forbundet med ubehag hos patienter med psykiske lidelser. Studiet viser også flere eksempler på patienter med psykiske lidelser, som på forskellig vis 'støder ind i' de etablerede organisatoriske og fysiske rammer i på en hospitalsafdeling, involverende eksempelvis korte møder med skiftende sundhedsprofessionelle, flersengsstuer, længere tids ophold i venteværelser med mange andre, manglende ro og privatliv og restriktioner på forhold som kost, væske og rygning. Sammenstemmende beskriver sundhedsprofessionelle oplevelsen af mødet med patienter med svære psykiske lidelser, som falder udenfor den gængse patientrolle – og som udfordrer.

Generelt er der behov for tilpasninger inden for sundhedsvæsenet, både med hensyn til sundhedsprofessionelles viden og kompetencer og de organisatoriske og fysiske rammer. Disse tilpasninger bør sigte mod at imødekomme diversiteten af patienter, herunder med fokus på udfordringer og behov hos patienter med psykiske lidelser. Nærmere undersøgelser med fokus på patienternes oplevelser af patientforløbet bør afdække, hvordan dette bedst kan realiseres.

10.2.7 Patienter fra de laveste indkomstgrupper bør støttes økonomisk

Det fremgår af interviews med læger på hjertemedicinske afdelinger, at der fra lægernes side kan være en bekymring for om visse patientgrupper, herunder patienter med psykiske lidelser, får taget den livsvigtige, blodpladehæmmende medicin i perioden efter en ballonudvidelse med stentbehandling. Lægernes bekymring vedrørende patienternes medicinindtag underbygges af Delstudie 1, som viser, at patienter med AKS og psykisk lidelse generelt har et lavere forbrug af hjertelateret medicin i op til et år efter, de har modtaget deres AKS-diagnose. Delstudie 2 fremhæver eksempler på, at læger udskriver billigere medicin, med dårligere klinisk effekt, til patienter fra lavere indkomstgrupper, hvor patienter med psykisk lidelse i højere grad er repræsenteret, fordi de vurderer, at en billigere medicin er bedre end slet intet, og fordi patienterne giver udtryk for, at de ikke har råd til den dyre medicin.

Det er uhensigtsmæssigt, at der er uligheder i patienternes AKS behandling på baggrund af deres økonomi. Det sætter lægerne i et svært dilemma, og patienterne i en ulige situation, hvad angår risiko for tilbagevendende sygdom og død. Resultaterne i denne rapport giver anledning til at overveje, hvordan patienternes økonomiske udfordringer relateret til køb af medicin bedst imødekommes. Dette kan eksempelvis omhandle en justering af regler for, samt en mere simpel indgang og støtte til, at søge supplerende medicintilskud. Det kan også være mere økonomisk støtte. Her kan man eksempelvis se på dosispakkegebyret samt på muligheden for at tilbyde gratis medicin til de mest økonomisk trængte patienter. Som nævnt i Delstudie 2 og 3 er det ligeledes ulighedsskabende, når patienterne ikke har råd til transport eller ressourcer til at søge om kørselsordninger, og derved kan ende med ikke at få den nødvendige udredning og behandling. Både patienter, sundhedsprofessionelle og forskere fremhæver, at patienters økonomi er med til at skabe ulighed i patientforløbet. Dette understreger vigtigheden af at fokusere på økonomisk støtte som et redskab til at skabe lighed i behandlingen.

10.2.8 Der bør være et øget fokus på evaluering af indsatser til reducere af ulighed i patientforløb, samt videndeling herom

Delstudie 3 vidner om, at der er igangsat adskillige lovende indsatser i bestræbelserne på at fremme lighed i behandlingen af patienter med og uden psykiske lidelser. Dog viser den indsamlede data også, at der eksisterer flere udfordringer knyttet til de implementerede tiltag i Danmark.

Feltet er præget af mange, men ofte mindre indsatser, hvor evaluering sjældent er integreret i udviklingen af initiativerne. Dette kan indebære, at de velmenende hensigter, der udtrykkes gennem indsatserne, potentielt ikke opnår den ønskede effekt og i værste fald kan have uforudsete negative konsekvenser – alt dette uden at de involverede parter er opmærksomme på det. Der er et presserende behov for evalueringer af tiltagene, ikke kun med fokus på deres effekt, men også evalueringer, der sigter mod at undersøge, hvordan tiltagene opnår de ønskede virkninger, for hvem og under hvilke betingelser. Det er bekymrende, at der ikke eksisterer en tradition for eller forventning om, at indsatserne bliver evalueret.

En anden udfordring er den vanskelighed, der er forbundet med at opnå og opretholde et overblik over, hvilke initiativer der tilbydes på kommunalt, regionalt og nationalt plan. Selv hvis denne indsigt opnås, er den ofte kortvarig, da området præges af initiativer, der kommer og går i takt med tilførsel og tilbagetrækning af midler. Ineffektive initiativer bør naturligvis ikke opretholdes, men der forekommer et potentielt ressourcepild ved implementering og nedlæggelse af alle disse tiltag. Den begrænsede videndeling om initiativerne og deres effekter udgør også en problemstilling; ofte har andre kommuner eller regioner intet kendskab til et givet projekts eller initiativs eksistens. Dette øger risikoen for, at andre områder uafhængigt af hinanden afprøver lignende tiltag. Der er behov for videndeling om initiativerne og de erfaringer, der er gjort, for at undgå gentagelse af de samme "fejl" og muliggøre eventuel videreudvikling og udbredelse af tiltagene.

Fremadrettet bør der overvejes, om der er behov for et nationalt overblik over de initiativer, der anvendes på tværs af sektorer i Danmark. Selvom det er en ressourcekrævende opgave, kan det hjælpe sundhedsfaglige medarbejdere, frivillige, patienter og pårørende med at finde den rette hjælp og støtte. Et sådant arbejde ville også potentielt belyse områder, hvor der er behov for yderligere initiativer. Det kan også være nødvendigt at sikre, at der lægges vægt på projekter med et mere vedvarende fokus og ikke udelukkende initiativer som finansieres af midlertidige puljemidler.

10.2.9 Der er behov for datadeling og kommunikation på tværs af sektorer

Der er flere projekter og indsatser, der i udgangspunktet har haft en ambition om at løse nogle af de tværsektorielle problematikker, som ligeledes identificeres i denne rapport. Flere oplever desværre problemer med blandt andet datadeling på tværs af sektorer, hvorfor nogle projekter ender med at gå i stå eller helt må opgives.

Problemer med datadeling skaber betydelige udfordringer for kommunikationen mellem sundhedssektorerne, især mellem psykiatrien, almen praksis, hospitalerne og kommunerne. Det manglende samarbejde kan resultere i tab af vigtig information mellem sektorerne, hvilket i værste tilfælde kan true patientsikkerheden. Denne mangel på tværgående kommunikation sætter et betydeligt pres på patienterne, da de forventes at holde styr på deres egen sundhedshistorie gennem hele sundhedssystemet. Dette skaber kompleksitet i kontakten til sundhedsvæsenet i patientforløbet, hvilket ofte tilgodeser ressourcestærke patientgrupper.

Selvom der i dag deles en betydelig mængde sundhedsdata, identificerer den politiske arbejdsgruppe om digitalisering og datadeling, nedsat af Danske Regioners bestyrelse, stadigvæk barrierer

inden for dette område. Arbejdsgruppen fremhæver specifikt udfordringer forbundet med manglende datadeling fra både almen praksis og kommunerne, samt utilstrækkelig implementering af digitale muligheder for datadeling og manglende brugervenlighed.

Selvom der i dag deles en betydelig mængde sundhedsdata, er der stadigvæk barrierer for datadeling. Det konkluderes også af den politiske arbejdsgruppe om digitalisering og datadeling, nedsat af Danske Regioners bestyrelse. Arbejdsgruppen fremhæver specifikt udfordringer forbundet med manglende datadeling fra både almen praksis og kommunerne, samt utilstrækkelig implementering af digitale muligheder for datadeling og manglende brugervenlighed [120]. Der er derfor behov for løsninger, der kan lette datadeling og forbedre kommunikationen på tværs af sektorerne for at reducere behandlingsforskelle. Dette er særligt relevant for patienter med psykiske lidelser, som ofte netop behandles på hospitaler, i almen praksis og i kommunerne [120].

10.3 Konklusion

Denne rapport giver et dybdegående indblik i uligheder i behandlingsforløb for patienter med psykiske lidelser og de underliggende forhold, der bidrager til at skabe dem. Resultaterne peger på, at på trods af betydelige bestræbelser på at udvikle effektive forløbsplaner og behandlingsforløb til håndtering af AKS og lungekræft, eksisterer der stadig uligheder i patientforløb mellem patienter med og uden psykisk lidelse.

For at reducere uligheder i behandlingen af personer med psykiske lidelser kræves at sundhedsvæsenet i højere grad tilpasses til at imødekomme de borgere med psykiske lidelser, der har behov for en særlig indsats. Dette indebærer skræddersyede indsatser for visse patienter og en større fleksibilitet i sundhedsvæsenet. Der er også behov for en tilgang, der nedbryder skellene mellem somatik og psykiatri og som fremmer tværsektorielt og tværprofessionelt samarbejde inden for sundhedsvæsenet. Dette bør tage udgangspunkt i den enkelte patients fysiske, sociale og mentale tilstand samt individuelle behov og behov for behandling.

Der er brug for indsatser, der går på tværs af sektorer og som ikke alle er midlertidigt finansierede projekter, men som med fordel kan integreres som mere bærende, vedvarende løsninger i sundhedsvæsenet. Evalueringer af disse indsatser gennem randomiserede kontrollerede forsøg og teorigenese evalueringer er afgørende for at sikre, at behandlingskvaliteten for patienter med psykiske lidelser matcher den, som andre patientgrupper modtager. Udover gennemgangen af indsatser i denne rapport, er der behov for et vedvarende opdateret overblik over de forebyggende tiltag, der tilbydes personer med psykiske lidelser på tværs af danske kommuner. Disse tiltag kan bidrage til større lighed ved at reducere somatiske sygdomme blandt patienter med psykiske lidelser og fremme lighed i den somatiske udredning og behandling.

De tre delstudier i rapporten tilføjer vigtige elementer til forståelsen af ulighederne og danner grundlag for yderligere undersøgelser af forskellene i den somatiske behandling af patienter med og uden psykiske lidelser. Der mangler fortsat mere viden om de underliggende årsager til, at patienter med psykiske lidelser ophører behandlingen for AKS og lungekræft. Når det kommer til lungekræft, er der eksempelvis fortsat ubesvarede spørgsmål vedrørende, hvorfor disse patienter i højere grad selv afslutter kræftpakkeforløbet, hvorfor de i mindre grad modtager et initialt behandlingstilbud, og hvorfor de i øget grad afsluttes på hospitalet. Også indenfor andre sygdomsråder er der behov for studier, der identificerer, hvor i patientforløbet uligheder i behandlingen opstår, og hvordan disse kan adresseres. Ligeledes er der brug for studier, der undersøger sundhedssystemet set fra patienternes perspektiv. Dette arbejde, som rapporten også bidrager til, er afgørende for udviklingen af initiativer, der kan mindske ulighederne. Det er imidlertid centralt, at der træffes nødvendige skridt for at omsætte denne viden til konkrete handlinger.

10.4 Metodiske styrker og svagheder

I forhold til hvert delstudie er der en række metodiske styrker og svagheder, som der bør tages højde for i tolkningen af resultaterne.

For **Delstudie 1** gælder det, at gruppen af patienter med psykiske lidelser er selekteret til at omfatte patienter, som har fået stillet den psykiatriske diagnose i forbindelse med en hospitalskontakt. I forbindelse med de psykiatriske diagnoser betyder det, at patientgruppen, der indgår i undersøgelsen, har haft så alvorlige tilfælde af deres psykiske lidelse, at det har krævet hospitalskontakt - kontra de patienter, der diagnosticeres – og behandles – udelukkende i almen praksis. Det betyder også, at der kan være personer med mindre svære psykiske lidelser, diagnosticeret i almen praksis, som i analyserne indgår i grupperne af patienter med AKS eller lungekræft uden psykisk lidelse. Samtidig kan der være personer, i disse grupper, som har udiagnosticerede psykiske lidelser.

Endvidere kan der være patienter, som ikke bliver diagnosticeret med de somatiske sygdomme og derved ikke kommer i behandling herfor. Disse patienter er ikke inkluderet i analysen, hvilket kan medføre en 'overlevelseshbias'. Dette kan være særligt relateret til udsatte grupper, for eksempel personer i hjemløshed og mennesker med dobbeltdiagnoser. Dette kan også være gældende for patienter med psykisk lidelse, hvilket betyder, at analysen forventeligt undervurderer antallet af mennesker med psykiske lidelser som har samtidig somatiske sygdomme, hvilket der skal tages forbehold for i forhold til generaliserbarheden af resultaterne. Resultaterne forventes dog at dækkelangt størstedelen af den samlede patientgruppe.

I fortolkningen af resultaterne fra Delstudie 1 skal der ligeledes tages forbehold for, at patienter med flere psykiske lidelser tæller med i flere psykiatriske diagnosegrupper. Der er ikke taget hensyn til dette forhold i analyserne. Ligeledes er der ikke taget højde for den potentielle kumulerede effekt på uligheder i patientforløbet ved at have mere end en psykisk lidelse. Et separat fokus på betydningen af multisygdom, både med hensyn til psykiske lidelser og somatiske sygdomme, kan være et relevant fokuspunkt i fremtidige analyser.

Anvendelsen af registerdata sætter en begrænsning med hensyn til hvilke slags oplysninger, der er tilgængelige i analyserne. Der er blandt andet begrænset viden om faktorer, der kan påvirke forløbet før, under og efter mødet med sundhedsvæsenet, og som kan have afgørende betydning for patientforløbet - eksempelvis patienternes livsstil.

For **Delstudie 2** ses, at feltstudie og interviews med sundhedsprofessionelle hovedsageligt er relateret til den somatiske hospitalsbehandling af mennesker med psykisk lidelse – og ikke til forhold i almen praksis eller rehabilitering. Det skal bemærkes, at valget af fokusområde inden for den somatiske hospitalsbehandling er et resultat af til- og fravalg. Det betyder ikke, at udfordringer i patientforløbet ikke vil gøre sig gældende i andre dele af patientforløbet, herunder for eksempel i almen praksis eller rehabilitering. Patientinterviewene giver dog indblik i nogle af disse udfordringer gennem et fokus på sygdomsforløbet både før, under og efter patienternes somatiske diagnose og behandling.

Især i forhold til patientinterviews på lungekræftområdet bør der tages højde for, at der er tale om få informanter, og at gruppen udelukkende består af mænd. Dette skyldes udfordringer i forhold til at rekruttere denne patientgruppe til interviews, da mange patienter med kombinationen af psykiske lidelser og lungekræft har været for syge og ikke haft overskud til at deltage i undersøgelsen. For at danne et mere omfattende indblik i det oplevede patientforløb inkluderer informantgruppen en patient, der har gennemgået et forløb med mave-tarmkræft. Dette patientforløb vurderes at have visse ligheder med patientforløbet for lungekræft, hvilket muliggør nogen grad af sammenligning af patienternes oplevelser og udfordringer i de to forløb (eksempelvis i forhold til kontakt til almen praktiserende læge forud for diagnosticering af kræftsygdommen og med hensyn til kræftbehandling som modtages over et længerevarende forløb). Det kan ikke udelukkes, at der er kønsspecifikke forskelle

på patienternes oplevelse af deres patientforløbet ved lungekræft, som ikke kommer til udtryk i analysen.

Både i forhold til lungekræftpatienter og AKS-patienter er der en overvægt af informanter, der står over for komplekse udfordringer, såsom barndomstraumer, fysiske handicaps, konfliktfyldte relationer, manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, rusmiddelbrug og kroniske sygdomme. Denne overrepræsentation er sandsynligvis udtryk for, at mange personer i socialt udsatte positioner også lever med psykiske lidelser, hvilket igen øger risikoen for social udsathed. Det skal derfor bemærkes, at nogle af de udfordringer, der er identificeret i Delstudie 2, kan overlappende med de barrierer, som borgere i udsatte positioner kan opleve i deres interaktion med sundhedsvæsenet.

Når det kommer til feltstudiet på de somatiske hospitalsafdelinger, er det afgørende at understrege, at der altid er en risiko for, at de observerede personer ændrer deres adfærd på grund af tilstedeværelsen af en observatør. For at imødegå denne bias er feltstudierne kombineret med interviews med både patienter og sundhedsprofessionelle. Feltstudierne vurderes at have bidraget til et øget indblik i de barrierer, der også kommer til udtryk i interviewene. I forhold til lungekræftbehandling skal der tages forbehold for, at det udelukkende har været muligt at foretage feltstudier på lungemedicinske ambulatorier. Det vil sige på de hospitalsafdelinger, hvor patienterne gennemgår udredningsforløb for lungekræft og får stillet lungekræftdiagnosen, forud for eksempelvis behandling med kirurgi, kemoterapi eller strålebehandling.

Delstudie 3 er ikke en fuldstændig kortlægning af alle de indsatser, der findes i Danmark, og flere relevante indsatser kan derfor være udeladt. Det skal dog nævnes, at det der i den sidste del af dataindsamlingen opstod en form for "datamætning", da langt de fleste indsatser, der blev nævnt, var gengangere. Delstudie 3 har ikke haft fokus på forebyggende indsatser, hvorfor disse ikke er beskrevet i rapporten. Som tidligere beskrevet kan patienternes generelle sundhedstilstand på behandlingstidspunktet imidlertid have en negativ indvirkning på deres behandling. Det understøtter betydningen af forebyggende indsatser og, som det også blev fremhævet i konklusionen, behovet for en form for opdateret 'vidensbank' med forebyggende tiltag på tværs af de danske kommuner.

11 Referencer

1. Sundhed.dk. Akut koronart syndrom - Lægehåndbogen på sundhed.dk [Internet]. 2018 [henvist 25. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/hjerte-kar/tilstande-og-sygdomme/koronarsygdom/akut-koronart-syndrom/>
2. Sundhed.dk. Perkutan koronar intervention.
3. WHO. Mental disorders [Internet]. 2022 [henvist 12. august 2022]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
4. World Health Organization. ICD-11 [Internet]. 2022 [henvist 16. august 2022]. Tilgængelig hos: <https://icd.who.int/en>
5. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. 2006;
6. Vallgård S. Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed? 2019;
7. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven [Internet]. 2022 [henvist 11. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2022/210>
8. Diderichsen F, Hallqvist J. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. *Inequality in health—a Swedish perspective* Stockholm: Swedish Council for Social Research. 1998;25–39.
9. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod ulighed i sundhed. 2020.
10. Rigsrevisionen. Forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene. 2019 [henvist 7. oktober 2022].
11. Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, Laursen TM, Nordentoft M, Canudas-Romo V. Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(12):937–45.
12. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. december 2011 [henvist 26. august 2022];199(6):453–8.
13. Sundhedsministeriet. 10-års plan for psykiatrien og mental sundhed. 2022.
14. Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. 2022 [henvist 2. august 2022].
15. PSYKIATRI RFRARUOM. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. 2013;
16. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Benros ME, Børghlum AD, Christensen MK, m.fl. Association between mental disorders and subsequent medical conditions. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(18):1721–31.

17. Ali S, Santomauro D, Ferrari AJ, Charlson F. Excess mortality in severe mental disorders: A systematic review and meta-regression. *J Psychiatr Res.* 2022;
18. Kugathasan P, Johansen MB, Jensen MB, Aagaard J, Nielsen RE, Jensen SE. Coronary Artery Calcification and Mortality Risk in Patients With Severe Mental Illness: A Retrospective Multicenter Cohort Study. *Circ Cardiovasc Imaging.* 2019;12(3):1–8.
19. Rødevand L, Steen NE, Elvsåshagen T, Quintana DS, Reponen EJ, Mørch RH, m.fl. Cardiovascular risk remains high in schizophrenia with modest improvements in bipolar disorder during past decade. *Acta Psychiatr Scand.* 2019 [henvist 15. september 2022];139(4):348–60.
20. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, m.fl. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet.* 2019;394(10211):1827–35.
21. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Christensen MK, Iburg KM, Laursen TM, m.fl. Mortality Associated With Mental Disorders and Comorbid General Medical Conditions. *JAMA Psychiatry.* 2022;79(5):444–53.
22. Ribe AR, Laursen TM, Sandbaek A, Charles M, Nordentoft M, Vestergaard M. Long-term mortality of persons with severe mental illness and diabetes: a population-based cohort study in Denmark. *Psychol Med.* 2014;44(14):3097–107.
23. Sundhedsstyrelsen. Psykiske lidelser A-Å - Sundhedsstyrelsen [Internet]. 2022 [henvist 6. oktober 2022]. Tilgængelig hos: <https://sst.dk/da/Viden/Sygdomme/Psykiske-lidelser/Psykiske-lidelser-A-AA>
24. Behandlingsrådet. Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser. 2023.
25. Rokkjær N, Sølund S. Nine deaths among 29 patients with severe mental illness identified with high mortality using SSEPP. *Nord J Psychiatry.* 2018;72(8):543–8.
26. Virgilsen LF, Vedsted P, Falborg AZ, Pedersen AF, Prior A, Jensen H. Routes to cancer diagnosis for patients with pre-existing psychiatric disorders: a nationwide register-based cohort study. *BMC Cancer.* 2022;22(1):1–12.
27. Brink M, Green A, Bojesen AB, Lamberti JS, Conwell Y, Andersen K. Excess medical comorbidity and mortality across the lifespan in schizophrenia.: A nationwide Danish register study. *Schizophr Res.* 2019 [henvist 22. september 2022];206(2019):347–54.
28. Mackenhauer J, Frischknecht Christensen E, Andersen G, Mainz J, Johnsen SP. Disparities in Reperfusion Therapy and Time Delays among Patients with Ischemic Stroke and a History of Mental Illness. *Stroke.* 1. november 2022;53(11):3375–85.
29. Strunz M, Jiménez NP, Gregorius L, Hewer W, Pollmanns J, Viehmann K, m.fl. Interventions to Promote the Utilization of Physical Health Care for People with Severe Mental Illness: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(1):126.
30. Bentson TM, Fløe LE, Bruun JM, Eriksen JG, Johnsen SP, Videbech P, m.fl. Barriers in cancer trajectories of patients with pre-existing severe mental disorders—A systematic review. *Bd. 32, Psycho-Oncology.* John Wiley and Sons Ltd; 2023. s. 862–74.

31. Sundheds- og ældreministeriet. Indblik i psykiatrien og sociale indsatser. 2018.
32. Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen. Vidensafdækningen af indsatser til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sundhed. 2022.
33. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod social ulighed i sundhed blandt 6-11-årige - et inspirationsmateriale. Sundhedsstyrelsen; 2023.
34. Sundhed.dk. Angina pectoris, ustabil [Internet]. 2022 [henvist 24. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/koronarsygdom/angina-pectoris/>
35. Sundhed.dk. Hvad er symptomerne på akut koronarsyndrom? [Internet]. 2022 [henvist 24. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/koronarsygdom/akut-koronarsyndrom-aks/>
36. Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark : Sygdomme. 2023.
37. Schroeder T V., Shulze S, Hilsted J, Gøtzsche L. Basisbog i medicin og kirurgi. Bd. 5.udgave. København: Munksgaard; 2013.
38. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for lungekræft. 2018.
39. DCMG. Multidisciplinær kræftbehandling-en vejledning til MDT-konferencen. 2016.
40. Sundhedsstyrelsen. Diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft. 2012.
41. Kræftens Bekæmpelse. Pakkeforløb for kræft [Internet]. 2020 [henvist 6. december 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/kraeftbehandling/pakkeforloeb-ventetider/pakkeforloeb/>
42. Bergenholtz H, Jarlbæk L. Basal palliativ indsats på sygehuset – hvorfor, for hvem og hvornår? . Omsorg. september 2020 [henvist 15. december 2023];(3):5–9.
43. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen; 2017.
44. Hallyburton A. Diagnostic overshadowing: An evolutionary concept analysis on the misattribution of physical symptoms to pre-existing psychological illnesses. Bd. 31, International Journal of Mental Health Nursing. John Wiley and Sons Inc; 2022. s. 1360–72.
45. Kræftens Bekæmpelse. Performance status [Internet]. 2023 [henvist 17. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/fakta-om-kræft/ordbog/performance-status/>
46. Danske Regioner, Lægeforeningen, Dansk Psykiatrisk Selskab, Bedre Psykiatri. Misbrug og psykisk lidelse hænger sammen - og skal derfor behandles samlet hos regionerne. 2018.
47. Benjaminsen L, Fels Birkelund J, Holm Enemark M, Bastholm Andrade S. Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet.
48. Dam P, Herborg H, Rossing C, Thomsen D. Compliance og concordance : uddannelseshæfte til programmet "sikker og effektiv medicinbrug" version 1.2. Pharmakon; 2010.

49. Yabe T, Noike R, Okubo R, Amano H, Ikeda T. Infarct Size and Long-Term Clinical Outcomes of Prasugrel versus Clopidogrel in Patients with Acute Coronary Syndrome Undergoing Coronary Artery Stenting: A Prospective Randomized Study. *International Journal of Angiology*. 1. marts 2023;32(1):56–65.
50. Chiarito M, Cao D, Sartori S, Zhang Z, Vogel B, Spirito A, m.fl. Thrombotic risk in patients with acute coronary syndromes discharged on prasugrel or clopidogrel: results from the PROMETHEUS study. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 25. september 2023;
51. Godtfredsen SJ, Kragholm KH, Leutscher P, Jørgensen SH, Christensen MK, Butt JH, m.fl. Effectiveness and safety of P2Y12 inhibitors in patients with ST-segment elevation myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention: a nationwide registry-based study. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 1. september 2022;11(9):697–705.
52. Jacobsen MR, Engstrøm T, Torp-Pedersen C, Gislason G, Glinge C, Butt JH, m.fl. Clopidogrel, prasugrel, and ticagrelor for all-comers with ST-segment elevation myocardial infarction. *Int J Cardiol*. 1. november 2021;342:15–22.
53. Bruun BK. Tilskud til medicin. Sundhed.dk [Internet]. 2023 [henvist 20. december 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sociale-ydelser/sociale-ydelser/sygdom/tilskud-til-medicin/>
54. Sundheds- og Forebyggelsesudvalget. Rådet for Socialt Udsatte: ANBEFALINGER til regeringens sociale 2020-mål "Alle skal med". 2014.
55. Sundhed.dk. Hvor skal du søge om godtgørelse til og fra sygehus? 2023.
56. Bruun BK. Hjælp til befordring til undersøgelse, behandling og genoptræning. Sundhed.dk [Internet]. 2023 [henvist 20. december 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sociale-ydelser/sociale-ydelser/befordring/befordring-til-sygehus-behandling-hos-laege-eller-genoptraening-efter-sygehusophold/>
57. Sundhedsstyrelsen. Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen . 2022 [henvist 14. november 2023];
58. Skanderborg Kommune. Projekt gadesygeplejerske 2014– 2016 – evaluering. <https://www.skanderborg.dk/document/54ee8562-cc04-492c-9802-58e14c0f4f1e>. 2017. s. 1–3.
59. Københavns Kommune. EVALUERINGSRAPPORT FOR SUNDHEDSPROJEKTET, KONTAKTSTEDET MAENDENES HJEM OG KONTAKTSTEDET FORCHHAMMERSVEJ Københavns Kommune Familie-og Arbejdsmarkedsforvaltningen. 2005.
60. Københavns Kommune. SundhedsTeam: Indsats overfor de svaerest marginaliserede med helbredsproblemer i Københavns Kommune. 2006;
61. Københavns Kommune. SundhedsTeam: Indsats overfor de svaerest marginaliserede med helbredsproblemer i Københavns Kommune. 2007;
62. Københavns Kommune. SundhedsTeam: Indsats overfor de svaerest marginaliserede med helbredsproblemer i Københavns Kommune. 2008;
63. Statens Institut for Folkesundhed. SUSY UDSAT [Internet]. 2023 [henvist 17. november 2023]. Tilgængelig hos: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/susy_udsat

64. SundhedsTeamet. Om Red Liv. 2023.
65. SundhedsTeam. Rapporter og videnskabelige artikler [Internet]. 2023 [henvist 27. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://sundhedsteamet.kk.dk/viden-og-projekter/rapporter-og-videnskabelige-artikler>
66. SundhedsTeamet. Om Red Liv [Internet]. 2023 [henvist 17. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://sundhedsteamet.kk.dk/red-liv/om-red-liv>
67. Region Nordjylland. PRI - Tidlig opsporing af kritisk sygdom – TOKS 2.1 [Internet]. [henvist 26. oktober 2023]. Tilgængelig hos: https://pri.rn.dk/document/REGNORD-1547845390-107#a_Toc99103633
68. Dansk Sygepleje Råd. Måling af vitalværdier optimerer patientforløbet | dsr.dk [Internet]. [henvist 26. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/arkiv/fag-forskning-argang-2016-nr-3/maaling-af-vitalvaerdier-optimerer-patientforloebet/>
69. NHS England. New tool to give people with mental illness better care for their physical health [Internet]. NHS England. 2014 [henvist 24. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.england.nhs.uk/2014/06/lester-tool/>
70. Region Nordjylland Psykiatrien. PRI - Henvi sning til Liaisonsomatik [Internet]. [henvist 17. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://pri.rn.dk/Sider/32950.aspx>
71. Mackenhauer J. Liaison Somatik - Brobygning for bedre fysisk helbred hos patienter med psykiatrisk sygdom (notat, uddrag) [Internet]. 2019 [henvist 17. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <file:///C:/Users/L%C3%A6rkeQvistJ%C3%B8rgensen/Downloads/Bilag%20-%20Notat%20Liaison%20Somatik.pdf>
72. Mackenhauer J, Ibsen J, Rahi T, Frey Kristensen S, Valgreen Knudsen S, Birket-Smith L, m.fl. 13 Weekly medical rounds in psychiatric wards improve identification and treatment of physical illness in a cohort of patients with severe mental illness. I: Abstracts. British Medical Journal Publishing Group; 2023. s. A7.2-A8.
73. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, m.fl. A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. The BMJ. 30. september 2021;374.
74. Andersen-Due S, Worm L, Hansen T. Sundhedstjek til borgere på botilbud [Internet]. Dansk Selskab for Almen Medicin. 2022 [henvist 24. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.dsam.dk/vejledninger/sundhedstjek/sundhedstjek-til-borgere-pa-botilbud#forberedelse-af-sundhedstjek>
75. Danske Handicaporganisationer. Sundhedstjek ved din læge - information til borgeren. 2022.
76. Danske Handicaporganisationer. Sundhedstjek ved din læge - information til personale på bosteder. 2022.
77. Danske Hjælpeorganisationer. Lige adgang til sundhedsvæsenet: Sundhedstjek hos egen læge til personer med udviklingshæmning eller sindslidelse i botilbud. 2014.
78. Ugeskrift for læger. Faste praktiserende læger på psykiatriske botilbud | Ugeskriftet.dk [Internet]. [henvist 17. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/faste-praktiserende-laeger-pa-psykiatriske-botilbud>

79. Aaby A. THE HEART SKILLS STUDY HEALTH LITERACY AND HEALTH LITERACY RESPONSIVENESS IN CARDIAC DISEASE PREVENTION AND REHABILITATION PhD dissertation. 2020.
80. Duus L, Thrysoe L, Nielsen D. Tværsektoriel peer-mentor indsats for sårbare patienter med anden etnisk baggrund end dansk | dsr.dk [Internet]. [henvist 26. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/fag-og-forskning/tvaersektoriel-peer-mentor-indsats-for-saarbare-patienter-med-anden-etnisk-baggrund-end-dansk/>
81. Region Nordjylland Psykiatrien. Peermedarbejdere [Internet]. [henvist 26. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://psykiatri.rm.dk/information-og-raadgivning/peermedarbejdere>
82. Region Midtjylland Psykiatrien. Peer-medarbejder i Psykiatrien - Psykiatrien i Region Midtjylland - til fagpersoner [Internet]. [henvist 26. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.fagperson.psykiatrien.rm.dk/uddannelse/faggrupper/peer-medarbejder/>
83. Ravn MB. Borgere og brobyggeres oplevelser og erfaringer med Social Sundhed. 2020;16.
84. Valentin G, Nielsen CV, Nielsen ASM, Tonnesen M, Bliksted KL, Jensen KT, m.fl. Bridging Inequity Gaps in Healthcare Systems While Educating Future Healthcare Professionals—The Social Health Bridge-Building Programme. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(19).
85. Tonnesen M, Hedeager Momsen AM. Bridging gaps in health? A qualitative study about bridge-building and social inequity in Danish healthcare. Int J Qual Stud Health Well-being. 2023;18(1):2241235.
86. Kræftens Bekæmpelse. Navigator - få støtte af en bisidder [Internet]. [henvist 17. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/raadgivning/navigator-tilbud-for-socialt-sabare/>
87. Kræftens Bekæmpelse. Evaluering af Navigatorprojektet – Kræftens Bekæmpelses nationale indsats målrettet socialt sårbare kræftpatienter [Internet]. [henvist 17. oktober 2023]. Tilgængelig hos: https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/9/7559/1539341721/evaluering-af-navigatorprojektet-2018_rapport_e_081018.pdf
88. Nissen A. Navigatorprogram for kræftpatienter [Internet]. [henvist 17. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/2/6562/1502883120/navigatortrapport.endelig.270215.pdf>
89. Aalborg Universitetshospital. Brobyggersygeplejersker - sammenhæng, overblik, tryghed [Internet]. 2023 [henvist 8. december 2023]. Tilgængelig hos: <https://aalborguh.rm.dk/for-sundhedsfaglige/det-naere-sundhedsvaesen/center-for-patientstoette/brobyggersygeplejersker-%E2%80%93-sammenhaeng-overblik-tryghed>
90. Bro Ludvigsen KLouise, Brünés Nina, KABS Viden, Projekt socialsygepleje - det gode patientforløb (projekt), Thomas Fuglsang, Martin Lehmann. Socialsygepleje i somatik og psykiatri : en antologi over erfaringerne fra Projekt socialsygepleje - det gode patientforløb. KABS Viden; 2013.
91. Region Nordjylland. Patient og pårørendeinddragelse [Internet]. 2020 [henvist 9. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://rn.dk/da/Sundhed/Patient-i-Region-Nordjylland/Hospitaler/Patient-og-paaroerendeinddragelse>

92. Mainz J, Jensen JW. Patientens team og den behandlingsansvarlige læge kan optimere patientforløb. 2015;
93. Røde Kors Hovedstaden. Omsorgscenter Eirsgaard - Røde Kors Hovedstaden [Internet]. [henvist 17. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://hovedstaden.rodekors.dk/detgorvi/indsatser-for-hjemlose/omsorgscenter-eirsgaard/>
94. Røde Kors. Omsorgscenter Pitstop | Røde Kors [Internet]. [henvist 17. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.rodekors.dk/vores-arbejde/socialt-arbejde/hjemloese/omsorgscenter-pitstop>
95. Røde Kors. Omsorgscenter Svalegangen | Røde Kors [Internet]. [henvist 17. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.rodekors.dk/vores-arbejde/socialt-arbejde/hjemloese/omsorgscenter-svalegangen>
96. Bring C, Kruse M, Ankarfeldt MZ, Brünés N, Pedersen M, Petersen J, m.fl. Post-hospital medical respite care for homeless people in Denmark: A randomized controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1).
97. Pedersen M, Bring C, Brünés N, Petersen J, Jarden M. Homeless people's experiences of medical respite care following acute hospitalisation in Denmark. *Health and Social Care in the Community (Online).* juni 2018;26(4).
98. Region Hovedstadens psykiatriske hospital. Hvad er F-ACT? [Internet]. 2023 [henvist 28. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.psykiatri-regionh.dk/fagfolk/f-act/hvad-er-f-act/sider/default.aspx>
99. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice.* 1. februar 2022;72(715).
100. Sundhed.dk. Hjerterehabilitering [Internet]. 2023 [henvist 5. december 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/koronarsygdom/hjerterehabilitering/>
101. Ministeriet for forebyggelse og sundhed. Ligeværd - nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. 2014.
102. REPHA. Kommunal rehabilitering og palliation til socialt sårbare mennesker med kræft (del af COMPAS) [Internet]. REPHA. [henvist 30. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.rehpa.dk/projekter/kommunal-rehabilitering-og-palliation-til-socialt-saarbare-mennesker-med-kræft-del-af-compas/#/>
103. Valentine L, Kroll T, Fraser B, Lim C, Mountain R. Design Thinking for Social Innovation in Health Care. *Design Journal.* 2017;20(6).
104. NIHR. Guidance on co-producing a research project [Internet]. 2021 [henvist 30. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.learningforinvolvement.org.uk/content/resource/nihrguidance-on-co-producing-a-research-project/>
105. O'Cathain A, Croot L, Duncan E, Rousseau N, Sworn K, Turner KM, m.fl. Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open.* 1. august 2019;9(8).

106. Meroni A, Selloni D, Rossi M. MASSIVE CODESIGN A Proposal for a Collaborative Design Framework. 2018.
107. Hawkins J, Madden K, Fletcher A, Midgley L, Grant A, Cox G, m.fl. Development of a framework for the co-production and prototyping of public health interventions. BMC Public Health. 2017;17(1):1–11.
108. Region Sjælland. Tænksomatikkenmed.dk [Internet]. [henvist 17. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.xn--tnksomatikkenmed-uob.dk/>
109. Region Sjælland. Tænk somatikken med - Region Sjælland - Vi er til for dig [Internet]. [henvist 17. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.regionsjaelland.dk/fagfolk/forebyggelse/tidlig-opsporing/taenk-somatikken-med>
110. Johansen M-LE, Grønfeldt Og Helle ST, Wentzer S. Vidensafdaekning: Sundhedsindsatser på det sociale område Casestudie af fire sundhedsindsatser til håndtering af somatisk sygdom hos borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer. [henvist 17. oktober 2023];
111. Landsindsatsen EN AF OS - Sundhedsstyrelsen [Internet]. [henvist 17. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/en-af-os>
112. Thornicroft G, Sunkel C, Alikhon Aliev A, Baker S, Brohan E, el Chammay R, m.fl. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. Bd. 400, The Lancet. Elsevier B.V.; 2022. s. 1438–80.
113. EN AF OS Sundhedsstyrelsen. Ulighed i sundhed | fra en af os [Internet]. [henvist 17. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://ulighed-i-sundhed.dk/>
114. Gkiouleka A, Wong G, Sowden S, Bambra C, Siersbaek R, Manji S, m.fl. Reducing health inequalities through general practice. Lancet Public Health. 2023;8(6):e463–72.
115. Socialkompas. Find fællesskaber og sociale tilbud på Socialkompas [Internet]. Frivilligcentre & Selvhjælp Danmark. 2023 [henvist 27. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://socialkompas.dk/>
116. Sundhedsstyrelsen. Styrket rygestoptilbud til særlige grupper (Rygestoppuljen) 2020-2023 [Internet]. [henvist 13. december 2023]. Tilgængelig hos: <https://sst.dk/da/Fagperson/Forebyggelse-og-tvaergaaende-indsatser/Rusmidler-og-rygning/Tobak-og-nikotin/Rygestop/Rygestoppuljen>
117. Rebild Kommune. Røgfri Psykiatri [Internet]. [henvist 30. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://rebild.dk/borger/sundhed-forebyggelse-og-sygepleje/sundhedscentret/rusmidler-og-tobak/roegfri-psykiatri>
118. Social- Bolig- og Ældreministeriet. Servicelovens tilbud til personer med psykiske vanskeligheder [Internet]. [henvist 30. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://sm.dk/arbejdsomraader/udsatte-voksne/psykiske-vanskeligheder/servicelovens-tilbud-til-personer-med-psykiske-vanskeligheder>
119. Sundhedsstyrelsen. Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. 2022 [henvist 29. november 2022].

120. Danske Regioner. Overbliksbillede - Nuværende muligheder og begrænsninger for datadeling tværregionalt og på tværs af sektorer. [henvist 13. december 2023].
121. Merriam-Webster. Executive function Definition & Meaning - Merriam-Webster [Internet]. 2022 [henvist 18. december 2022]. Tilgængelig hos: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/executive-function>
122. Nielsen RE, Banner J, Jensen SE. Cardiovascular disease in patients with severe mental illness. Bd. 18, Nature Reviews Cardiology. Nature Research; 2021. s. 136–45.
123. Eftekhari A, Høfsten DE, Egholm G, Kyhl K, Fakhri Y, Junker A, m.fl. Akut koronar syndrom [Internet]. Dansk Cardiologisk Selskab. 2023 [henvist 17. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://nbv.cardio.dk/aks>
124. Kræftens Bekæmpelse. Behandlingens mål [Internet]. 2020 [henvist 13. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/hvis-du-har-kraeft/moed-sundhedsvaese-net/samtale-med-laegen/behandlingens-maal/>
125. Psykiatrifonden. Hvad er demens? [Internet]. [henvist 17. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/demens#hvader>
126. NATIONALT VIDENSCENTER FOR DEMENS. Hvad er demens? [Internet]. 2022 [henvist 17. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://videnscenterfordemens.dk/da/hvad-er-demens>
127. Horne R. Compliance, adherence, and concordance: Implications for asthma treatment. I: Chest. American College of Chest Physicians; 2006. s. 65S-72S.
128. Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet for voksne (18-64 år) : Viden om sundhed og forebyggelse. Sundhedsstyrelsen; 2023.

12 Bilag

12.1 Delstudie 1

12.1.1 Udvidet metodebeskrivelse

I Delstudie 1 er forskellene mellem grupperne analyseret ved at kontrollere for flere faktorer, herunder køn, alder, bopæl, årstal for sygdom, og uddannelsesniveau. Denne tilgang sikrer, at disse andre betydende faktorer ikke forvrænger de observerede forskelle. Analysemetoden anvender justerede proportioner, hvilket indebærer tilpasning af data til at afspejle en gennemsnitspopulation - en blandet gruppe bestående af både personer med psykiske lidelser og den generelle befolkning. Denne gennemsnitspopulation repræsenterer en standardfordeling af demografiske karakteristika for den samlede undersøgte gruppe. Det betyder, at det i det følgende er de justerede resultater der er rapporteret. Til de justerede resultater knytter der sig også et konfidensinterval (KI), der angiver den statistiske præcision af analyserne ved at definere et interval, hvor det sande resultat med 95 % sandsynlighed findes indenfor. Resultaterne baseret på justerede data, findes i rapportens resultatafsnit, og de resultaterne baseret på de ujusterede data findes under afsnit 12.1.2.

Eksponering

For både AKS- og lungekræftanalyserne er eksponeringen psykisk lidelse. Det defineres som psykisk lidelse versus ikke psykisk lidelse: Patienten er klassificeret som værende patient med psykisk lidelse, hvis de har haft mindst én diagnosticeret psykisk lidelse i perioden 1994 og frem til inklusionsdatoen. Analyse af den samlede gruppe af F-diagnoser samt følgende ti kategorier:

- F0: Organiske psykiske lidelser (F00-F09)
- F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer (F10-F19)
- F2: Skizofrenispektrum tilstande (F20-F29)
- F3: Affektive sindslidelser (F30-F39)
- F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande (F40-F48)
- F5: Adfærdssændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-59)
- F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen (F60-69)
- F7: Mental retardering (F70-79)
- F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser (F80-89)
- F9: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom (F90-98)

Patienter med flere forskellige psykiske lidelser optræder i flere analyser. Alle patienter med en psykisk lidelse er fjernet fra sammenligningsgruppen (referencegruppen).

12.1.1.1 AKS

Population

AKS populationen består af patienter der i perioden 2004-2020 første gang er blevet diagnosticeret med AKS defineret ud fra ICD-10 koderne I21* (Akut myokardieinfarkt) eller I20* (Ustabil angina pectoris). Data fra perioden 1994-2003 bruges til at sikre, at populationen ikke tidligere har været diagnosticeret med AKS.

Effektmål

1: Komorbiditet. Komorbiditet refererer til anden samtidig sygdom, det kan give en indikation af risikoen for at blive ramt af AKS, da for eksempel sygdomme som type 1 og type 2 diabetes, forhøjet blodtryk (hypertension), forhøjet kolesterol, stroke, perifer arteriesygdom og nyresygdom er forbundet med en højere risiko for udvikling af AKS [1]. Har man en eller flere af disse sygdomme er der således vigtigt, at man kommer i forebyggende medicin og at der er en skærpet opmærksomhed på risikoen for at udvikle AKS. CCI er et bredt anvendt værktøj, der vurderer en patients helbred ved at score tilstedeværelsen og alvoren af deres somatiske komorbiditet baseret på en lang række sygdomme. Scoren spænder fra lav (score på 0-1) (ingen/få komorbiditeter) til høj (score på 4+) (mange/alvorlige komorbiditeter).

Udover det samlede CCI, er de specifikke komorbiditeter som er undersøgt; **stroke** (ICD-10: I60*, I61*, I63*, eller I64*), **Hjertesvigt** (ICD-10: I11.0, I13.0, I13.2, I42.0, eller I50* og en recept på Loop-diuretika: Anatomisk terapeutisk kemisk klassifikation (ATC): C03C*), **Perifer arteriel sygdom** (ICD-10: I65* eller I70*), **Diabetes** (ICD-10: E10*, E11*, E12*, E13*, E14*, eller H360 og/eller indløste recepter på ATC: A10A eller A10B), **forhøjet blodtryk** (ICD-10: I10*, I11*, I12*, I13* eller I15* og/eller indløste recepter på mindst to klasser af ATC: α -blokkere C02A, C02B, C02C, Ikke-loop diuretika: C02DA, C02L, C03A, C03B, C03D, C03E, C03X, C07B, C07C, C07D, C08G, C09BA, C09DA, C09XA52, C02DB, C02DD, C02DG, C04; C05, β -Blokkere: C07, Calciumkanalblokkere: C08, C09BB, C09DB, eller midler med virkning på renin-angiotensin systemet: C09), og **abnormal nyrefunktion** (ICD-10: E102, E112, E132, E142, I12*, I13*, N03*, N04*, N05*, N07*, N08*, N11*, N14*, N158, N159, N16*, N18*, N19*, N26*, eller Q61*).

2: Præhospital indsats. Den præhospitale indsats blandt AKS patienterne er målt på to parametre, som samlet belyser hvordan patienterne organisatorisk er blevet håndteret i det præhospitale beredskab op til AKS-diagnosen. Disse inkluderer om patienten i forbindelse med henvendelse til det præhospitale beredskab, indenfor 7 dage før deres indlæggelse med AKS, har fået deres symptomer formelt vurderet og klassificeret i henhold til gældende nationale retningslinjer og hvorvidt patienter som har været i kontakt med det præhospitale beredskab indenfor 7 dage før deres indlæggelse med AKS, genhenvender sig indenfor 24 timer efter de er blevet afsluttet på skadestedet.

3: Medicinforbrug. Medicinforbruget undersøges via indløste recepter indenfor forskellige tidsrum, defineret som tre forskellige mål: forebyggende behandling indenfor 6 måneder før AKS-diagnosen; opstart af medicinsk behandling indenfor 30 dage efter AKS-diagnosen; og vedvarende brug af medicin et år efter AKS-diagnosen. Medicinsk forebyggelse refererer til medicinsk behandling, der gives til personer, der ikke har haft AKS, men som er i øget risiko for at udvikle det. For eksempel kan personer med højt blodtryk, højt kolesterol eller diabetes modtage primær medicinsk forebyggelse for at reducere deres risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdomme. Forbruget af forebyggende medicin er registreret ved, at der er indløst mindst én recept på de relevante præparater op til seks måneder før AKS-diagnosen. Disse præparater inkluderer blodpladehæmmeren (ASA) (ATC: B01AC06), kolesterol-sænkende (ATC: C10A), hjerterytmereregulerende (ATC: C07), blodtryks-sænkende (ATC: C09) og blodpladehæmmeren (ADP) (ATC: B01AC04, B01AC22, B01AC24).

4: Invasiv behandling. Denne omfatter ballonudvidelse med eller uden stentbehandling (procedurekode: KFNG00, KFNG02, KFNG02A, KFNG05, KFNG05A, KFNG10, KFNG12, KFNG20, KFNG22, KFNG30, KFNG40, KFNG96, eller KZFX01) og koronar bypassoperation (procedurekode: KFNA, KFNB, KFNC, KFND, KFNE, KFNF, KFNH, KFNJ, KFNG, eller KFNW).

5: Hjerterehabilitering. Hjerterehabilitering undersøges med mål for hvorvidt AKS-patienterne undersøges for relevansen af og modtager de indsatser, som anbefales efter at AKS-diagnosen er stillet, med henblik på at forbedre patientens fysiske og psykiske funktionsniveau.

Datagrundlag

Analyserne er baseret på data fra Landspatientregisteret, inklusiv LPR-Psykiatri, Lægemiddelstatistikregisteret, Uddannelsesregisteret og CPR-registeret. Herudover indgår data fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) fra Præhospitalsdatabasen og Hjerterehabiliteringsdatabasen. Analyserne er gennemført via Forskermaskinen hos Danmarks Statistik.

Statistik

Analysemetoden anvender justerede proportioner, hvilket indebærer tilpasning af data til at afspejle en gennemsnitspopulation - en blandet gruppe bestående af både personer med psykiske lidelser og den generelle befolkning. Denne gennemsnitspopulation repræsenterer en standardfordeling af demografiske karakteristika for den samlede undersøgte gruppe. Forskellene mellem grupperne analyseret ved at justere for køn, alder, årstal for diagnose, uddannelsesniveau, region (bopæl), om bopælsadressen er beliggende i by, provins eller opland. Til de justerede resultater knytter der sig også et konfidensinterval (KI), der angiver den statistiske præcision af analyserne ved at definere et interval, hvor det sande resultat med 95 % sandsynlighed findes indenfor.

Der er lavet subgruppeanalyser på de enkelte kapitler i ICD-10 systemet for F-diagnoser. En psykiatrisk patient indgår ikke i baggrundsbefolkningen for subgruppeanalyserne, og dermed er baggrundsbefolkningen den samme for alle analyser inden for hver af de somatiske diagnosekategorier.

Sensitivitetsanalyser

Der er for udfaldene komorbiditet, medicinbrug og invasive behandling foretaget analyser afgræsning af populationen til de patienter, hvor AKS er forårsaget af en blodprop i hjertet (ICD-10 koderne I21* (Akut myokardieinfarkt)), og en yderligere afgræsning til de patienter med blodprop i hjertet, der modtog ballonudvidelse med eller uden stentbehandling inden for et år efter AKS-diagnosen.

12.1.1.2 Lungekræft

Populationer

Population 1 (effekt mål 1): Alle med diagnosekode for lungekræft (ICD10 = DC33 (Kræft i luftrøret) + DC34 (Kræft i bronkier- og lunge)) i LPR i perioden 1. november 2012 til 31. december 2020.

Population 2 (effekt mål 2): Alle fra ovenstående population, der er i kræftpakkeforløb (Procedurekode: AFB26A).

Population 3 (effekt mål 3-5): Alle fra ovenstående population (lungekræftpatienter i pakkeforløb), frasat patienter hvor pakkeforløbet afsluttes inden behandling (procedurekode: AFB26X1, AFB26X2, AFB26X9)

Population 4 (effekt mål 6 og 7): Patienter registreret i Dødsårsagsregisteret i perioden 2004-2020 med diagnosekode for lungekræft som tilgrundliggende dødsårsag.

Effekt mål

1: Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL). KOL diagnoser inden for 10 år før lungekræftdiagnosen er opgjort, da dette er en særligt relevant komorbiditet, som kan overskygge symptomer på lungekræft og have indflydelse på behandlingsforløbet for patienterne (ICD-10: J44 eller J96 evt. I kombination med J13-18).2: Kræftstadiet. Kræftstadium I-IV på diagnostidspunktet er

klassificeret efter Union for International Cancer Controls tumor, lymfeknude og metastase (TNM)-klassifikation, Version 7 og 8. Kræftstadiet ved udredning er det afgørende for beslutninger angående behandling.

3: Pakkeforløb. Et pakkeforløb er et veltilrettelagt patientforløb med tids- og indholdsmæssigt fastlagte trin, der typisk følger et forud planlagt forløb. Kræftpakkeforløbene dækker hele processen fra begrundet mistanke om kræft til udredning, initial behandling og efterforløbet. Disse forløb har forbedret kræftbehandlingen i Danmark ved at skabe hurtigere og mere strukturerede forløb for patienterne. For patienter med mistanke om lungekræft antages det at være fordelagtigt at følge et kræftpakkeforløb (Procedurekode for start af pakkeforløb: AFB26A).

4: Afbrud kræftpakkeforløb. Under et kræftpakkeforløb kan det besluttes at afbryde forløbet af forskellige årsager, såsom afkræftet diagnose, patientens ønske om at afbryde udredningen eller behandlingen, eller vedvarende udeblivelse fra aftaler uden formelt at frabede sig udredning eller behandling (procedurekoder for; diagnostisk pakkeforløb slut, klinisk beslutning: AFA01X1 og diagnostisk pakkeforløb slut, patientens ønske: AFA01X2, diagnostisk pakkeforløb slut, anden årsag: AFB26X9).

5: Tilbudt behandling. Efter fuld udredning afholdes en multidisciplinær konference, hvor det besluttes, om patienten skal tilbydes behandling, herunder kirurgi, kemoterapi og strålebehandling. Der kan dog også træffes beslutning om ikke at tilbyde behandling på grund af patientens manglende evne til at tåle behandlingen (procedurekode for tilbudt behandling: AFB26C1*).

6: Behandlingstype. Der tilbydes tre forskellige behandlingsmodaliteter; medicinske behandling (kemoterapi, procedurekode AFB26F2), kirurgi (Procedurekode AFB26F1), samt strålebehandling (procedurekode AFB26F3). En patient kan godt modtage flere typer behandling.

7: Ventetid efter henvisning til kræftpakke: Tidsaspektet kan være afgørende i behandlingen af akutte sygdomme som lungekræft, og derfor udgør forløbstider en væsentlig del af konceptet bag pakkeforløbene. Forsinkelser i udredning og behandling kan skyldes patientens egne ønsker eller lægernes behov for yderligere konsultation med patienten. Forsinkelser kan også opstå på grund af uhenigtsmæssige omstændigheder såsom aflysninger fra hospitalets side. Ventetid opgøres i antal dage fra henvisning til hhv. diagnosedato og behandlingsopstart.

8: Hospitalsbehandling op til død. I slutningen af livet kan mange hospitalskontakter og intensiv behandling tolkes som livsforlængende indsatser, men også som unødvendig overbehandling, der tager tid fra patienten og deres pårørende. Overbehandling bliver her defineret som følgende op til 30 dage før død: To eller flere hospitalsindlæggelser, modtaget intensiv behandling, været i kontakt med en akutmodtagelse, samt død på hospital. Kemoterapi og kirurgi i terminalfasen kan medføre betydelige bivirkninger og begrænset symptomkontrol, mens strålebehandling kan være en mildere palliativ behandling, især mod smerter fra knoglemetastaser. Målene for hospitalsbehandling op til død inkluderer kemoterapi (procedurekode: BOHJ, BWHA, BWHB, BWHC, BOHE, BJCZ01, BJHE11 eller BJHE12), strålebehandling (procedurekode: BWGC, BWGE, BWGG, BWGJ, BNGC1, BNGD, BWHD eller WT) og kirurgi (procedurekode: KGD, KGE eller KGW; Eksklusion af følgende koder: KGEC, KGDA00, KGDA01, KGDA10, KGDA11, KGEA00, KGEA10, KGEB10 eller KGEB20) indenfor 14 dage før død, mere end én hospitalsindlæggelse, en eller flere indlæggelser på intensiv afdeling og et eller flere besøg på skadestuen indenfor 30 dage før død, ingen hospiceindlæggelser i året op til død, og død på hospitalet.

9: Specialiseret palliativ behandling: Patienter i terminalfasen har ofte brug for patientcentreret palliativ indsats, der fokuserer på lindring og livskvalitet. Specialiserede palliative indsatser (SPI) tilbydes af tværfaglige teams og kan involvere palliative plejeteams, afdelinger på hospitaler og hospicer. Tidlig adgang til palliativ indsats er forbundet med bedre livskvalitet og mindre brug af intensiv

behandling mod livets slutning. I analyserne er der differentieret mellem brug af hospice og anden SPI, da anden SPI ofte kan have et længevarende forløb end hospiceophold.

Datagrundlag

Analyserne er baseret på data fra Landspatientregisteret, inklusiv LPR-Psykiatri, Dødsårsagsregisteret, Uddannelsesregisteret og CPR-registeret. Herudover indgår data fra RKKP fra Lungecancer-databasen. Analyserne er gennemført via Forskermaskinen hos Danmarks Statistik.

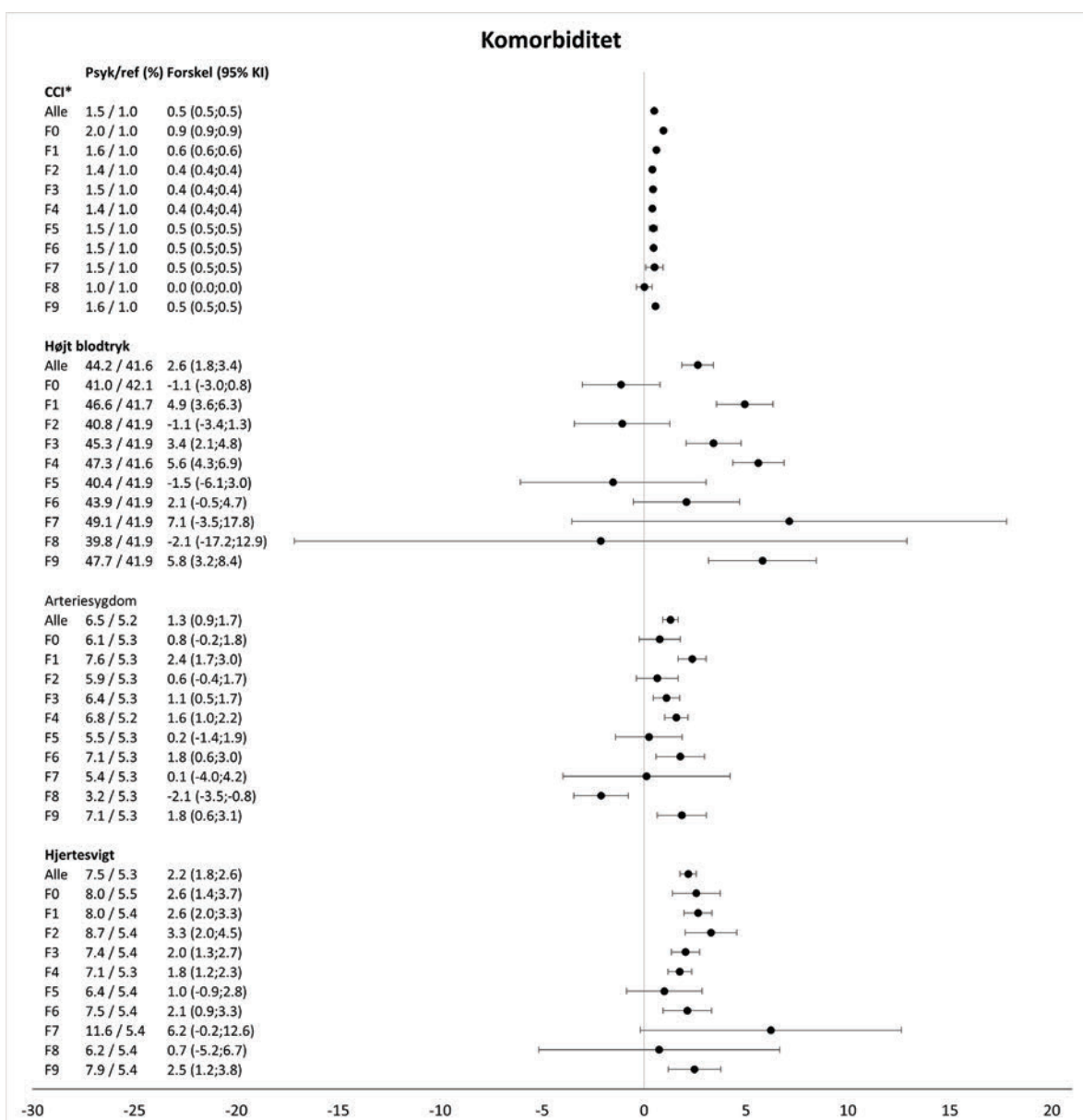
Statistik

Den anvendte statistik er den samme som for AKS patienterne i det ovenstående afsnit.

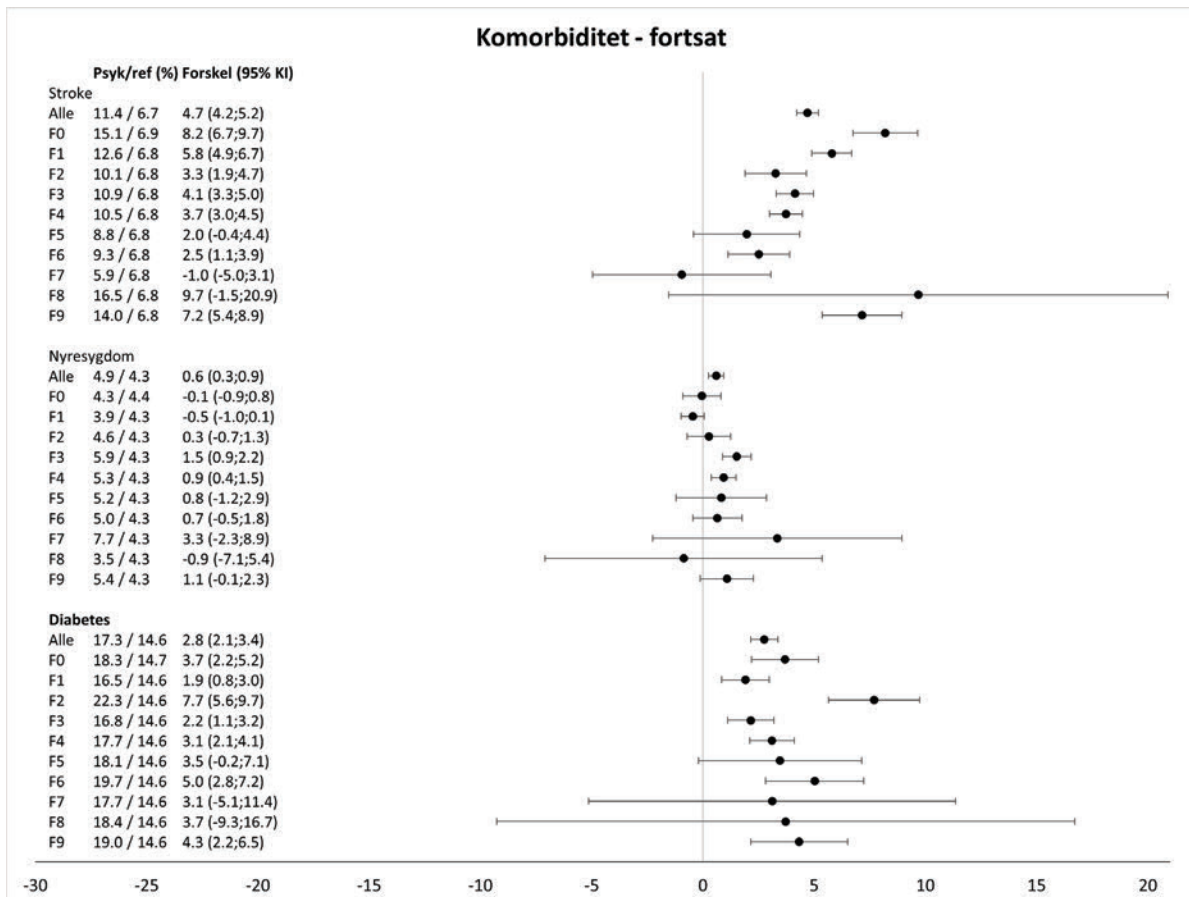
12.1.2 Udvidet resultat afsnit

12.1.2.1 AKS

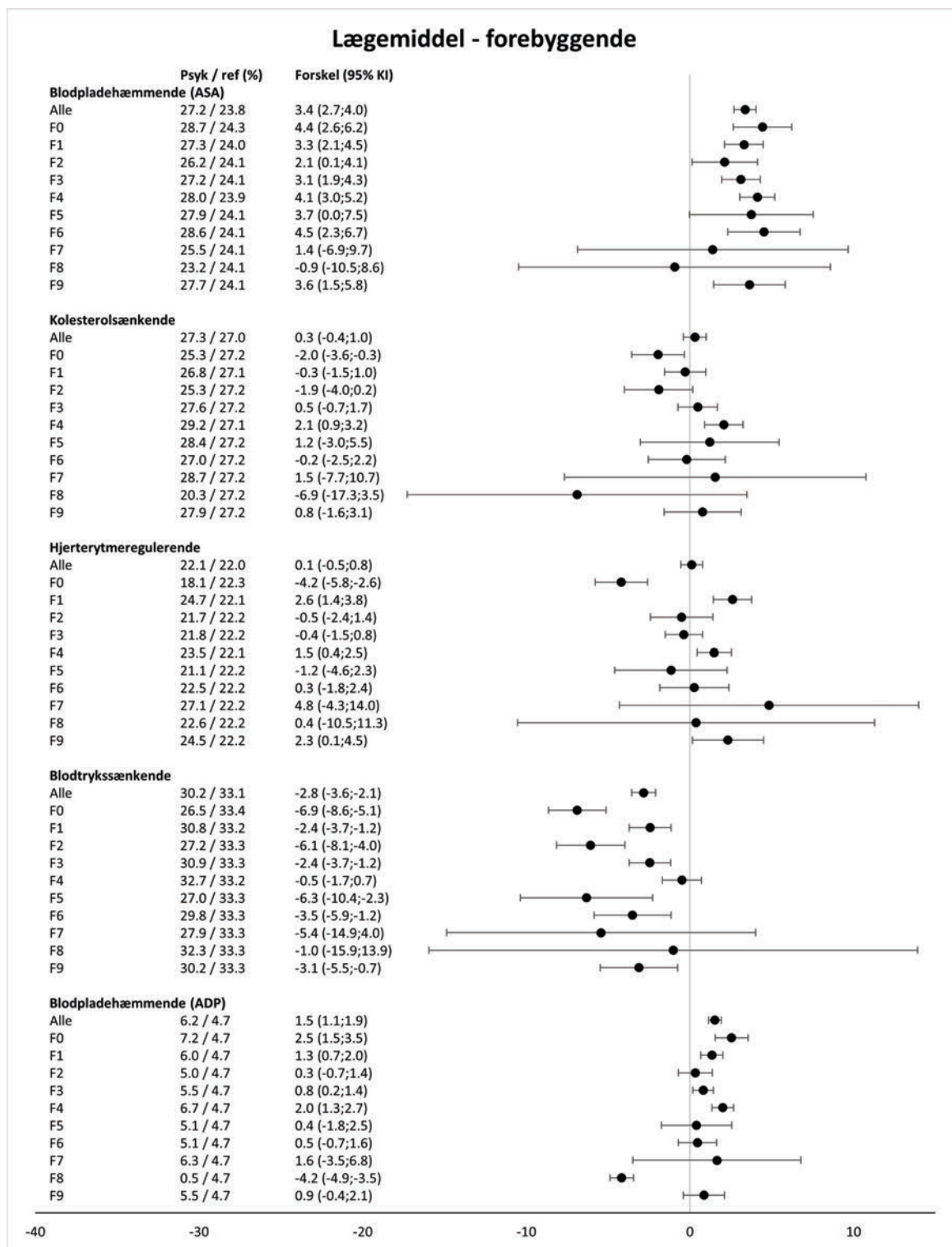
Figur 20 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der har flere samtidige sygdomme (komorbiditet) op til seks måneder før debut af akut koronart syndrom. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: Affektive sindslidelser, F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande, F5: Adfærsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen, F7: Mental retardering, F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser, F9: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. *Charlson Comorbidity Index Score. KI = konfidensinterval, Ref. = referencegruppe.



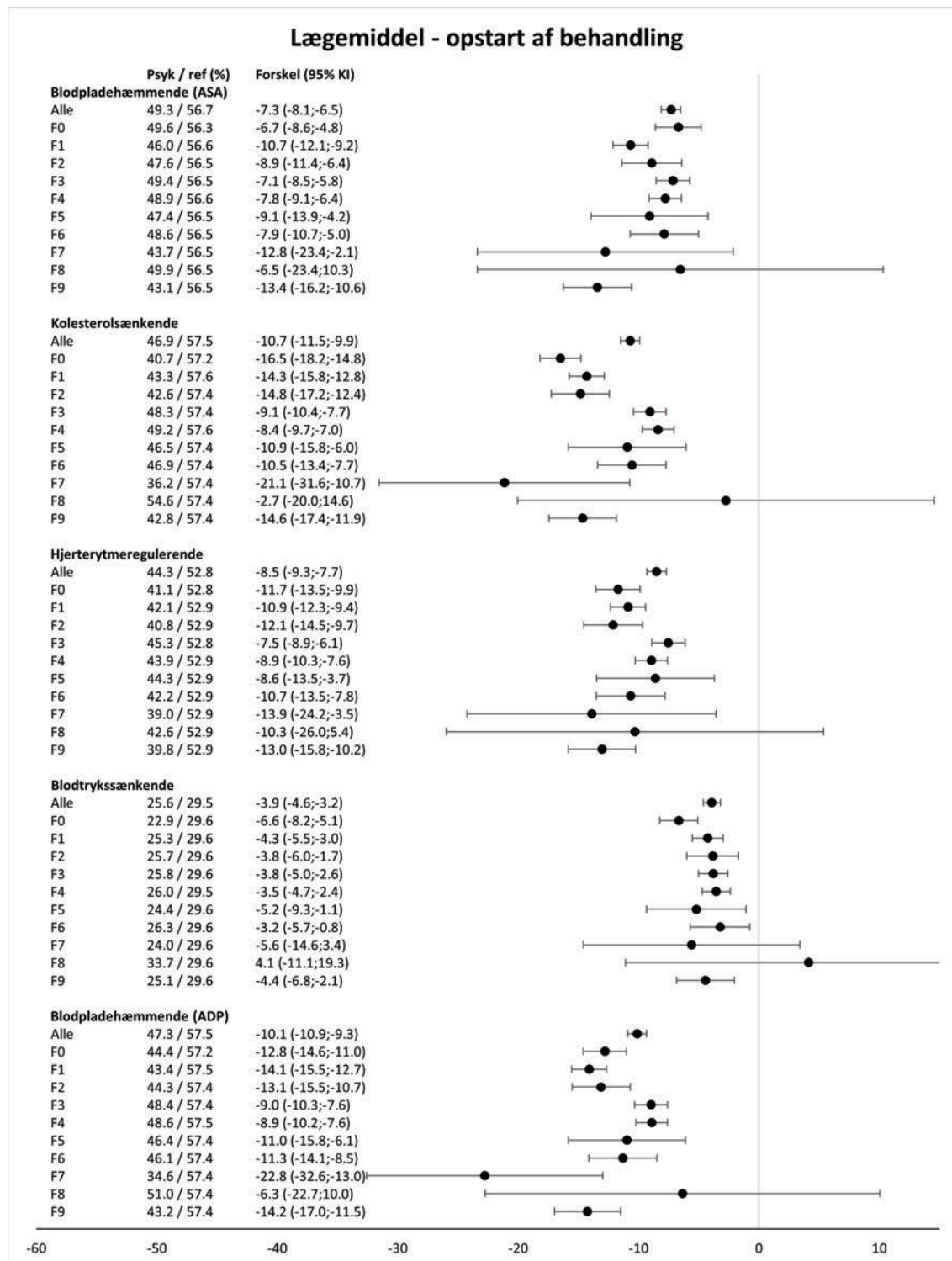
Figur 21 – (fortsat) Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der har flere samtidige sygdomme (komorbiditet) op til seks måneder før debut af akut koronart syndrom. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: 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: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/op-land/by. *Charlson Comorbidity Index Score. KI = konfidensinterval, Ref. = referencegruppe.



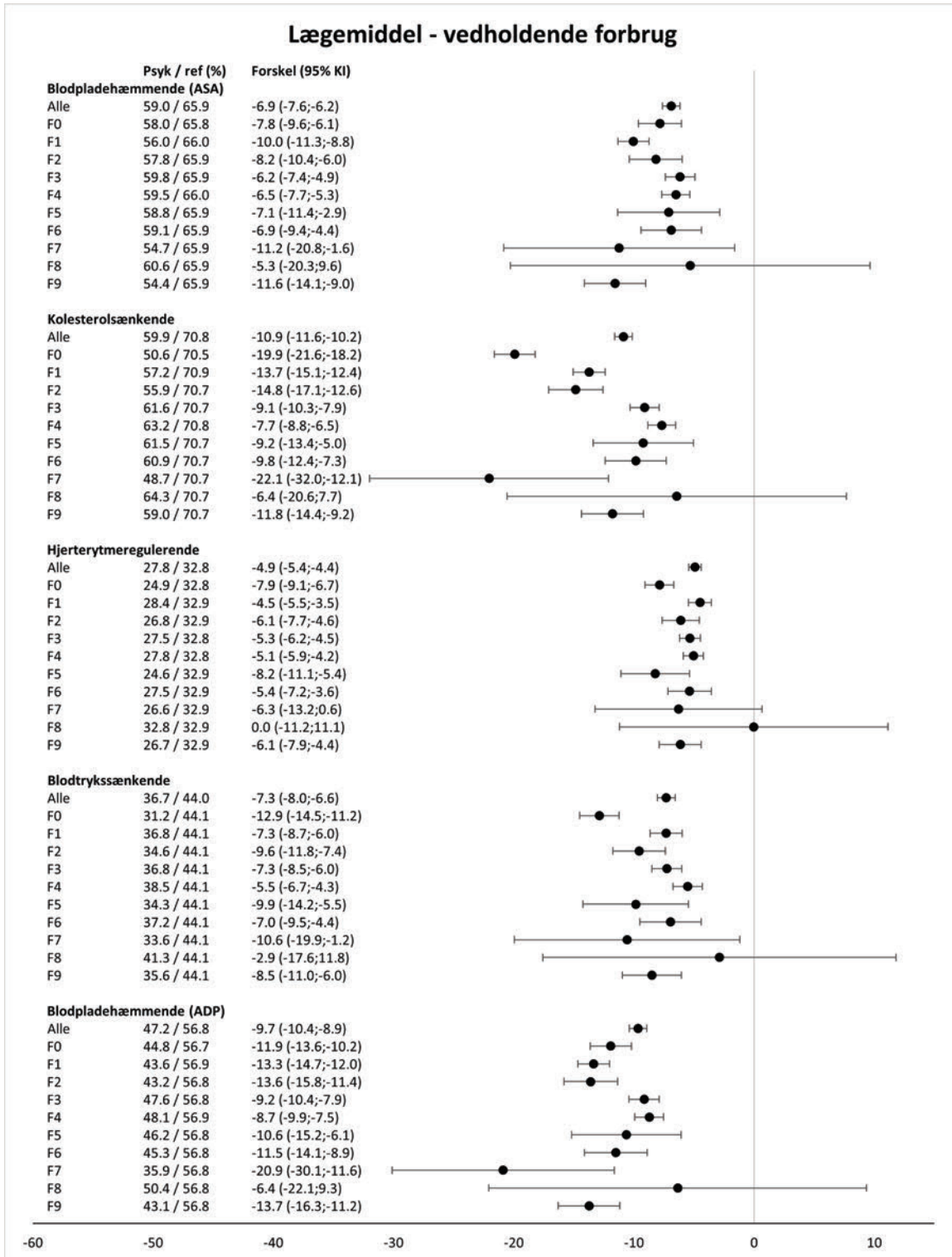
Figur 22 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der har forebyggende forbrug af medicin. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: Affektive sindslidelser, F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande, F5: Adfærdsmæssige ændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen, F7: Mental retardering, F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser, F9: Adfærdsmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe. ASA = acetylsalicylsyre, ADP = adenosindiphosphat.



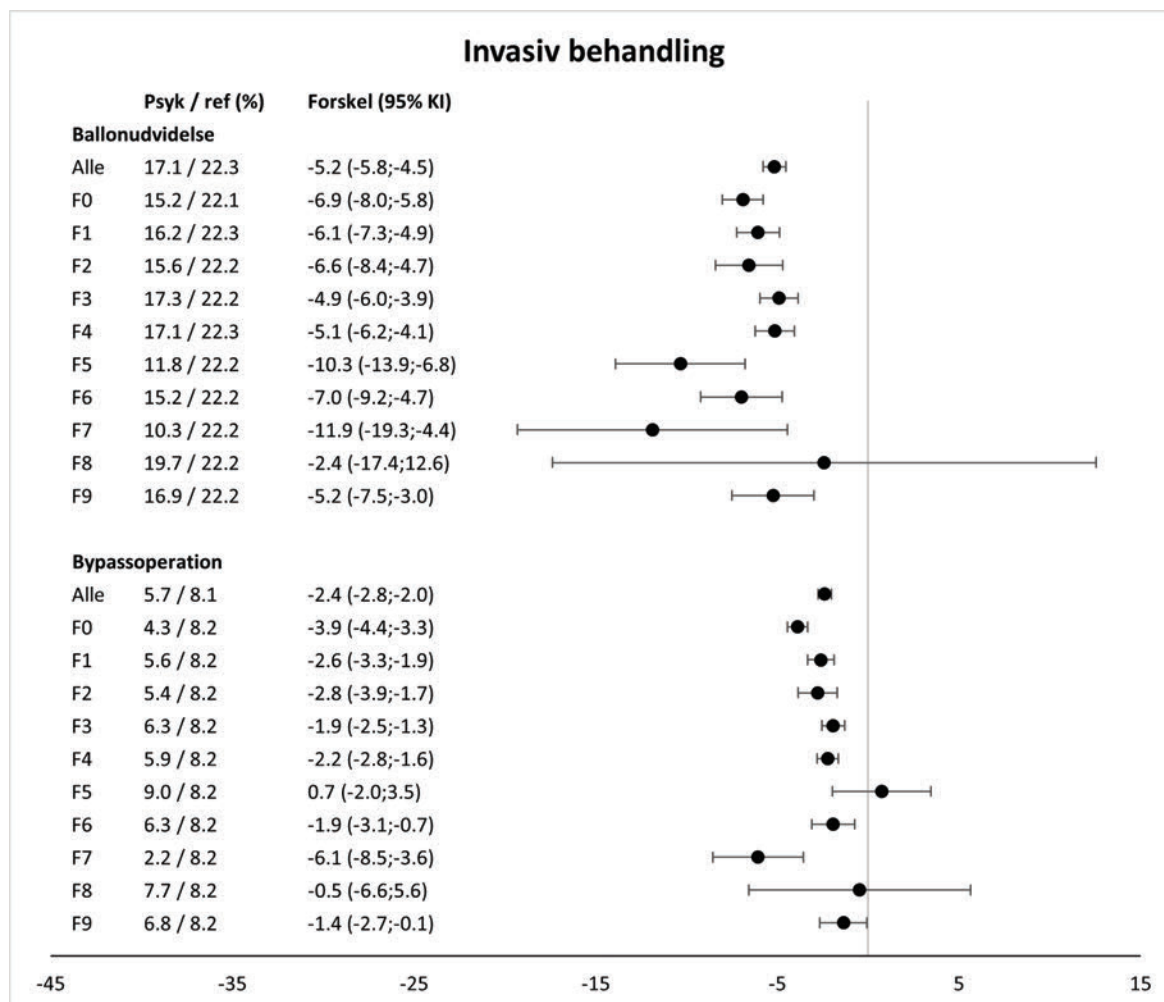
Figur 23 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der har opstartet medicinsk behandling. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: Affektive sindslidelser, F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande, F5: Adfærdsmændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen, F7: Mental retardering, F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser, F9: Adfærdsmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe. ASA = acetylsalicylsyre, ADP = adenosindiphosphat.



Figur 24 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der er i vedvarende medicinsk behandling. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: Affektive sindslidelser, F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande, F5: Adfærdsmæssige ændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen, F7: Mental retardering, F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser, F9: Adfærdsmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe. ASA = acetylsalicylsyre, ADP = adenosindiphosphat.



Figur 25 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der modtager invasiv behandling efter akut koronart syndrom. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: 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: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Ballonudvidelse omfatter med og uden stentbehandling. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe.



Ujusterede analyser

Tabel 6 – Ujusterede resultater for analyserne vedrørende komorbiditet op til diagnose af akut koronart syndrom. Forskel er angivet i procentpoint.

Variabel	Uden psykisk lidelse N= 150.138	Med psykisk lidelse N= 16.017	Forskel
Komorbiditet			
Charlson Comorbidity Index (gennemsnit)	1,0	1,4	0,4
Stroke	6,8 %	10,4 %	3,6
Arteriesygdom	5,3 %	5,6 %	0,2
Nyresygdom	4,3 %	4,6 %	0,2
Hjertesvigt	5,4 %	6,5 %	1,1
Diabetes	14,6 %	16,8 %	2,2
Højt blodtryk	42,0 %	40,6 %	-1,4

Tabel 7 – Ujusterede resultater for analyserne vedrørende kontakt til det præhospital beredskab op til diagnose af akut koronart syndrom. Forskel er angivet i procentpoint.

Variabel	Uden psykisk lidelse N= 2.713	Med psykisk lidelse N= 361	Forskel
Præhospital indsats			
Symptomer vurderet under 112-opkald	96,4 %	97,0 %	0,7
Genhenvendelse efter afslutning på skadestedet	5,8 %	97,0 %	-0,5

Tabel 8 Ujusterede resultater for analyserne vedrørende behandling af før, under og efter diagnosticering af akut koronart syndrom. Forskel er angivet i procentpoint. ASA= Acetylsalicylsyre, ADP = Adenosindiphosphat

Variabel	Uden psykisk lidelse N= 150.138	Med psykisk lidelse N= 16.017	Forskel
Lægemiddel forebyggende			
Blodpladehæmmende (ASA)	24,1 %	23,9 %	-0,3
Kolesterolsænkende	27,2 %	25,5 %	-1,7
Hjerterytmeregulerende	22,2 %	19,9 %	-2,3
Vanddrivende	33,4 %	27,8 %	-5,6
Blodpladehæmmende (ADP)	4,7 %	6,1 %	1,4
Lægemiddel opstart			
Blodpladehæmmende (ASA)	56,5 %	51,2 %	-5,2
Kolesterolsænkende	57,4 %	48,5 %	-8,9
Hjerterytmeregulerende	52,9 %	44,0 %	-8,9
Blodtryksænkende	29,6 %	24,5 %	-5,1
Blodpladehæmmende (ADP)	57,4 %	48,2 %	-9,2
Lægemiddel vedvarende			
Blodpladehæmmende (ASA)	65,9 %	59,0 %	-7,0
Kolesterolsænkende	70,7 %	60,6 %	-10,2
Hjerterytmeregulerende	32,9 %	26,8 %	-6,0
Blodtryksænkende	44,2 %	35,2 %	-9,0
Blodpladehæmmende (ADP)	56,8 %	47,6 %	-9,2
Invasiv behandling			
Ballonudvidelse med eller uden stenbehandling	22,2 %	18,3 %	-3,9
Bypassoperation	8,2 %	4,9 %	-3,3

Tabel 9 – Ujusterede resultater for analyserne vedrørende rehabilitering efter diagnosticering af akut koronart syndrom. Forskel er angivet i procentpoint.

Variabel	Uden psykisk lidelse N= 10.870	Med psykisk lidelse N= 1.039	Forskel
Rehabilitering			
Ambulant kontakt inden 2 uger	26,2%	24,4%	-1,9
Opstart af fysisk træning	27,3%	20,4%	-6,9
Gennemført ≥ 75 % af fysisk træning	92,0%	85,6%	-6,3
Stigning i arbejdskapacitet ≥ 10 %	70,1%	69,4%	-0,6
Målt arbejdskapacitet ved start og slut	92,7%	93,1%	0,5
Rygestop	44,7%	26,2%	-18,4
Screening for kostintervention	40,0%	40,5%	0,5
Behandling ved klinisk diætist	76,25%	80,4%	4,2
Screenet for depression	67,3%	64,7%	-2,6
Blodpladehæmmende medicin	97,8%	96,7%	-1,0
Kolesterolsænkende medicin	95,2%	92,8%	-2,4

Resultater for patienter med blodprop i hjertet

Beskrivelse af patientpopulationerne til analyse patienter med blodprop i hjertet

Tabel 10 – Patientpopulationen med akut koronart syndrom (AKS) forårsaget af blodprop i hjertet. Inkluderer alle der er diagnosticeret med blodprop i hjertet første gang i perioden 2004-2020. Bemærk at den samme patient kan have flere psykiatriske diagnoser, hvorfor summen af psykiatriske diagnoser overstiger antallet i gruppen "Alle med mindst én psykisk lidelse".

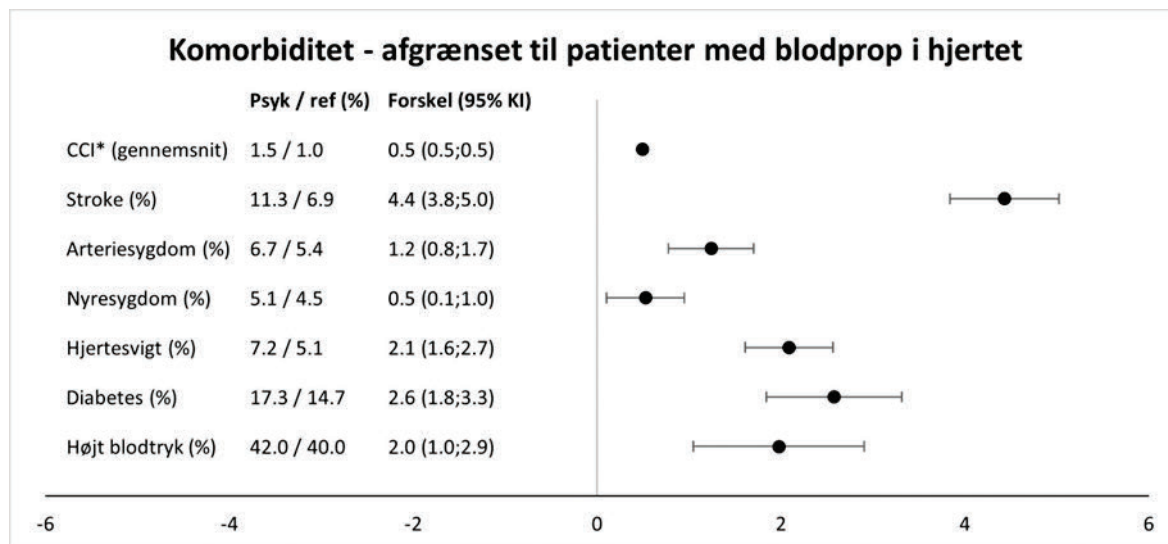
Population:	Antal	Andel af AKS population	Andel mænd	Alder ved diagnose (median)
Uden psykisk lidelse	107.868	71,8 %	63,5 %	70
Alle med mindst én psykisk lidelse	10.974	68,5 %	57,5 %	65
F0: Organiske psykiske lidelser	2.183	80,9 %	48,2 %	82
F1: Psykiske lidelser forårsaget af alkohol eller stoffer	2.990	65,7 %	74,4 %	60
F2: Skizofrenispektrum tilstande	1.052	68,0 %	59,0 %	61
F3: Affektive sindslidelser	3.390	67,5 %	50,5 %	67
F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande	3.445	62,3 %	54,7 %	59
F5: Adfærdændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser	234	60,2 %	64,5 %	58
F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen	706	61,5 %	51,7 %	55
F7: Mental retardering	50	60,2 %	60,0 %	59
F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser	25	80,6 %	84,0 %	50
F9: Adfærd- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom	777	65,1 %	61,3 %	57

Tabel 11 – Patientpopulationen med akut koronart syndrom (AKS) forårsaget af blodprop i hjertet og efterfølgende ballonudvidelse med eller uden stentbehandling. Inkluderer alle der er diagnosticeret med blodprop i hjertet første gang i perioden 2004-2020. Bemærk at den samme patient kan have flere psykiatriske diagnoser, hvorfor summen af psykiatriske diagnoser overstiger antallet i gruppen "Alle med mindst én psykisk lidelse".

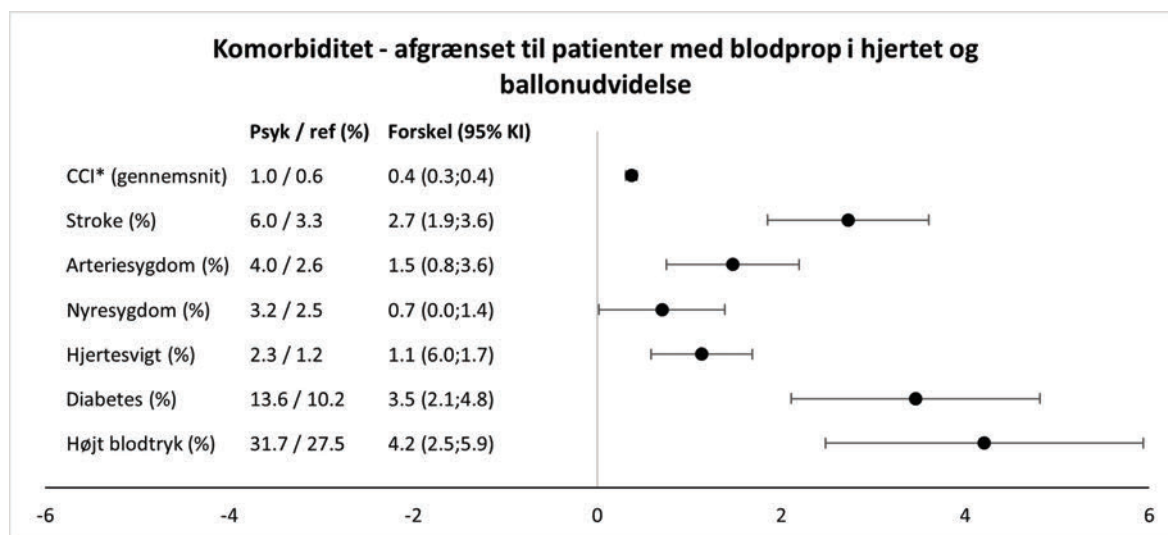
Population:	Antal	Andel af AKS population	Andel mænd	Alder ved diagnose (median)
Uden psykisk lidelse	30.282	20,2 %	73,7 %	64
Alle med mindst én psykisk lidelse	2.684	16,8 %	70,2 %	57
F0: Organiske psykiske lidelser	243	9,0 %	65,4 %	73
F1: Psykiske lidelser forårsaget af alkohol eller stoffer	848	18,6 %	82,8 %	56
F2: Skizofrenispektrum tilstande	248	16,0 %	75,8 %	54
F3: Affektive sindslidelser	812	16,2 %	64,4 %	60
F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande	1.026	18,6 %	64,5 %	55
F5: Adfærdssændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser	56	14,4 %	73,2 %	58
F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen	200	17,4 %	63,0 %	52
F7: Mental retardering	7	8,4 %	100,0 %	59
F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser	8	25,8 %	87,5 %	55
F9: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom	221	18,5 %	73,3 %	51

Resultater for patienter med blodprop i hjertet

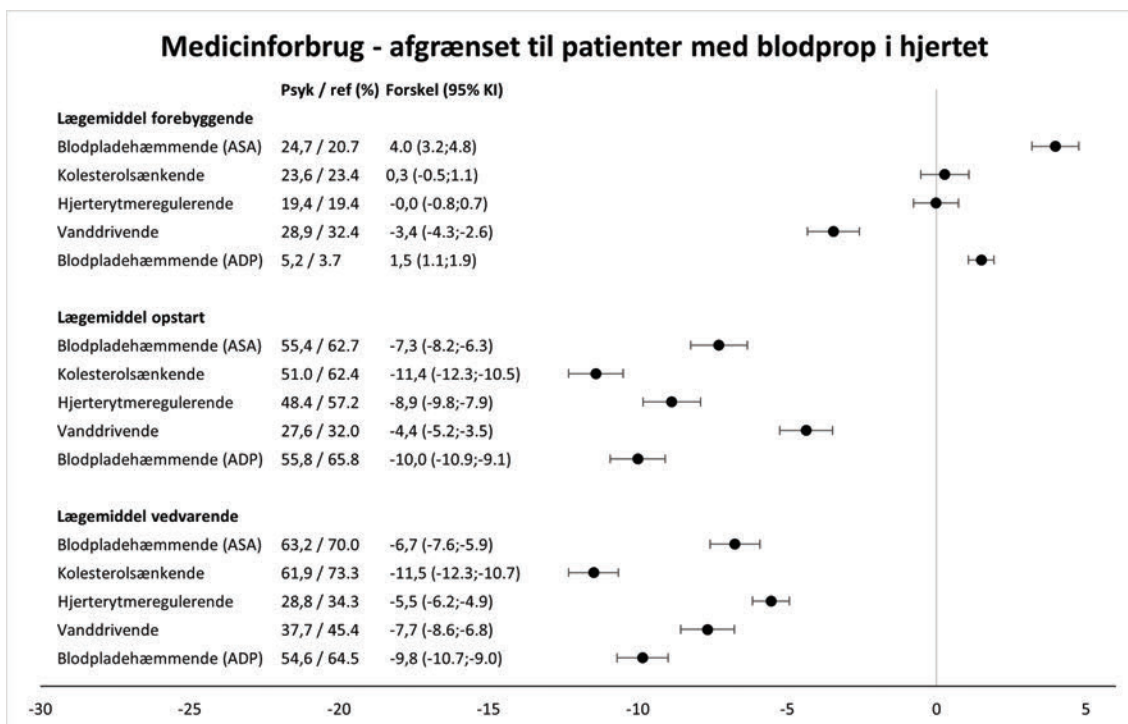
Figur 26 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der har flere samtidige sygdomme (komorbiditet) op til seks måneder før debut med blodprop i hjertet. Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. *Charlson Comorbidity Index Score. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe.



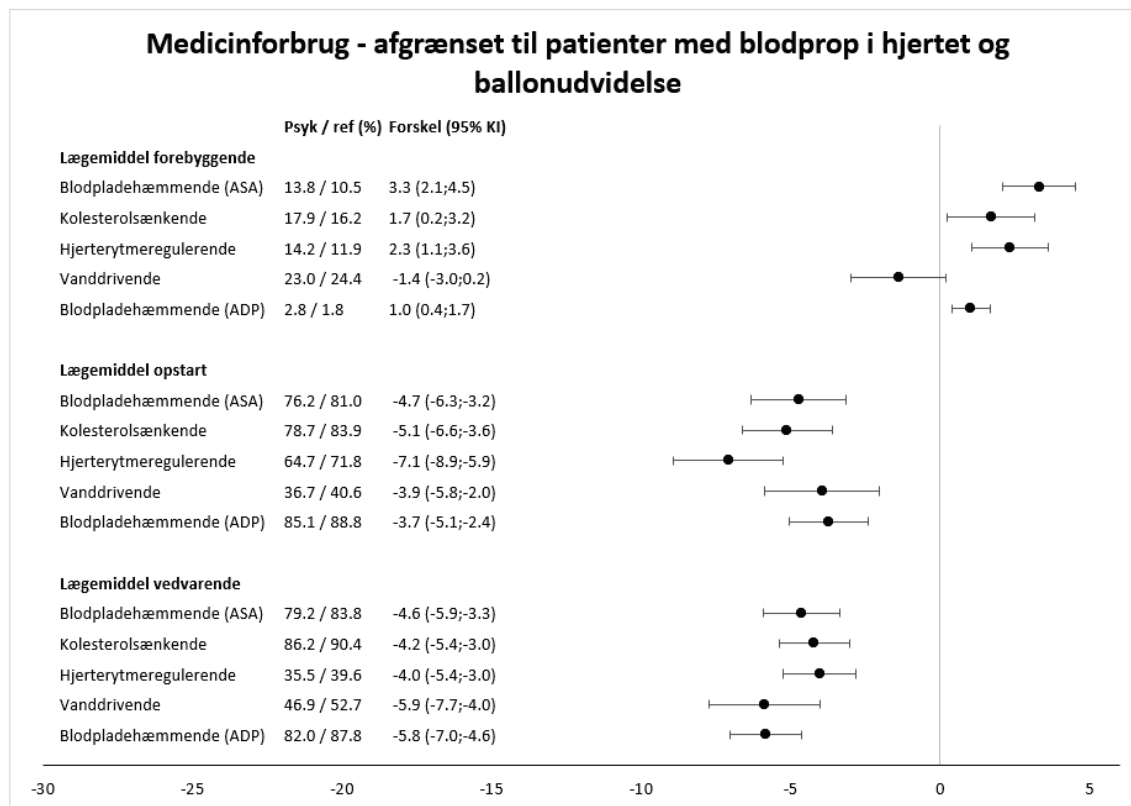
Figur 27 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der har flere samtidige sygdomme (komorbiditet) op til seks måneder før debut med blodprop i hjertet med efterfølgende ballonudvidelse med eller uden stentbehandling (PCI). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. *Charlson Comorbidity Index Score. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe.



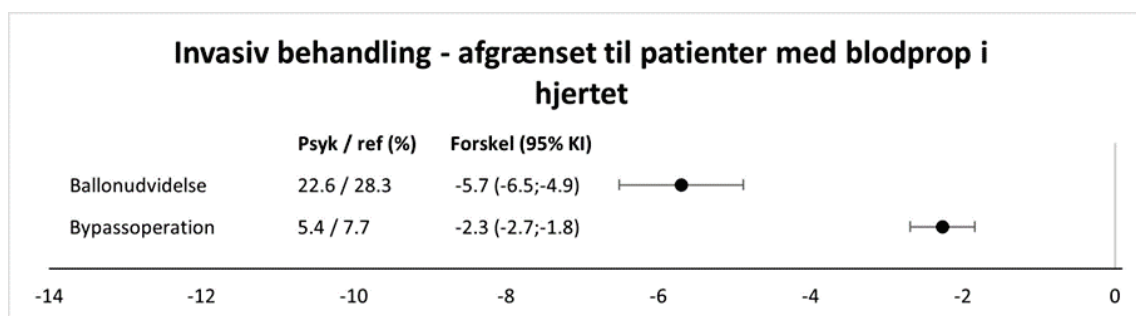
Figur 28 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med blodprop i hjertet med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der har hhv. forebyggende, opstart og vedvarende forbrug af medicin blandt patienter med blodprop i hjertet. Estimaterne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe, ASA = acetylsalisylsyre, ADP = adenosindiphosphat.



Figur 29 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med blodprop i hjertet og ballonudvidelse (PCI) med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der har hhv. forebyggende, opstart og vedvarende forbrug af medicin blandt patienter med blodprop i hjertet med efterfølgende ballonudvidelse. Ballonudvidelse omfatter med og uden stentbehandling. Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe. ASA = acetylsalisylsyre, ADP = adenosindiphosphat.



Figur 30 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der modtager invasive behandling efter en blodprop i hjertet. Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Ballonudvidelse omfatter med og uden stentbehandling. KI = konfidensinterval, Ref. = referencegruppe.

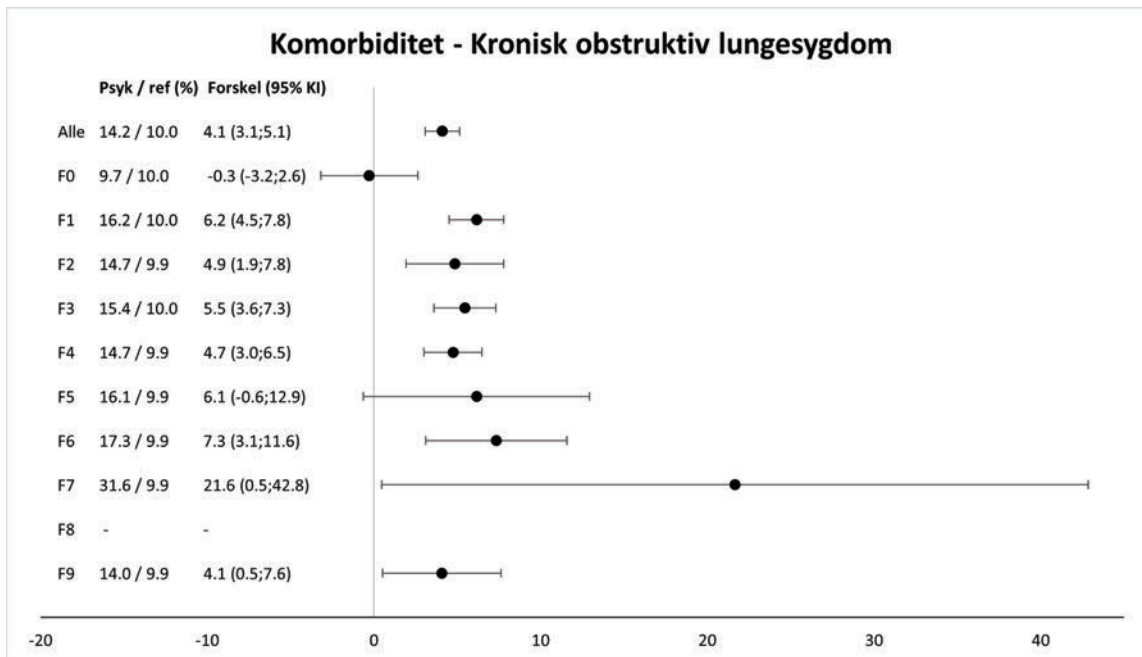


Figur 31– Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der modtager invasive behandling efter en blodprop i hjertet og ballonudvidelse (PCI). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Ballonudvidelse omfatter med og uden stentbehandling. KI = konfidensinterval, Ref. = referencegruppe.

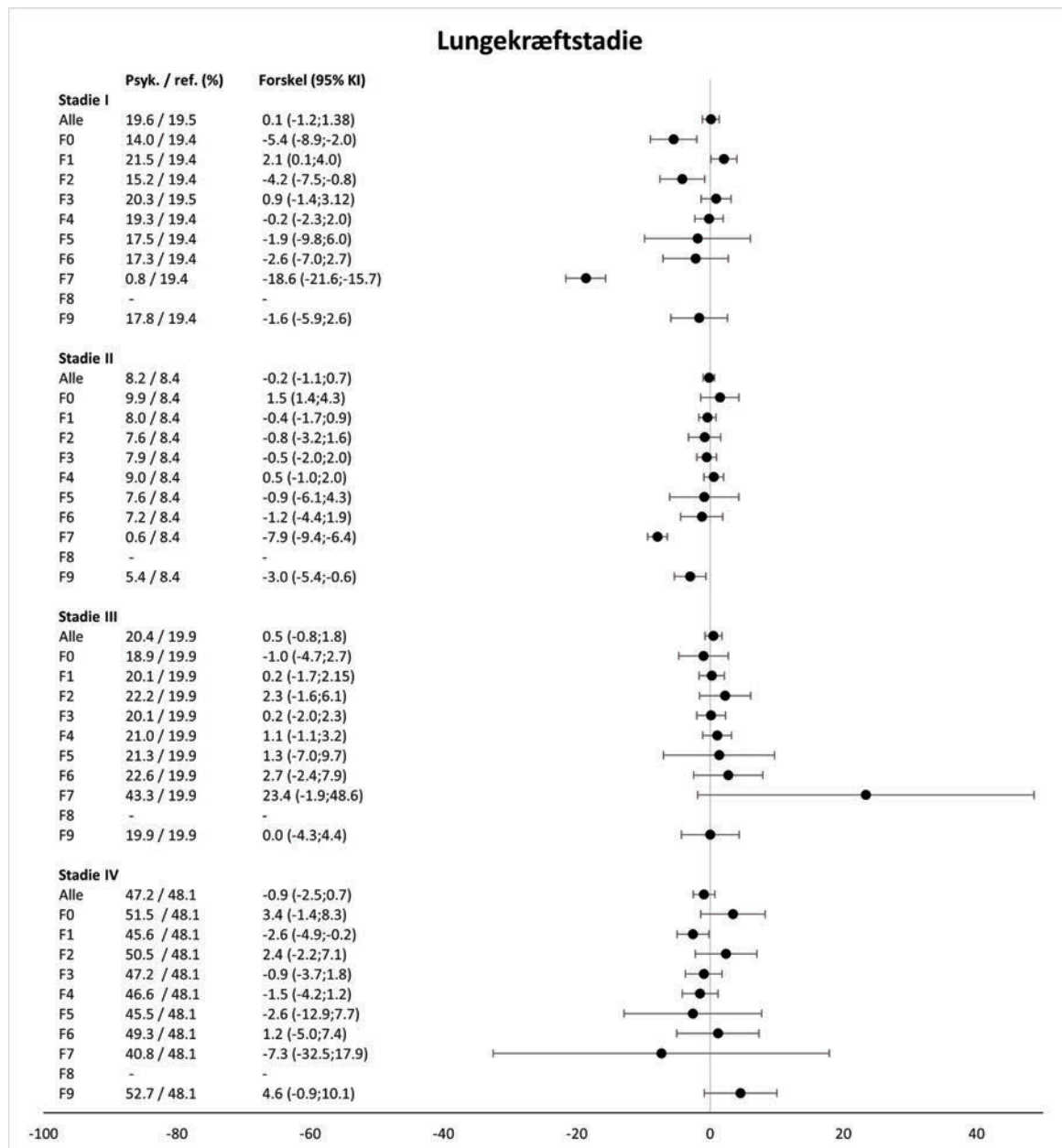


12.1.2.2 Lungekræft

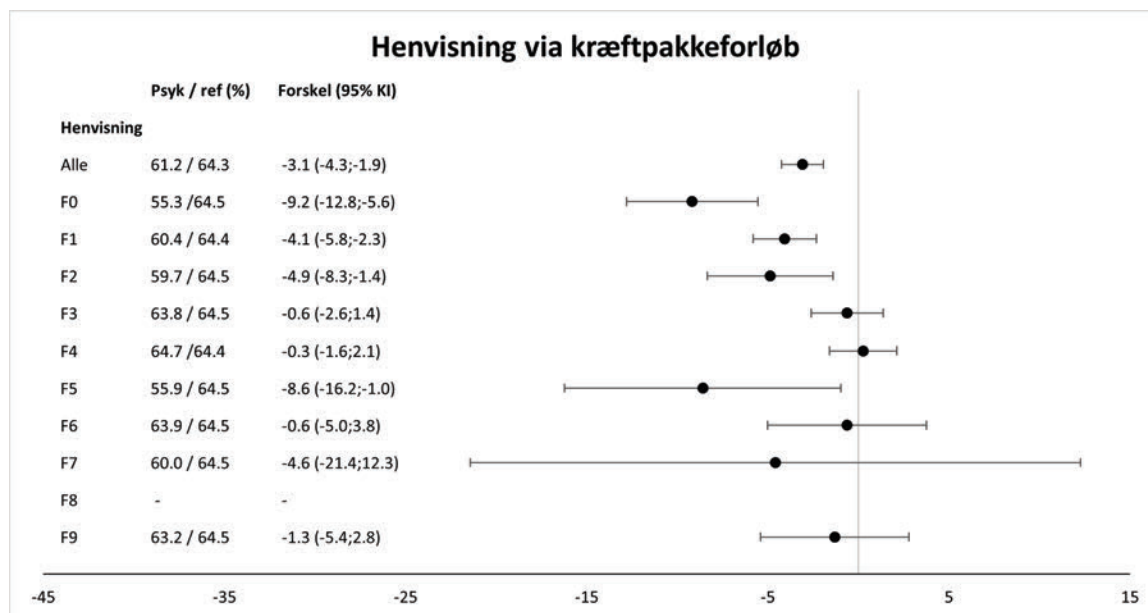
Figur 32 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der har en registreret hospitalsdiagnose for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) indenfor de seneste 10 år før deres lungekræftdiagnose. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: Affektive sindslidelser, F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande, F5: Adfærdændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen, F7: Mental retardering, F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser, F9: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Det har ikke været muligt at opgøre resultater på F8 kategorien, grundet meget små tal i gruppen. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe.



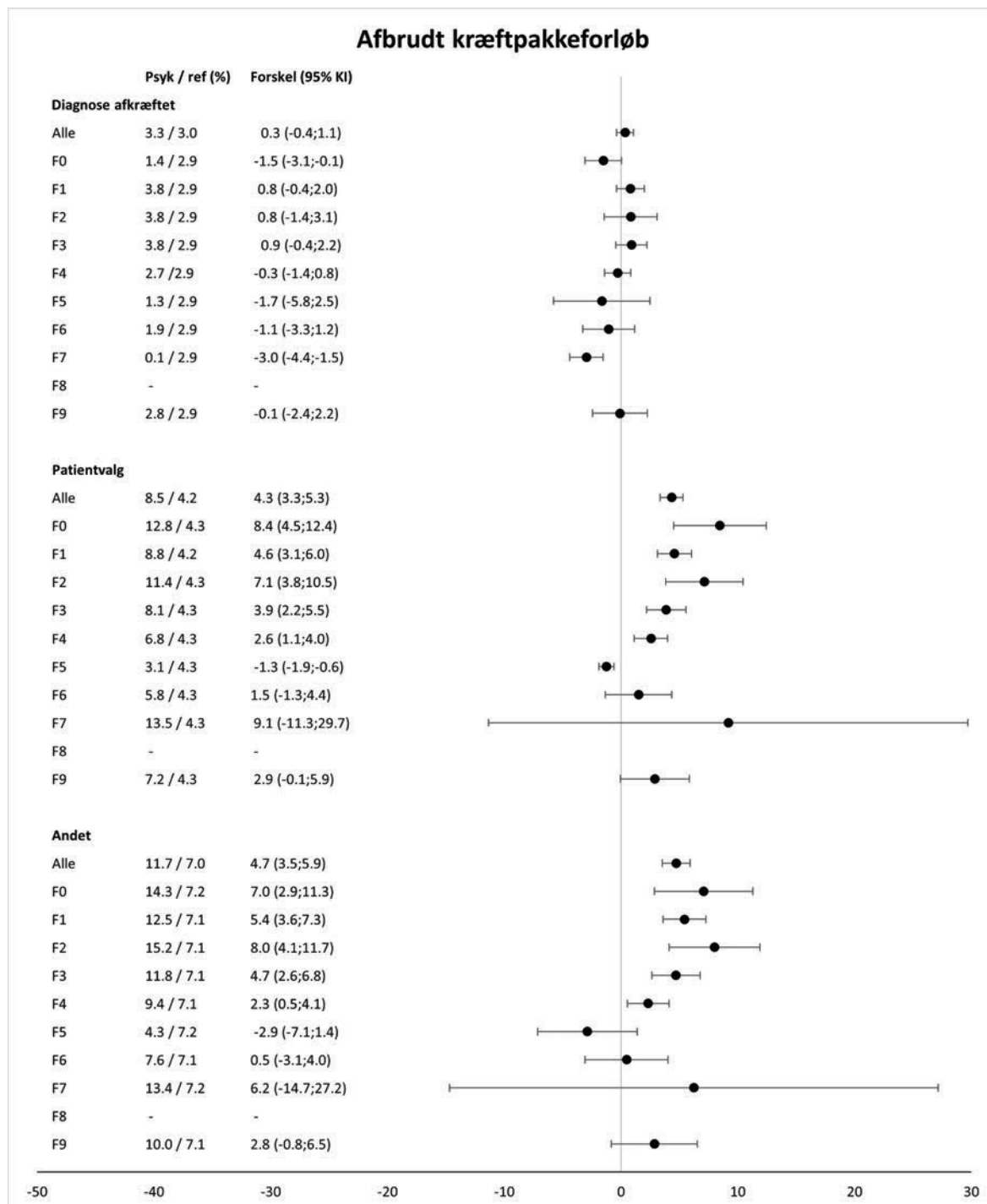
Figur 33 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppen), som har kræftstadiet I-IV ved lungekræftdiagnosen. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: Affektive sindslidelser, F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande, F5: Adfærdændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen, F7: Mental retardering, F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser, F9: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Det har ikke været muligt at opgøre resultater på F8 kategorien, grundet meget små tal i gruppen. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe.



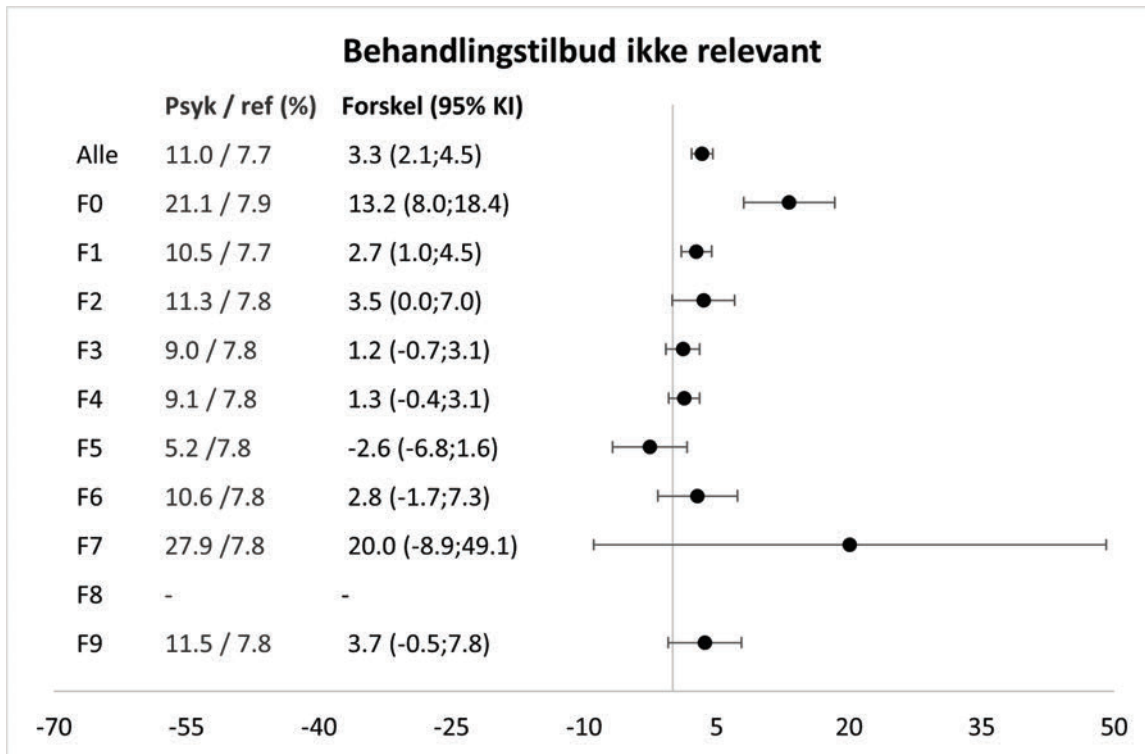
Figur 34 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencgruppe), der henvises via et kræftpakkeforløb. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: Affektive sindslidelser, F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande, F5: Adfærdændringer 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). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Det har ikke været muligt at opgøre resultater på F8 kategorien, grundet meget små tal i gruppen. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe.



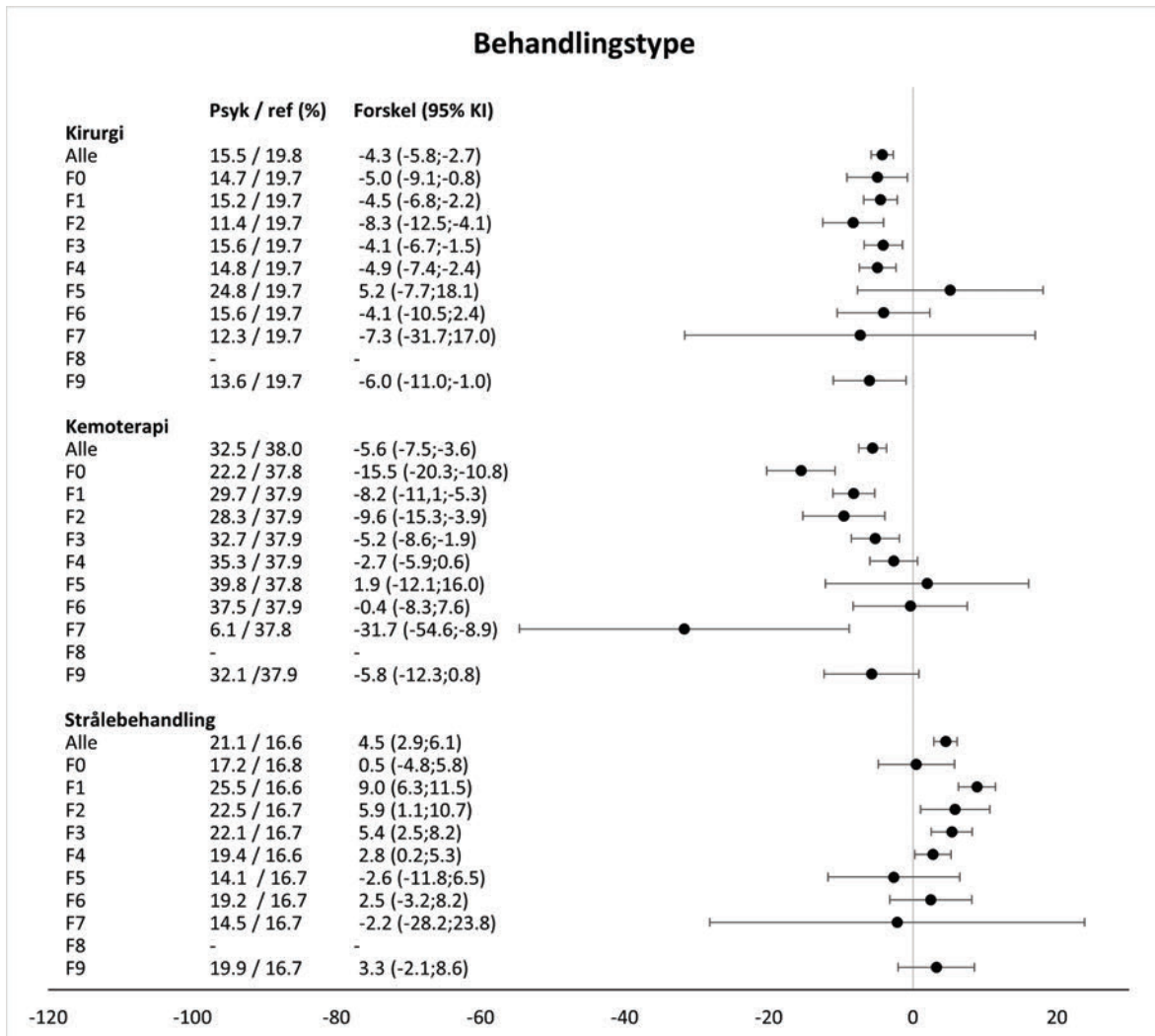
Figur 35 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), hvis kræftpakkeforløb afbrydes inden behandling enten fordi diagnosen afkræftes, på grund af patientønske, eller "andet", der primært dækker over vedbleven udeblivelse uden formelt at have frabedt sig udredning eller behandling. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: Affektive sindslidelser, F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande, F5: Adfærdændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen, F7: Mental retardering, F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser, F9: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Det har ikke været muligt at opgøre resultater på F8 kategorien, grundet meget små tal i gruppen. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe.



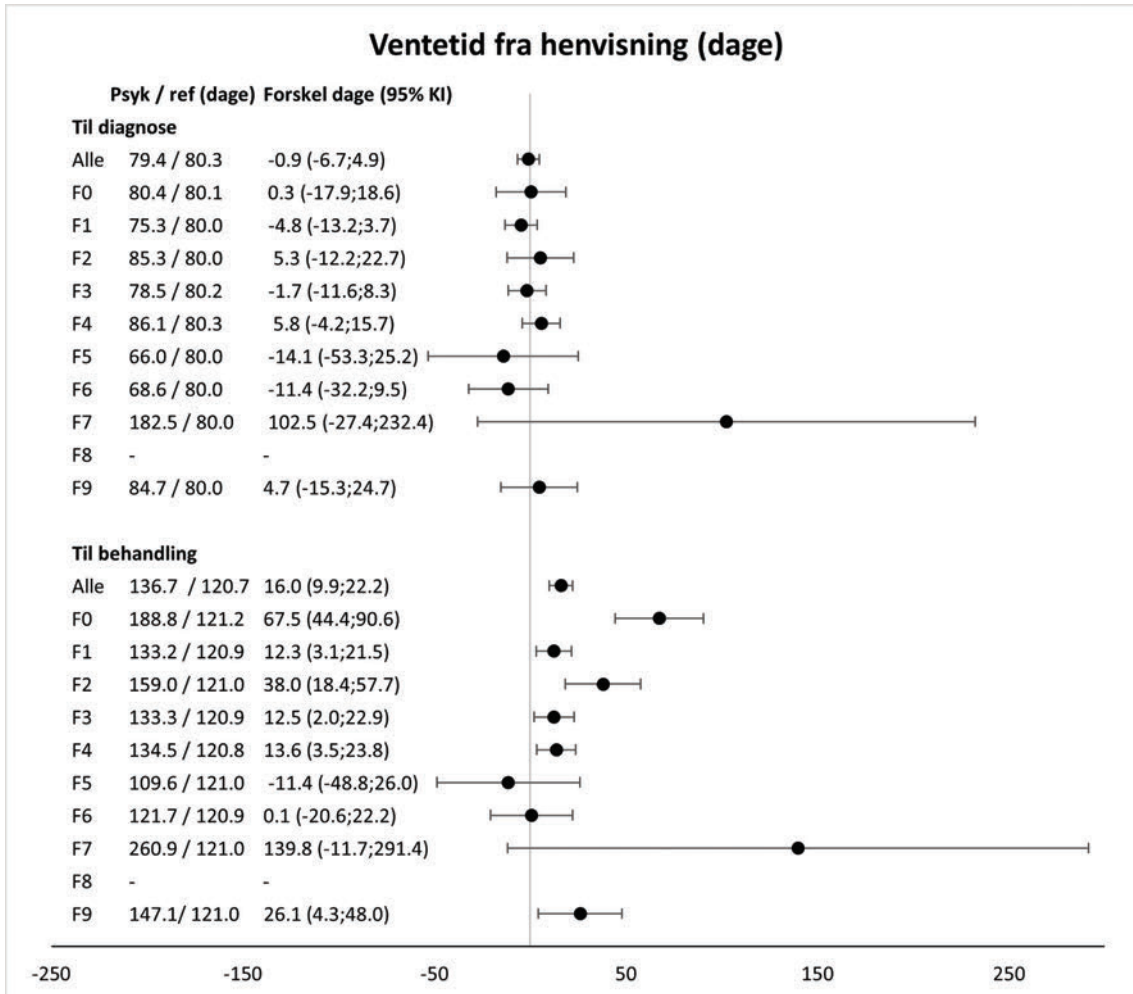
Figur 36 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), for hvem der ikke gives et behandlingstilbud. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: 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: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Det har ikke været muligt at opgøre resultater på F8 kategorien, grundet meget små tal i gruppen. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe.



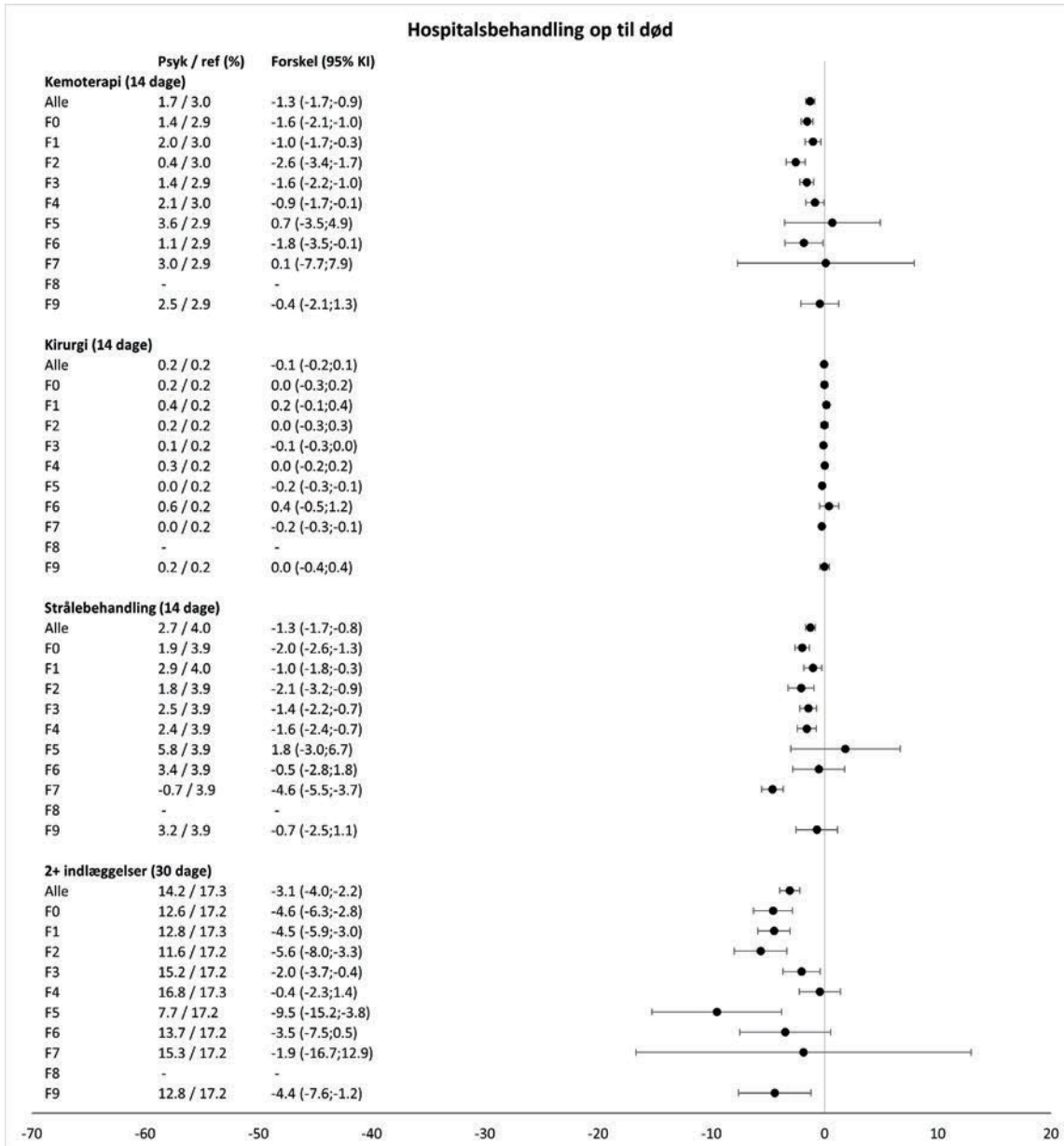
Figur 37 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der får forskellige behandlingstyper. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: Affektive sindslidelser, F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande, F5: Adfærdændringer 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). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Det har ikke været muligt at opgøre resultater på F8 kategorien, grundet meget små tal i gruppen. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe.



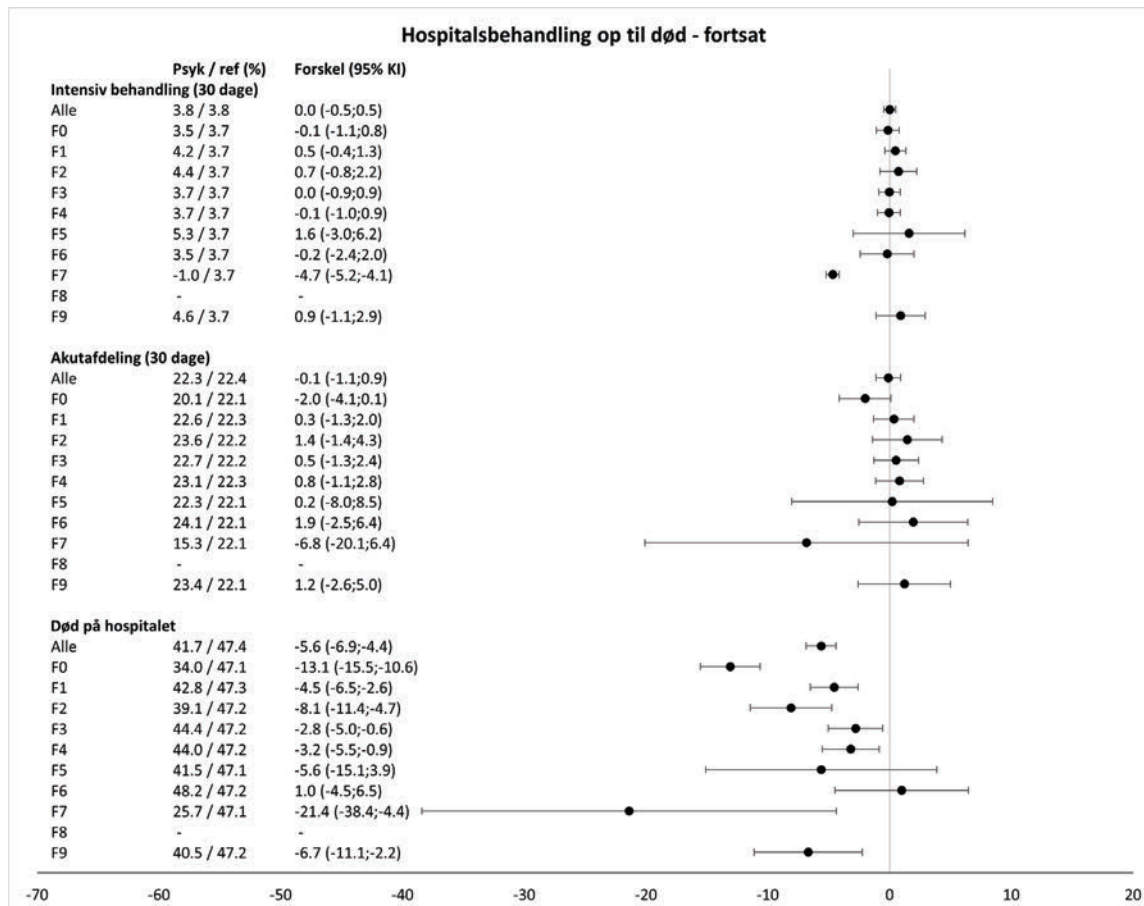
Figur 38 – Forskelle (gennemsnit angivet i dage) i ventetid fra henvisning til henholdsvis diagnose og behandling mellem patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe) Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: 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: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Det har ikke været muligt at opgøre resultater på F8 kategorien, grundet meget små tal i gruppen. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe.



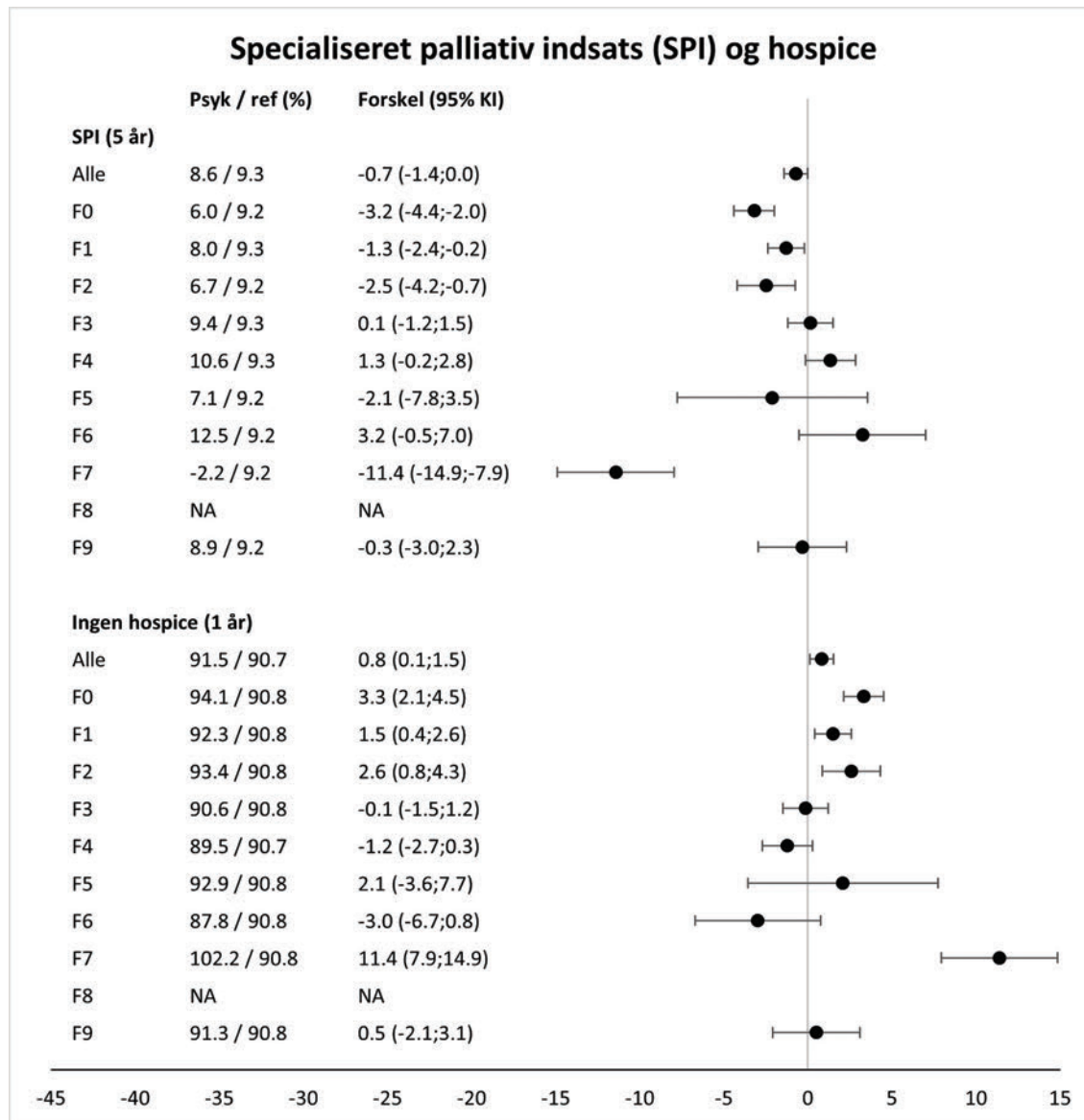
Figur 39 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der får hospitalsbehandling kort op til død. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: Affektive sindslidelser, F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande, F5: Adfærdsmæssige ændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen, F7: Mental retardering, F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser, F9: Adfærdsmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom). Tallene i parentes er perioden op til død. Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Det har ikke været muligt at opgøre resultater på F8 kategorien, grundet meget små tal i gruppen. KI = konfidensinterval, Ref. = referencegruppe.



Figur 40 – (fortsat) Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der får hospitalsbehandling kort op til død. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: 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). Tallene i parentes er perioden op til død. Estimatene er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Det har ikke været muligt at opgøre resultater på F8 kategorien, grundet meget små tal i gruppen. KI = konfidensinterval, Ref. = referencegruppe.



Figur 41 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der modtager specialiseret palliativ indsats under indlæggelse, ambulant eller i eget hjem samt forskelle i hospiceophold. Tallene i parentes er perioden op til død. Fordelt på psykiatriske diagnosegrupper (F0: Organiske psykiske lidelser, F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F2: Skizofrenispektrum tilstande, F3: Affektive sindslidelser, F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande, F5: Adfærdændringer 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). Estimerne er justeret for køn, årstal for diagnose, alder, uddannelse, region samt provins/opland/by. Det har ikke været muligt at opgøre resultater på F8 kategorien, grundet meget små tal i gruppen. KI = konfidensinterval, ref. = referencegruppe.



Ujusterede analyser

Tabel 12 – Ujusterede resultater for lungekræftanalyserne på kræftstadiet fra Dansk lungecancerregister. Forskel er angivet i procentpoint.

Variabel	Uden psykisk lidelse N= 33.485	Med psykisk lidelse N= 4.243	Forskel
Kræftstadiet			
Stadie I	19,4 %	20,3 %	0,8
Stadie II	8,4 %	7,9 %	-0,5
Stadie III	19,9 %	20,1 %	0,2
Stadie IV	48,1 %	47,2 %	-0,9

Tabel 13 – Ujusterede resultater for lungekræftanalyserne. Forskel er angivet i procentpoint.

Variabel	Uden psykisk lidelse N= 36.629	Med psykisk lidelse N= 4.795	Forskel
Komorbiditet			
Kronisk Obstruktiv Lungesygdom	9,9 %	15,1 %	5,2
Henvisning			
Henvisning via kræftpakke	64,5 %	59,5 %	-5,0
Afbrudte kræftpakkeforløb			
Diagnose afkræftet	2,9 %	3,6 %	0,7
Patientvalg	4,3 %	7,1 %	2,8
Andet	7,2 %	10,7 %	3,5
Behandlingstilbud			
Får ikke behandlingstilbud	7,8 %	9,7 %	1,9
Behandlingstype			
Kirurgi	19,7 %	16,4 %	-3,2
Medicinsk behandling	37,8 %	34,2 %	-3,6
Strålebehandling	16,7 %	19,9 %	3,2
Ventetid fra henvisning			
Til diagnose	80,0 dage	81,2 dage	1,2 dage
Til behandling	121,2 dage	132,4 dage	11,1 dage

Tabel 14 – Ujusterede resultater for lungekræftanalyserne, hospitalsbehandling kort tid op til død og palliativ behandling. Forskel er angivet i procentpoint.

Variabel	Uden psykisk lidelse N= 54.615	Med psykisk lidelse N= 6.989	Forskel
Hospitalsbehandling kort tid op til død			
Kemoterapi (14 dage)	2,2 %	2,9 %	-0,7
Kirurgi (14 dage)	0,2 %	0,2 %	-0,1
Strålebehandling (14 dage)	3,2 %	3,9 %	-0,7
2+ indlæggelser (30 dage)	15,1 %	17,2 %	-2,1
Intensiv behandling (30 dage)	4,1 %	3,7 %	0,4
Akutfdeling (30 dage)	24,8 %	22,1 %	2,7
Død på hospitalet	43,5 %	47,1 %	-3,6
Palliativ behandling			
Specialiseret palliative indsats (5 år)	9,5 %	9,2 %	0,3
Ingen hospice (1 år)	90,7 %	90,8 %	-0,1

12.2 Delstudie 2

12.2.1 Udvidet metodebeskrivelse

Delstudie 2 har til formål at belyse, hvilke barrierer, der bidrager til uligheder i patientforløb ved AKS og lungekræft mellem mennesker med og uden psykisk lidelse. Analysen inkluderer indsigter fra patientperspektivet med fokus på, hvordan mennesker med psykisk lidelse oplever forløbet før, under og efter behandlingen for AKS eller lungekræft. Derudover inkluderes sundhedsprofessionelles perspektiver med fokus på, hvordan læger og sygeplejersker erfarer og oplever patienter med psykiske lidelser på hospitalsafdelingerne. Endelig inkluderes observationer af mødet mellem patient og sundhedsprofessionel på hospitalsafdelingerne. Nedenstående beskriver de metodiske valg, der er truffet i forbindelse med dataindsamlingen til Delstudie 2.

12.2.1.1 Datakilder

Data indsamlet til belysning af patientperspektivet

Til belysning af patientperspektivet er der foretaget 13 individuelle interviews med personer i alderen 41 – 76 år, hvor 11 af informanterne, på interviewtidspunktet, enten var eller tidligere havde været i behandling for AKS eller lungekræft. Yderligere er der foretaget et interview med en person i behandling for mave-tarm kræft, og et interview er foretaget med en pårørende til en nu afdød person, som tidligere havde været i behandling for AKS. Informanterne var på interviewtidspunktet bosiddende i 12 forskellige kommuner i de fem regioner. Fire informanter var bosiddende i Region Nordjylland, to var bosiddende i Region Midtjylland, en var bosiddende i Region Syddanmark, fire informanter var bosiddende i Region Sjælland, og to var bosiddende i Region Hovedstaden.

Elleve informanter havde, ifølge egne oplysninger, en eller flere psykiske lidelser forud for diagnosceringen af AKS eller lungekræft, herunder eksempelvis paranoid skizofreni, angst, ADHD, ADD, borderline, PTSD, depression og mental retardering. Hovedparten af informanterne havde mere end én af de nævnte psykiske lidelser. To informanter beskrev selv et langvarigt skadeligt forbrug af alkohol eller flere andre psykoaktive stoffer beskrevet under ICD-10 som misbrugslidelser. Tabel 15 og Tabel 16 viser en oversigt over informanterne. Supplerende er der foretaget interviews med støttekontaktpersoner til informanter, med det formål, med samtykke fra informanterne, at opnå supplerende indsigter i informanternes sygdomsforløb og behandling. Samtlige interviews er foretaget fra maj til august 2023.

Informanterne er rekrutteret via kontakt til somatiske hospitalsafdelinger i Danmark, patientforeninger og frivillige organisationer, psykiatrien, forskningsmiljøer samt til andre med kontakt til patientgruppen. Hovedparten af interviewene er foretaget som face-to-face interviews dels i informanternes eget hjem eller på andre lokationer eksempelvis på en hospitalsafdeling i forbindelse med en informants indlæggelse. Enkelte interviews er foretaget online eller via telefon. I to tilfælde var der en pårørende til stede, som deltog i interviewet sammen med informanten. Uanset den anvendte metode har alle interviews bidraget med dybdegående indsigter i patienternes sygdomsforløb og behandling og det vurderes ikke, at der er forskelle i det indsamlede data knyttet til metoden (face-to-face, online, telefonisk), hvormed interviewene er foretaget.

Alle interviews er foretaget på baggrund af en semistruktureret interviewguide konstrueret med det formål om at opnå indsigt i informantens tilværelse før, under og efter behandlingen af AKS eller lungekræft. Samtlige informanter har givet skriftligt samtykke til at deltage i undersøgelsen i anonymiseret form. Patientfortællinger, der indgår i rapporten, er tilpasset med henblik på at skjule informanternes identitet, og navne er erstattet med benævnelserne informant 1, informant 2 osv., når citater inddrages i resultatafsnittet.

Data indsamlet til belysning af sundhedsprofessionelles perspektiver

Til belysning af de sundhedsprofessionelles perspektiver er der foretaget 17 individuelle interviews med sundhedsprofessionelle med indsigt i udredning og behandling af patienter med AKS eller lungekræft. På AKS-området er der foretaget fire interviews med læger og seks interviews med sygeplejersker tilknyttet en hjertemedicinsk afdeling. På lungekræft-området er der foretaget to interviews med speciallæger i lungemedicin og et interview med en speciallæge i kræftsygdomme. Derudover er der foretaget tre interviews med sygeplejersker tilknyttet lungemedicinske ambulatorier og et interview med en sygeplejerske tilknyttet en lungemedicinsk sengeafdeling. Alle interviews er foretaget i perioden fra juni til september 2023. Tabel 17 og Tabel 18 viser oversigter over de sundhedsprofessionelle informanter i analysen indenfor henholdsvis AKS og lungekræft.

Hovedparten af interviewene er foretaget som face-to-face interviews på hospitalsafdelingerne blandt andet i forbindelse med feltstudier (beskrives i det nedenstående). Enkelte interviews er foretaget via telefon. Samtlige interviews er foretaget på baggrund af en semistruktureret interviewguide designet med henblik på at opnå indsigt i de sundhedsprofessionelles erfaringer og overvejelser vedrørende eventuelle barrierer i behandlingen af AKS og lungekræft hos personer med psykisk lidelse. I de tilfælde, hvor interviewene er foretaget som led i feltstudiet, er de også brugt til at opnå indsigt i de sundhedsprofessionelles refleksioner med udspring i konkrete oplevede hændelser på afdelingen. Samtlige sundhedsprofessionelle har givet skriftligt samtykke til at deltage i undersøgelsen i anonymiseret form.

Data indsamlet til belysning af sundhedsprofessionelles og patienters praksisser og interaktioner

Til belysning af mødet mellem patient og sundhedsprofessionel på hospitalsafdelingerne er der foretaget seks dages observation på en hjertemedicinsk afdeling og sammenlagt fem dages observation på tre forskellige lungemedicinske ambulatorier i Danmark.

Feltstudiet er foretaget på baggrund af en observationsguide med overordnede fokusområder, såsom spørgsmål vedrørende: Hvad karakteriserer interaktionen mellem sundhedsprofessionelle og patient? Hvilke undersøgelser og behandlinger tilbydes patienter? Hvordan responderer patienter på tilbud om undersøgelser og behandlinger? Der er taget feltnoter løbende. Feltstudier er kombineret med interviews foretaget med læger og sygeplejersker på hospitalsafdelingerne. Feltstudierne er foretaget i henholdsvis juni og august 2023.

Samtlige hospitalsafdelinger har givet samtykke til, at data fra feltstudierne kan anvendes i undersøgelsen. Ligeledes har patienter, der indgår i observerede situationer, givet samtykke til, at disse må anvendes i undersøgelsen i anonymiseret form.

12.2.1.2 Analyse

Individuelle interviews med patienter og sundhedsprofessionelle samt feltnoter er kodet og analyseret ved hjælp af en tematisk analysestrategi, hvor barrierer i patientforløbet er kodet som temaer. Temaerne beskrives i rapporten i kronologisk rækkefølge – henholdsvis før, under og efter AKS- eller lungekræftbehandlingen. De personer, der har deltaget i interviews, er benævnt 'informanter' i analysen.

Tabel 15 – Oversigt over informanter med akut koronart syndrom (AKS). ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder, PTSD = Post traumatisk stressforstyrrelse, ADD = Attention Deficit Disorder.

	Alder:	Køn:	Civilstatus:	Beskæftigelse:	Somatisk lidelse/r:	Psykisk lidelse/r:
Informant 1:	53	Kvinde	Enlig	Kontanthjælpsmodtager	2 blodpropper i hjertet	Angst, ADHD
Informant 2:	55	Kvinde	Enlig	Førtidspensionist	Ustabil angina pectoris	Angst, borderline, PTSD, depression
Informant 3:	67	Mand	Gift	Pensionist	1 blodprop i hjertet	Depression
Informant 4:	76	Kvinde	Gift	Pensionist	2 blodpropper i hjertet	Depression
Informant 5:	54	Mand	Enlig	Førtidspensionist	1 blodprop i hjertet	Depression
Informant 6:	41	Mand	Gift	Førtidspensionist	3 blodpropper i hjertet	ADD, angst, bipolar, affektiv sindslidelse
Informant 7:	55	Mand	Enlig	Førtidspensionist	1 blodprop i hjertet	Paranoid skizofreni, depression
Informant 8: Pårørendeinterview	65	Kvinde	Enlig	Afgået ved døden	2 blodpropper i hjertet	Angst, alkoholdemens

Tabel 16 – Oversigt over informanter med kræft. KOL = Kronisk Obstruktiv Lungesygdom.

	Alder	Køn	Civilstatus	Beskæftigelse	Somatiske lidelse/r	Psykisk lidelse/r
Informant 9:	62	Mand	Samboende	Førtidspensionist	Lungekræft, KOL	Paranoid skizofreni
Informant 10:	57	Mand	Enlig	Førtidspensionist	Lungekræft, KOL, 2 blodpropper i hjertet	Depression
Informant 11:	58	Mand	Enlig	Førtidspensionist	Lungekræft	Mental retardering, skizofreni
Informant 12:	65	Mand	Enlig	Førtidspensionist	Lungekræft, KOL	Tidligere misbrugslidelse
Informant 13:	56	Mand	Gift	Førtidspensionist	Mave/tarmkræft	Tidligere misbrugslidelse
Informant 14 (støttekontaktperson til informant 10):	*	*	*	*	*	*
Informant 15 (støttekontaktperson til informant 11):	*	*	*	*	*	*

* = ikke relevant

Tabel 17 – Oversigt over sundhedsprofessionelle informanter indenfor AKS

	Beskæftigelse	Afdeling
Informant 16:	Læge	Hjertemedicinsk afdeling
Informant 17:	Læge	Hjertemedicinsk afdeling
Informant 18:	Læge	Hjertemedicinsk afdeling
Informant 19:	Læge	Hjertemedicinsk afdeling
Informant 20:	Sygeplejerske	Hjertemedicinsk afdeling
Informant 21:	Sygeplejerske	Hjertemedicinsk afdeling
Informant 22:	Sygeplejerske	Hjertemedicinsk afdeling
Informant 23:	Sygeplejerske	Hjertemedicinsk afdeling
Informant 24:	Sygeplejerske	Hjertemedicinsk afdeling
Informant 25:	Sygeplejerske	Hjertemedicinsk afdeling

Tabel 18 – Oversigt over sundhedsprofessionelle informanter indenfor lungekræft

	Beskæftigelse	Afdeling
Informant 26:	Læge	Lungemedicinsk afdeling
Informant 27:	Læge	Lungemedicinsk afdeling
Informant 28:	Læge	Onkologisk afdeling
Informant 29:	Sygeplejerske	Lungemedicinsk afdeling
Informant 30:	Sygeplejerske	Lungemedicinsk afdeling
Informant 31:	Sygeplejerske	Lungemedicinsk afdeling
Informant 32:	Sygeplejerske	Lungemedicinsk afdeling

12.3 Delstudie 3

12.3.1 Udvidet metodebeskrivelse

Delstudie 3 har til formål at fremhæve eksempler på indsatser, som anvendes i Danmark med henblik på at reducere uligheder i patientforløb for AKS eller lungekræft blandt patienter med og uden psykisk lidelse. Nedenstående beskriver de metodiske valg, der er truffet i forbindelse med dataindsamlingen til Delstudie 3. Illustration over metodisk fremgangsmåde findes i Figur 3 under afsnit 4.3.3.1.

12.3.1.1 Identifikation

Identifikationsfasen indeholder to formål; dels et formål med hensyn til at undersøge gode eksempler på indsatser i Danmark og dels et formål omkring hvilke udfordringer strukturelle og organisatoriske udfordringer der kan være for personer med psykisk lidelse. Viden omkring udfordringer skal anvendes til at udvælge indsatser, der skal beskrives nærmere. Nedenstående afsnit vil omhandle en uddybning af disse formål.

Identificering af indsatser

Identifikation af indsatser består af tre dele; desk research, interview med fagpersoner og forskere, og spørgeskema til kommunerne. Ved desk research undersøges hvilke indsatser der fremgår i rapporter, undersøgelser med videre som har til formål at reducere uligheder i patientforløbet for personer med psykisk lidelse. Derudover er der foretaget interview med udvalgte fagpersoner og forskere indenfor forskellige sektorer til en yderligere identificering af indsatser. I hver region er der foretaget interview med mindste én forsker og/eller fagpersoner fra følgende områder:

- Almen praksis
- Hospital (somatik)
- Hospital (psykiatri)
- Forskning

Nogle fagpersoner/forskere dækker mere end én af ovenstående sektorer. Hospital er for eksempel repræsenteret ved en socialsygeplejerske fra hver region. Derudover er der blevet indsamlet skriftlig information, hvis informanten repræsenterede et allerede afdækket område i regionen.

På nationalt niveau er der taget kontakt til relevante patientforeninger, (SIND, Bedre Psykiatri, Angstforeningen, Foreningen for Spiseforstyrrelser og selvskade) og der er foretaget interview med fagpersoner fra blandt andet Danske Regioner, Rådet for Socialt udsatte og Danske Selskab for Almen Medicin.

Indsatser fra kommunerne er indsamlet igennem et spørgeskema sendt pr. mail adresseret til psykiatri, sundheds-, social og handicapchefer i alle landets 98 kommuner.

På baggrund af identifikationsfasen er de fremkomne indsatser ikke en udtømmende og viser ikke et fuldstændigt billede af hvilke indsatser, der eksisterer til målgruppen i Danmark.

Identificering af udfordringer

Udover at afdække relevante indsatser har interviewene desuden omhandlet, hvilke udfordringer personer med psykiske lidelser kan møde i forhold til ulighed i patientforløbet. Denne viden skal bruges til udvælgelse af indsatser, da det er sigtet at indsatserne skal kunne afhjælpe de udfordringer

der identificeres. I interviewene er informanterne desuden blevet spurgt ind til, hvilke indsatser de oplever mangler eller efterspørges til målgruppen.

Interviews og skriftligt materiale er indsamlet i perioden april – oktober 2023. Der er blevet udført 23 interviews med 26 informanter. Ud af de 98 kommuner, har 32 kommuner svaret.

Interviewene er blevet optaget, og der er taget noter hertil. Interviewene er ikke blevet transskriberet.

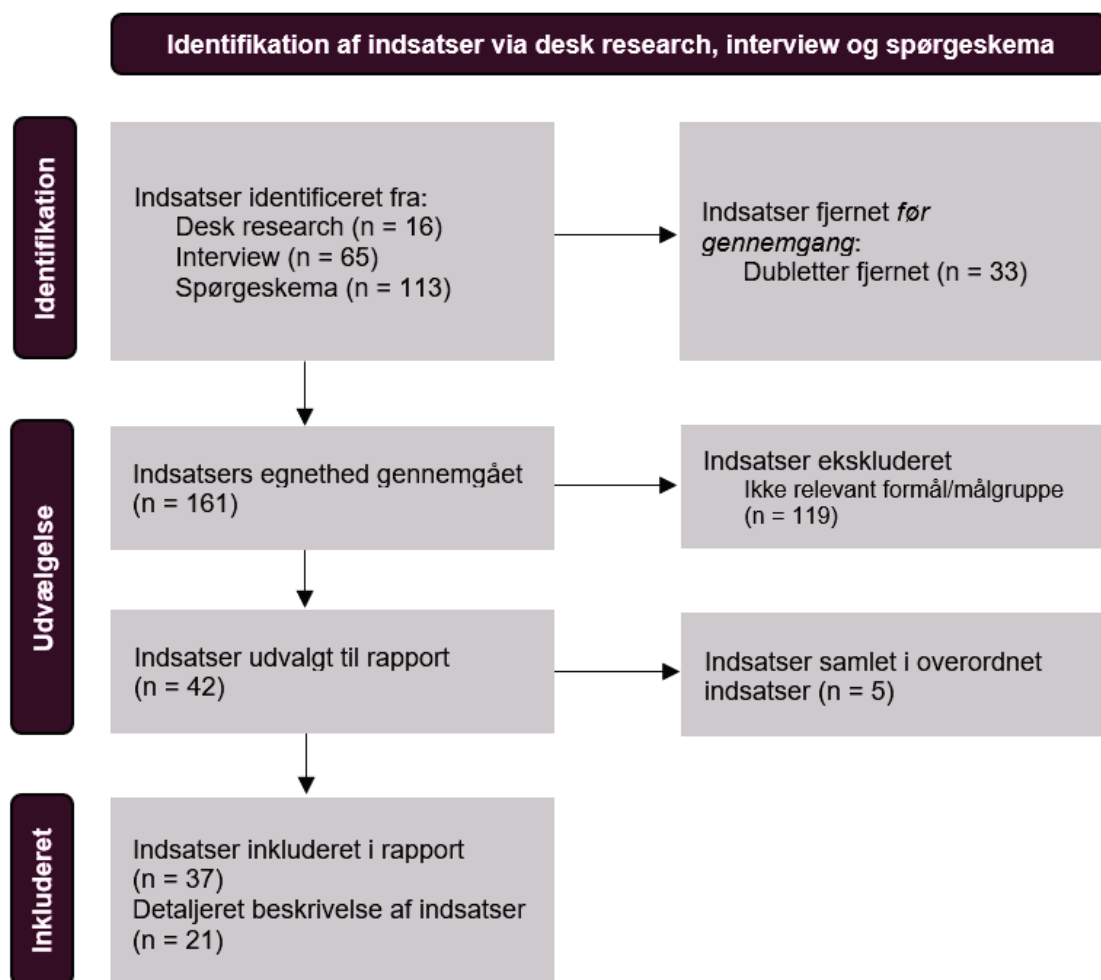
12.3.1.2 Udvalgelse

På baggrund af dataindsamlingen er der udarbejdet en bruttoliste over alle identificerede indsatser. Indsatserne er blevet sorteret og gennemgået i forhold til de fire nedenstående udvælgelseskriterier:

1. Indsatserne skal omfatte målgruppen 'personer med psykisk lidelse', disse omfattes eksempelvis under definitionen "sårbare borgere/patienter"
2. Indsatserne skal omfatte AKS og lungekræft
3. Indsatserne skal være rettet mod at afhjælpe identificerede udfordringer
4. Der skal være klare forventninger til hvordan og på baggrund af hvilke mekanismer indsatsen virker med hensyn til at afhjælpe eller imødekomme udfordringer

På baggrund af udvælgelseskriterierne er 21 indsatser udvalgt, som der ønskes en uddybende beskrivelse af. Tovholdere eller personer med særligt kendskab til indsatsen er kontaktet med henblik på at få mere dybdegående viden om indsatsen samt med henblik på verificering af det skrevne om indsatsen. Identifikations og udvælgelsesprocessen er illustreret i Figur 3 afsnit 4.3.3.1.

Figur 42 – Flowdiagram der illustrerer identifikation og udvælgelsesprocessen af indsatser.



For hver af de udvalgte indsatser er der taget kontakt til personer med kendskab til indsatsen igennem skriftlig korrespondance og/eller interviews.

12.3.1.3 Analyse

Indsatserne er beskrevet under seks overordnede temaer. Tabel 19 angiver de overordnede temaer og hvor mange indsatser, der er beskrevet under hvert tema, og Tabel 20 angiver de beskrevne indsatser opdelt, efter hvor indsatserne er forankret tematisk.

12.3.2 Udvidet resultatafsnit

Tabel 19 – Oversigt over overordnede temaer med dertilhørende antal indsatser

Overordnet tema	Antal indsatser
Opsøgende indsatser på gadeplan	3
Systematisk opsporing af somatisk sygdom	5
Patientstøtte- og ledsagelse	5
Fleksible klinikløsninger	2
Differentieret hjerterehabilitering	3
Undervisning	3

Tabel 20 – Beskrevne indsatser opdelt efter hvor indsatsen er forankret

Indsats	Temaopdeling i rapport
Kommunal	
Ydelse 0123 - Sundhedstjek til borgere på botilbud	Systematisk opsporing af somatisk sygdom
Fastelæger på botilbud	Systematisk opsporing af somatisk sygdom
Sygepleje på gadeplan (gadesygeplejerske)	Opsøgende indsatser på gadeplan
Sygeplejeklinikker	Opsøgende indsatser på gadeplan
SundhedsTeam	Opsøgende indsatser på gadeplan
Fællesholdet	Differentieret hjerterehabilitering
Stjerneborgere	Differentieret hjerterehabilitering
Almen praksis	
Stjernepatienter	Fleksible klinikløsninger
Ydelse 2150 - Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk lidelse	Systematisk opsporing af somatisk sygdom
Flexklinisk almen praksis	Fleksible klinikløsninger
Hospital (somatik)	
Socialsygeplejersker/ Sociallæger	Patientstøtte- og ledsagelse
Klinisk Kompetence Center (Region Sjælland)	Undervisning
Flexklinik	Fleksible klinikløsninger
Hjerterehabilitering til alle – HeRTA	Differentieret hjerterehabilitering
Hospital (psykiatri)	
Patientens team i Psykiatrien	Patientstøtte- og ledsagelse
Liaisonsomatik	Systematisk opsporing af somatisk sygdom
Somatisk sygdomsopsporing i Regions Hovedstadens psykiatri	Systematisk opsporing af somatisk sygdom
Regional	
Tænk somatikken med (Region Sjælland)	Undervisning
Sundhedsstyrelsen	
Landsindsatsen EN AF OS	Undervisning
Ikke-statslige organisationer (NGO)/medlemsorganisation	
Social Sundhed	Patientstøtte- og ledsagelse
Kræftens Bekæmpelses Navigatortilbud	Patientstøtte- og ledsagelse

Omsorgscentre

Patientstøtte- og ledsagelse

13 Fagudvalgets sammensætning

Medlemmer af programgruppen (udpeget for en treårig periode)	Udpeget af
Mogens Vestergaard. Formand for fagudvalget, professor, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet, privatpraktiserende læge i Lægefællesskabet i Grenaa	Behandlingsrådet
Pernille Tanggaard Andersen. Professor, forskningsleder, Forskningsenheden for Sundhedsfremme, Syddansk Universitet	Behandlingsrådet
Morten Sodemann. Professor, Klinisk Institut, Syddansk Universitet, overlæge, Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital	Behandlingsrådet
Ida Hageman. Speciallæge i psykiatri, lægefaglig direktør i Region Hovedstadens Psykiatri	Regionerne
Finn Breinholt Larsen. Seniorforsker, DEFACTUM, Region Midtjylland	Regionerne
Julie Mackenhauer. Ph.d. Læge, Socialmedicinsk Enhed, Aalborg Universitetshospital	LVS
Øvrige medlemmer af fagudvalget (udpeget for en etårig periode med særligt kendskab til analysetemaets genstandsfelt)	Udpeget af
Nina Brünés. Socialsygeplejerske. Faglig koordinator for socialsygeplejerskerne Amager og Hvidovre Hospital (medlem fra 01.03.2023)	Regionerne
Susanne Stockmal Ulrichsen. Socialsygeplejerske, Region Sjælland (medlem indtil 07.02.2023)	Regionerne
Susanne Betina Nilsen. Socialsygeplejerske, Region Sjælland (medlem fra 28.02.2023)	Regionerne
Kit Borup. Social- og sundhedschef, Mariagerfjord Kommune	KL
Lisbeth Lauge Andersen. Sygeplejerske, adjunkt ved UCL og ph.d. studerende ved RUC og Region Sjælland (REFAS)	DASYS
René Ernst Nielsen. Professor, Klinisk Institut, Aalborg Universitet; Overlæge, Psykiatrien, Aalborg Universitetshospital	LVS
Lene Caspersen. Socialoverlæge, Socialforvaltningen, Københavns kommune	LVS
Merete Nordentoft. Professor, Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet; Overlæge, Psykiatrisk Center, København	Behandlingsrådet
Flemming Mærsk, patientrepræsentant	Behandlingsrådet
Louise Madsin, patientrepræsentant	Center for Recovery og Samskabelse

Medarbejdere tilknyttet analysen i Behandlingsrådets sekretariat, Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Aalborg Universitet, samt kliniske eksperter indenfor AKS og lungekræft:

Projektgruppen i Behandlingsrådets sekretariat

Line Stjernholm Tipsmark. Ph.d., specialkonsulent, Behandlingsrådets sekretariat

Lærke Mai Bonde Andersen. Ph.d., specialkonsulent, Behandlingsrådets sekretariat

Pernille Skovgaard Christensen. Ph.d., konsulent, Behandlingsrådets sekretariat

Lærke Qvist Jørgensen. Konsulent, Cand.scient.san.publ., Behandlingsrådet sekretariat

Sanna Davidsen. Praktikant, Stud.cand.scient.soc., Behandlingsrådets sekretariat

Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Aalborg Universitet

Søren Paaske Johnsen. Klinisk Professor, overlæge, Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Klinisk Institut, Aalborg Universitet

Søren Valgreen Knudsen. Læge, ph.d., postdoc, Psykiatrien, Aalborg Universitetshospital og Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Klinisk Institut, Aalborg Universitet

Jan Brink Valentin. Specialkonsulent, Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Klinisk Institut, Aalborg Universitet

Amalie Helme Simoni. Ph.d., postdoc, Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Klinisk Institut, Aalborg Universitet

Kliniske eksperter indenfor akut koronart syndrom og lungekræft

Ann Dorthe Olsen Zwisler. Overlæge, kardiolog, professor i forebyggelse og rehabilitering, Odense Universitetshospital og REHPA, Videncenter for rehabilitering og palliation.

Torben Riis Rasmussen. Overlæge, Ph.d., klinisk lektor ved Lungemedicinsk afdeling, Århus Universitetshospital

© Behandlingsrådet, 2024.

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

www.behandlingsraadet.dk

Niels Jernes Vej 6A, 9220 Aalborg Ø

Versionsnummer: 1.0

Sprog: Dansk

Udgivet af Behandlingsrådet, d. 31.01.2024



Analysespecifikationsrapport vedrørende

Behandling af underarmsfrakturer hos børn

Behandlingsrådet

Om analysespecifikationen

Formål

Analysespecifikationen har til formål at afgrænse nærværende analyse, med henblik på at Rådet kan træffe en beslutning om en anbefaling vedr. behandling af underarmsfrakturer hos børn i alderen 4-15 år.

Proces

Danske Regioners bestyrelse besluttede 28. september 2023, at Behandlingsrådet i 2024 skal gennemføre en større analyse vedrørende behandling af underarmsfrakturer hos børn i alderen 4-15 år. Den større analyse er udvalgt på baggrund af et analysetema, som blev indsendt af Region Hovedstaden den 8. maj 2023.

Analysespecifikationen er udarbejdet i samarbejde mellem fagudvalget vedrørende Behandling af underarmsfrakturer hos børn og Behandlingsrådets sekretariat med udgangspunkt i Behandlingsrådets proceshåndbog og metodevejledning for større analyser. Fagudvalget består af læger og en indkøbsrepræsentant, som bidrager med afgørende viden om sygdom og behandling indenfor genstandsfeltet. Sekretariatet understøtter fagudvalget som proces- og metodeansvarlige og bidrager herudover med sundhedsvidenskabelige, biostatistiske, sundhedsøkonomiske, juridiske og kommunikative kompetencer. Kommissoriet for fagudvalget kan findes på Behandlingsrådets hjemmeside.

Vejledning

I analysespecifikationen formulerer fagudvalget vedrørende [fagudvalgets navn] og Behandlingsrådets sekretariat et analysespørgsmål, bestående af en konkretisering af, hvilken *population*, *intervention*, *comparator* og *outcome*, der er genstand for undersøgelsen. I tillæg præsenteres konteksten for den større analyse og bemærkninger vedrørende de fire perspektiver (Klinisk effekt og sikkerhed, Organisatoriske implikationer, Patientperspektivet og Sundhedsøkonomi), som indgår i enhver analyse.

Analysespecifikationen fungerer som et led i analyseprocessen og vil blive anvendt som afsæt for analysedesignet, som opbygges omkring en række undersøgelsesspørgsmål indenfor de fire perspektiver. Belysningen af de respektive undersøgelsesspørgsmål i den endelige analyserapport anvendes til at besvare analysespørgsmålet, formuleret i dette dokument.

Oplysninger om dokumentet

Godkendelsesdato:	Dokumentnummer:	Versionsnummer:
[d. måned år]	[Versionsnummer fra ESDH]	[Udgivelsesversionering, "1.0", "1.1"...]

Versionsnr.:	Dato:	Ændring:
1.0	15.02.24	Godkendt af Behandlingsrådet

Analysespecifikation vedrørende behandling af underarmsfrakturer hos børn i alderen 4-15 år

I det følgende præsenteres konteksten for den større analyse, efterfulgt af analysespørgsmålet og PICO samt relevant evidens for genstandsfeltet.

1 Konteksten for analysen

Flere steder i udlandet (herunder lande i Europa samt Nordamerika) bliver børn med underarmsfrakturer behandlet med lukket reponering og gipsning under moderat sedation uden forudgående faste, samme dag som frakturen pådrages. I Danmark bliver børn med underarmsfraktur som udgangspunkt behandlet med lukket reponering og intern fiksering i generel anæstesi. Dette forudsætter adgang til en operationsstue, hvilket betyder, at børnene og deres forældre ofte sendes hjem og venter på indkaldelse til operationen. Operationen foretages under faste i generel anæstesi, hvor frakturen bliver sat på plads, og i mange tilfælde bliver der indsat osteosyntesemateriale, der efterfølgende skal fjernes.

Det ønskes i analysen undersøgt, om repositionskrævende underarmsfrakturer hos børn i Danmark bør behandles med reposition i moderat sedation, reposition i generel anæstesi eller reposition med intern fiksering i generel anæstesi. Dette indebærer en afdækning af bl.a. ressourceforbrug, relevante kliniske kompetencer, fysiske rammer, patientpræferencer mv.

2 Analysepørgsmål og PICO

Analysen har til formål af afdække nedenstående analysepørgsmål med tilhørende PICO.

Analysespørgsmål

Bør repositionskrævende underarmsfrakturer hos børn i alderen 4-15 år behandles med reposition i moderat sedation, reposition i generel anæstesi eller reposition med intern fiksering i generel anæstesi?

Tabel 1 - Specifikationer for PICO

PICO	Specifikation
Population:	Børn i alderen fire til og med 15 år med en repositionskrævende, displaceret underarmsfraktur, herunder distale metafysære radius- og/ eller ulnafrakturer, samt midtskaftefrakturer af radius og/ eller ulna. Frakturen kan være pådraget ved enten et lav- og højenergitraume.
Intervention:	<ul style="list-style-type: none"> • Lukket reposition og immobiliserende skinne i moderat sedation • Lukket reposition og immobiliserende skinne i generel anæstesi • Lukket reposition og intern fiksering (k-tråde/ intramedullære søm) og immobiliserende skinne i generel anæstesi
Komparator:	Alle interventioner sammenlignes indbyrdes
Effekt mål:	<ul style="list-style-type: none"> • Fysisk funktionsniveau • Livskvalitet • Operationskrævende frakturskred • Komplikationer • Smerter

2.1 Bemærkninger vedrørende de fire perspektiver

Fagudvalget har i dette afsnit mulighed for at fremhæve bemærkninger, der kan være væsentlige for, hvordan analysen af behandling af underarmsfrakturer hos børn bør foretages. Dette omfatter eventuelle relevante forhold, der måtte forekomme under alle fire perspektiver, der skal indgå i analysen, som illustreret i nedenstående eksempler:

Klinisk effekt og sikkerhed

- Der er opmærksomhed på, at der for nogle typer af underarmsfrakturer kan være en klar indikation for typen af behandling, men der findes også en gråzone af brudtyper, uden klar indikation for behandlingsmetode. Nærværende analyse omfatter forventeligt sidstnævnte gruppe af frakturer.

Patientperspektiv

- Der bør være opmærksomhed på de eventuelle præferencer og bekymringer, der kan være forbundet med de undersøgte behandlingsalternativer, herunder børn og forældres oplevelser af sedation og anæstesi.

Organisatoriske implikationer

Det ønskes undersøgt, hvilke fysiske forhold, ressourcer og kompetencer der er nødvendige for, at kunne behandle børn med underarmsfrakturer ved lukket reposition og immobiliserende skinne i hhv. i moderat sedation, i generel anæstesi og med intern fiksering i generel anæstesi.

Sundhedsøkonomi

- De sundhedsøkonomiske og budgetære konsekvenser af en eventuel omlægning af behandlingsregimet for underarmsfrakturer hos børn bør ses i forhold til, hvad eventuelt frigjorte ressourcer alternativt kan anvendes på.
- Der er opmærksomhed på, at forskellige organiseringer af behandlingen vil medføre væsentligt forskellige budgetkonsekvenser. Derudover bemærkes det, at der er væsentlig forskel i de eksisterende rammer på tværs af hospitaler og regioner, både ift. fysiske og ressourcemæssige forhold.

Ovenstående emner er indledende, men ikke udtømmende overvejelser, som kan være relevante at belyse i forbindelse med analysen. Fagudvalget vurderer, at der forventeligt er international litteratur

til at belyse dele af analysen, men at det potentielt vil være relevant at foretage yderligere empiriindsamling for patient eller organisationsperspektivet.

3 Relevant evidens

På baggrund af indledende ikke-systematiske litteratursøgninger, er der identificeret videnskabelig litteratur, der undersøger indsættelse af k-tråde sammenlignet med ingen indsættelse i generel anæstesi på pædiatriske populationer, ligesom der foreligger studier der belyser forskellige bedøvelsesformer på denne population. Det vides ikke på nuværende tidspunkt, om der eksisterer relevant evidens, der undersøger både behandlingsmetode og anæstesiform i samme studie.

4 Referencer

Relevante publikationer

Klingenberg L, Buxbom P. Behandling af distale metafysære radiusfrakturer hos børn - Kort klinisk retningslinje. Danish Orthop Soc. 2022;1–10.

Handoll HHG, Elliott J, Iheozor-Ejiofor Z, Hunter J, Karantana A. Interventions for treating wrist fractures in children. Cochrane Database Syst Rev. 2018;2018(12).

© Behandlingsrådet, 2024.

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

www.behandlingsraadet.dk

Niels Jernes Vej 6A, 9220 Aalborg Ø

Versionsnummer: 1.0

Sprog: Dansk

Udgivet af Behandlingsrådet, d. [d. måned år]

Behandlingsrådet

Skema til indstilling af temaer til større analyser i Behandlingsrådet

Indstilling af analysetemaer











































Som nævnt i følgebrevet udarbejder Behandlingsrådet årligt 2-3 større analyser. Temaerne for analyserne indstilles af regioner og hospitalsledelser, og udvælges efterfølgende af Danske Regioners Bestyrelse.

Med henblik på at sikre, at indstillingerne følger et ensartet format, har Behandlingsrådets sekretariat udarbejdet et skema, som benyttes i forbindelse med indstilling af analysetemaer.

Processen for udvælgelse er: Temaerne indsendes til Behandlingsrådets sekretariat, der sikrer, at alle nødvendige oplysninger fremgår af skemaet. Efterfølgende sendes temaerne til Danske Regioners bestyrelse, der på et møde i efteråret udvælger de 2-3 analysetemaer, som Behandlingsrådet skal arbejde med i det kommende år.

Som inspiration har sekretariatet opstillet et eksempel på, hvordan skemaet kan udfyldes.

Indstiller	<p>Amager Hvidovre Hospital, Region Hovedstaden</p> <p>Børne- og ungeafdelingen</p> <p>Overlæge Chen Zhan</p>
Tema	Behandling af underarmsfrakturer hos børn
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> • Kan tidligere sunde og raske børn (ASA1) med underarmsfraktur reponeres under procedural/moderat sedation i Akutmodtagelserne frem for på operationsgangen uden forudgående faste? • Kan børnene bedøves sikkert og tilstrækkeligt til proceduren? Hvilke kombinationer af analgesi og sedation kan bruges? Hvilke bivirkninger kan der forventes? Det er essentielt med tilstrækkelig analgesi, og den procedurale/moderate sedation kræver personale, der er certificeret/trænet i dette samt mulighed for anæstesiologisk back-up • Er det faglige resultat tilfredsstillende (mængden af børn der ved kontrol alligevel skal have lavet reponering med K-tråde på operationsgangen)? Man vil hos børn oftest acceptere reponeringer med selv en betydelig vinkling som fagligt tilfredsstillende outcome • Er børnene og familierne tilfredse med forløbet?
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>Mange steder i verden (herunder i Nordamerika) bliver børn med underarmsfrakturer behandlet direkte i Akutmodtagelsen med lukket reponering og gipsning under procedural sedation uden forudgående faste.</p> <p>I dag bliver børn med underarmsfrakturer som udgangspunkt indlagt, går på orlov, venter (ofte flere dage) på operation på operationsgangen, bliver opereret og får ofte indsat osteosyntesemateriale, der efterflg. skal fjernes med ekstra frygt og smerter forbundet med fjernelsen.</p>
Beskriv patientpopulation	Amager Hvidovre Hospital, ca. 250 børn årligt. På landsplan 2.000-2.500 børn årligt
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<ul style="list-style-type: none"> • Kortere og hurtigere forløb for børn og familier med underarmsfrakturer uden så mange kontakter til hospitalet (i tråd med Region H's målsætning om at være Børnenes Region) • Færre børn får lavet invasiv reponering af fraktur, hvor der også skal fjernes osteosyntese-materiale efterflg. – fagligt ligeså forsvarligt med lukket reponering og cirkulær gipsning • Færre børn og familier får aflyst/udskudt procedurer, hvortil de faster og skal forberede sig mentalt
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalet sparer operations-lejer på indgreb, der ikke behøver at blive foretaget på operationsgang • Samfundsmæssigt tabes færre arbejdsdage pga. forældres tid på hospitalsbesøg og -kontakter
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette	<p>A Randomized Comparison of Nitrous Oxide Plus Hematoma Block Versus Ketamine Plus Midazolam for Emergency Department Forearm Fracture Reduction in Children Pediatrics American Academy of Pediatrics (aap.org)</p>

<p>er tilfældet, angives disse.</p>	<p>Procedural sedation and analgesia for reduction of distal forearm fractures in the paediatric emergency department: A clinical survey - Schofield - 2013 - Emergency Medicine Australasia - Wiley Online Library</p> <p>Feasibility of a reduction protocol in the emergency department for diaphyseal forearm fractures in children - ScienceDirect</p> <p>Association of Preprocedural Fasting With Outcomes of Emergency Department Sedation in Children Anesthesiology JAMA Pediatrics JAMA Network</p> <p>Risk Factors for Adverse Events in Emergency Department Procedural Sedation for Children Anesthesiology JAMA Pediatrics JAMA Network</p> <p>Clinical Practice Guideline for Emergency Department Ketamine Dissociative Sedation: 2011 Update - ScienceDirect</p> <p>Presse: Hospitalets besked til Emilie: Vi har ikke tid – Ekstra Bladet</p>										
<p>Øvrige bemærkninger</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="478 896 778 922">I dag</th> <th data-bbox="1117 896 1417 922">Det endelige mål</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="478 927 778 1366"> <p>DAG 1</p> <ul style="list-style-type: none">  Barn brækker arm  Skadestue Ses af skadelæge  Gipses  Indlægges på børneafd. Ses af børnelæge + anæstesi  Går hjem på orlov Venter i X dage på operation, evt. aflyses og faster forgæves </td> <td data-bbox="1117 927 1417 1366"> <p>DAG 1</p> <ul style="list-style-type: none">  Barn brækker arm  Skadestue Ses af skadelæge  Smertedækkes og stabiliseres  Procedure samme dag Lukket reponering og cirkulær gipsning ved erfaren ort.kir. i Akutmodtagelsen i Ketofol-rus ved anæstesen (ikke-fastende)  Opvågning i Akutmodtagelsen  Udskrives Ses til ort.kir. amb. kontrol </td> </tr> <tr> <td data-bbox="478 1377 778 1433"> <p> Kommer til operation Ofte med K-tråde</p> </td> <td data-bbox="1117 1377 1417 1433"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="478 1512 778 1545"> <p> Børneafd. til opvågning</p> </td> <td data-bbox="1117 1377 1417 1433"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="478 1568 778 1624"> <p> Udskrives Ses til ort.kir. amb. kontrol og fjernelse af K-tråde</p> </td> <td data-bbox="1117 1377 1417 1433"></td> </tr> </tbody> </table>	I dag	Det endelige mål	<p>DAG 1</p> <ul style="list-style-type: none">  Barn brækker arm  Skadestue Ses af skadelæge  Gipses  Indlægges på børneafd. Ses af børnelæge + anæstesi  Går hjem på orlov Venter i X dage på operation, evt. aflyses og faster forgæves 	<p>DAG 1</p> <ul style="list-style-type: none">  Barn brækker arm  Skadestue Ses af skadelæge  Smertedækkes og stabiliseres  Procedure samme dag Lukket reponering og cirkulær gipsning ved erfaren ort.kir. i Akutmodtagelsen i Ketofol-rus ved anæstesen (ikke-fastende)  Opvågning i Akutmodtagelsen  Udskrives Ses til ort.kir. amb. kontrol 	<p> Kommer til operation Ofte med K-tråde</p>		<p> Børneafd. til opvågning</p>		<p> Udskrives Ses til ort.kir. amb. kontrol og fjernelse af K-tråde</p>	
I dag	Det endelige mål										
<p>DAG 1</p> <ul style="list-style-type: none">  Barn brækker arm  Skadestue Ses af skadelæge  Gipses  Indlægges på børneafd. Ses af børnelæge + anæstesi  Går hjem på orlov Venter i X dage på operation, evt. aflyses og faster forgæves 	<p>DAG 1</p> <ul style="list-style-type: none">  Barn brækker arm  Skadestue Ses af skadelæge  Smertedækkes og stabiliseres  Procedure samme dag Lukket reponering og cirkulær gipsning ved erfaren ort.kir. i Akutmodtagelsen i Ketofol-rus ved anæstesen (ikke-fastende)  Opvågning i Akutmodtagelsen  Udskrives Ses til ort.kir. amb. kontrol 										
<p> Kommer til operation Ofte med K-tråde</p>											
<p> Børneafd. til opvågning</p>											
<p> Udskrives Ses til ort.kir. amb. kontrol og fjernelse af K-tråde</p>											

Evaluation proposal for the Danish Health Technology Council regarding the Merlin Assay for newly diagnosed SLNB-eligible primary malignant melanoma patients

Instructions for the applicant

This template is used for submitting evaluation proposals to the Danish Health Technology Council in connection with the request of an assessment of new or existing health technology. Evaluation proposals are completed by the applicant and aim to provide the Danish Health Technology Council with a background for launching evaluations. Applicants are recommended to engage in a dialogue with the Danish Health Technology Council's secretariat to receive guidance for proper completion.

The template covers the following main topics:

- Information about the applicant
- Information about the health technology
- Information about the evidence base for the health technology

The Danish Health Technology Council defines health technologies broadly as any use of medical devices, procedures, or processes applied in the treatment or diagnosis of patients. Evaluations of health technologies by the Danish Health Technology Council are always conducted with the consideration of four perspectives: Clinical Effectiveness and Safety, the Patient Perspective, Organizational Implications, and Health Economics.

Evaluation proposals that are considered by the Danish Health Technology Council will be published on the Danish Health Technology Council's website. If there is confidential information in the evaluation proposal, it must be clearly marked using yellow text highlighting ("example").

The evaluation proposal should be kept as concise as possible and be in either Danish or English. At the end of the document, there is an example of a completed evaluation proposal that applicants can use for inspiration.

If questions arise during the preparation of the evaluation proposal, applicants may contact the Danish Health Technology Council's secretariat for elaboration or clarifications.

In addition to the evaluation proposal, companies, regions, and hospital administrations can complete and include a cost outline that provides an overview of the total costs associated with the use of the health technology. The Danish Health Technology Council's secretariat provides a cost outline template that can be accessed on the Danish Health Technology Council's [website](#).

The completed evaluation proposal is the applicant's product.

Information about the applicant

Name of the applicant (company name or the name of the hospital/region)*:

SkylineDx B.V.

* If you are a public applicant, the Danish Health Technology Council refers to the requirement that the evaluation proposal in its entirety must be approved by the hospital or regional management.

Contact person (name, position):

Arjan van Manen, Chief Strategy Officer & Jelle Spoorendonk, Market access and HEOR lead

Date of submission of the evaluation proposal:

31 January 2024

Information about the health technology

Briefly describe the health technology to be evaluated:

The Merlin Assay is a non-invasive gene expression profiling (GEP) test co-developed with the Mayo Clinic in the United States. It analyses the melanoma tumour tissue and determines the patient's risk of having metastases in the sentinel lymph nodes. The test is based on a CP-GEP algorithm that combines clinical and pathological parameters and gene expression of 8 genes to assess the individual risk based on a low- and high-risk result. The test does not require additional tumour material beyond the biopsy of the primary melanoma. The diagnostic test can be performed in local Danish laboratories.

Provide a rationale for why it is relevant to conduct an evaluation of the health technology:

In current clinical (Danish) practice and according to Danish guidelines, for staging purposes of melanoma, specialists need to assess whether there is a risk of higher than 5% of having nodal involvement, physicians will deem patients sentinel lymph node biopsy (SLNB)-eligible.¹ This sentinel lymph node surgery allows specialists to stage the melanoma patient further clinically. The clinical stage will inform subsequent treatment pathways of a patient and whether this patient requires adjuvant therapy or can be put under observation. To assess nodal involvement, a SLNB is carried out, in which the patient in some cases goes under full anesthesia, whereas the lymph node(s) to which the cancer cells are most likely to spread are taken out for further assessment and to determine whether cancer cells are present. In about 80-85% of these SLNBs, lymph nodes are negative and cancer has likely not spread. This means that 4 of the 5 patients would undergo a surgery that they may not need.^{2,3} In addition, SLNB is associated with complications in about ~17% of the patients. Peer-reviewed evidence published on the Merlin Assay concludes that patients with a low-risk test result can forgo the SLNB, whereas patients with a high-risk test result would still undergo a SLNB.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Danish guideline SLNB accessed at: https://www.dmcg.dk/siteassets/forside/kliniske-retningslinjer/godkendte-kr/dmg/dmg_sentinel-node-biopsi_v1.0_admgodk221121.pdf 2. Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, et al. Final Trial Report of Sentinel-Node Biopsy versus Nodal Observation in Melanoma. N Engl J Med. 2014;370(7):599-609. 3. Dansk Melanom Database (DMD) Årsrapport 2022 accessed at: https://www.sundhed.dk/content/cms/30/57130_dansk-melanom-database_dmd_aarsrapport-2022.pdf 4. [REDACTED]

What is the classification of the health technology?

Medical device, which is CE marked*

- Class I
- Class IIA
- Class IIB
- Class III

Diagnostic technology, which is CE marked**

- Class A
- Class B
- Class C
- Class D

Procedure (workflow related to diagnostics, treatment, rehabilitation, and/or with a preventive purpose)
If the procedure involves the use of one dominant health technology, describe it, and provide its CE marking and classification

* The Danish Health Technology Council only evaluates medical devices that are CE marked or otherwise meets the legal requirements for medical devices.

** Diagnostic technology utilizing medical equipment for *in vitro* diagnostics.

the applicant hereby declares under penalty of perjury that the above information is accurate and complies with the relevant legislation concerning CE marking.

Briefly describe the current status of the use of the health technology in Denmark and abroad.

<p>The technology has been well established and researched in multiple countries and settings in the US and Europe and has received CE-marking as of 2022. [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>

Proposed PICO specification (Population, Intervention, Comparator, Outcome) for framing the evaluation question:

<p>Population – The patient group in/for which the health technology is utilized and which the</p>	<p>Patients with newly diagnosed primary malignant melanoma that are SLNB eligible pT1-pT3 primary cutaneous melanoma</p>
---	---

evaluation focuses on, including the annual number of patients in Denmark:	
I ntervention – The specific health technology to be evaluated:	Merlin Assay (CP-GEP)
C omparator – The health technology or treatment that is natural to compare with and currently used as the best and most widely adopted alternative to the intervention in Denmark (I):	Sentinel lymph node biopsy (this procedure is being used to assess whether there is nodal metastasis. Patients that receive a low risk test result with Merlin Assay can forgo SLNB, whereas patients that receive a high risk test result would undergo SLNB)
O utcome – The clinical effectiveness measures that would be relevant to assess the health technology compared to the comparator are:	Specificity, Sensitivity, negative predictive value, SLNB reduction rate, relapse-free survival, distant metastatic-free survival, melanoma-specific survival

* PICO is a tool utilized by the Danish Health Technology Council to formulate precise issues and is crucial in the planning and execution of an evaluation by the Danish Health Technology Council. PICO is further detailed in the Danish Health Technology Council's methods guide, available on the Danish Health Technology Council's [website](#).

Provide a brief description of the proposed comparator and whether the suggested health technology (intervention) is suggested to replace or to be an add on to the current alternative:

The suggested health technology is assumed to replace a part of the patients of the existing current alternative SLNB; namely patients that receive a low-risk test result with the Merlin Assay can forgo the SLNB procedure, whereas patients that receive a high-risk test result would still undergo SLNB for further diagnosis and staging.

Is the health technology mentioned in professional clinical guidelines from institutions like the Danish Health Authority or medical scientific societies? Specify which ones:

No

Has the health technology been evaluated by other HTA institutions (e.g. NICE, Nye Metoder)? Specify which ones:

Merlin has been evaluated by Medicare and received positive recommendation in the US (reimbursed for all patients).

Provide the names of manufacturers/suppliers of the health technology, if relevant:

[REDACTED]

Information about the evidence base for the health technology:

Indicate whether the health technology (compared to the current alternative) aims to improve treatment/diagnosis of the patient group as perceived from one or more of the following perspectives (indication of the primary impact of using of the health technology):

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Clinical effectiveness and safety | <input type="checkbox"/> Patient preferences and experiences |
| <input checked="" type="checkbox"/> Organizational aspects, such as changes to workflows | <input checked="" type="checkbox"/> Costs associated with treatment/diagnostics |

*For the evaluation of health technologies, the Danish Health Technology Council employs four perspectives: Clinical Effectiveness and Safety, the Patient Perspective, Organizational Implications, and Health Economics. For further elaboration on these perspectives, refer to the Danish Health Technology Council Council's methods guide for the evaluation of health technologies, available on the Danish Health Technology Council Council's [website](#).

State the expected impact of the health technology within the indicated perspectives above:

<p>Clinical effectiveness and safety:</p> <ul style="list-style-type: none"> The Merlin Assay supports physicians in determining whether SLNB eligible patients would require an invasive SLNB procedure based on a high or low risk score for nodal metastases. By using the Merlin assay and being assigned a low-risk score, patients can safely forgo SNLB, which could potentially lead to less patients requiring invasive SNLB surgery in current standard practice. <p>Organizational aspects:</p> <ul style="list-style-type: none"> The Merlin Assay is a less time-consuming test which requires less resource use and different disciplines within the hospital compared to a SLNB for a patient that would be deselected. This would reduce the number of procedures (e.g., medical evaluation and imaging prior to SNLB, SNLB surgery, pathology, and surgical follow-up) required compared to current standard practice. <p>Costs associated with treatment/diagnostics:</p> <ul style="list-style-type: none"> In a cost-effectiveness study published in 2022 analyzing the break-even point between a scenario with and a scenario without Merlin, authors concluded that Merlin testing for thin melanomas could be potentially cost saving depending on the cost of the molecular assay and SNLB reimbursement rates. The SNLB procedure itself is associated with complications due to the procedure, such as seroma, lymphedema, infection/cellulitis, hematoma and wound <u>dehiscence</u>. These complications and the associated costs and resource use could be reduced if these procedures are only being conducted in those patients that have the highest risk of nodal metastases.
--

Provide references* for documentation of the health technology's effects (if possible, include up to 2 key references per perspective):

Clinical effectiveness and safety	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bellomo D, Arias-Mejias SM, Ramana C, et al. Model Combining Tumor Molecular and Clinicopathologic Risk Factors Predicts Sentinel Lymph Node Metastasis in Primary Cutaneous Melanoma. <i>JCO Precis Oncol.</i> 2020;4:319-334. 2. Arias-Mejias SM, Quattrocchi E, Tempel D, et al. Primary cutaneous melanoma risk stratification using a clinicopathologic and gene expression model: a pilot study. <i>Int J Dermatol.</i> 2020 Nov;59(11):e431-e433. 3. Mulder E.E.A.P., Dwarkasing J.T., Tempel D. Et al. Validation of a clinicopathological and gene expression profile model for sentinel lymph node metastasis in primary cutaneous melanoma, <i>British Journal of Dermatology</i>, Vol. 184; 1: 944–951, 4. Yousaf, A., Tjien-Fooh, F.J., Rentroia-Pacheco, B., et al. (2021), Validation of CP-GEP (Merlin Assay) for predicting sentinel lymph node metastasis in primary cutaneous melanoma patients: A U.S. cohort study. <i>Int J Dermatol</i>, 60: 851-856. 5. Johansson I, Tempel D, Dwarkasing JT, Rentroia-Pacheco B, Mattsson J, Ny L, Olofsson Bagge R. Validation of a clinicopathological and gene expression profile model to identify patients with cutaneous melanoma where sentinel lymph node biopsy is unnecessary. <i>Eur J Surg Oncol.</i> 2022 Feb;48(2):320-325 6. Eggermont AMM, Bellomo D, Arias-Mejias SM, Quattrocchi E, Sominidi-Damodaran S, Bridges AG, Lehman JS, Hieken TJ, Jakob JW, Murphree DH, Pittelkow MR, Sluzevich JC, Cappel MA, Bagaria SP, Perniciaro C, Tjien-Fooh FJ, Rentroia-Pacheco B, Wever R, van Vliet MH, Dwarkasing J, Meves A. Identification of stage I/IIA melanoma patients at high risk for disease relapse using a clinicopathologic and gene expression model. <i>Eur J Cancer.</i> 2020 Nov;140:11-18. 7. Mulder EEAP, Dwarkasing JT, Tempel D, van der Spek A, Bosman L, Verver D, Mooyaart AL, van der Veldt AAM, Verhoef C, Nijsten TEC, Grunhagen DJ, Hollestein LM. Validation of a clinicopathological and gene expression profile model for sentinel lymph node metastasis in primary cutaneous melanoma. <i>Br J Dermatol.</i> 2021 May;184(5):944-951. 8. Amaral T, Sinnberg T, Chatziioannou E, Niessner H, Leiter U, Keim U, Forschner A, Dwarkasing J, Tjien-Fooh F, Wever R, Flatz L, Eggermont A, Forchhammer S. Identification of stage I/II melanoma patients at high risk for recurrence using a model combining clinicopathologic factors with gene expression profiling (CP-GEP). <i>Eur J Cancer.</i> 2023 Mar;182:155-162. 9. Stassen RC, Mulder EEAP, Mooyaart AL, Francken AB, van der Hage J, Aarts MJB, van der Veldt AAM, Verhoef C, Grünhagen DJ. Clinical evaluation of the clinicopathologic and gene expression profile (CP-GEP) in patients with melanoma eligible for sentinel lymph node biopsy: A multicenter prospective Dutch study. <i>Eur J Surg Oncol.</i> 2023 Dec;49(12):107249.
The Patient perspective	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meves A, Eggermont AMM. Deselecting Melanoma Patients for Sentinel Lymph Node Biopsy During COVID-19: Clinical Utility of Tumor Molecular Profiling. <i>Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes.</i> 2020 Oct;4(5):586-587.

	2. Hieken TJ, Sadurní MB, Quattrocchi E, et al. Using the Merlin assay for reducing sentinel lymph node biopsy complications in melanoma: a retrospective cohort study. <i>Int J Dermatol.</i> 2022 Jul;61(7):848-854.
Organizational Implications	1. Meves A, Eggermont AMM. Deselecting Melanoma Patients for Sentinel Lymph Node Biopsy During COVID-19: Clinical Utility of Tumor Molecular Profiling. <i>Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes.</i> 2020 Oct;4(5):586-587.
Health Economics	1. Thao V, Dholakia R, Moriarty JP, et al. Cost evaluation of the Merlin assay for predicting melanoma sentinel lymph node biopsy metastasis. <i>Int J Dermatol.</i> 2023 Jan;62(1):56-61.

* Reference to published, ongoing, or unpublished data.

Indicate whether the health technology is expected to incur additional costs, cost reductions, or be cost-neutral compared to the current alternative. Briefly describe how the costs are expected to be distributed across sectors (hospital, general practice, municipalities, patients, etc.), and what is considered to drive the potential addition or reduction in costs. The Danish Health Technology Council encourages applicants to complete and include the Danish Health Technology Council's cost outline, accessible on the Danish Health Technology Council's [website](#).

Additional costs

Cost reductions

Cost-neutral

Ideally, the implementation of Merlin would not induce additional budget impact. Cost reductions, or cost neutrality heavily depends on the price of the molecular assay and the reimbursement rates for SLNB. However, costs and DRG codes associated with SLNB are often separated from the costs associated with the pathological work-up and the identification of tumour cells in the biopsy itself. Both are not necessary when patients are deselected for SLNB through Merlin. In addition, there is uncertainty whether costs would differ if multiple nodes would need to be assessed compared to assessing only one node.

Free-text field (optional additional information, max 300 words):

Denmark is in the highest ranking worldwide for the incidence of cutaneous melanoma. At the same time, the efforts to capture information on this disease are unique in the world. The Danish melanoma registry provides a wealth on data to help understand the disease and patients confronted with this life-threatening disease.

Hence, SkylineDx seeks this opportunity to work with different stakeholders in Denmark to facilitate clinical implementation for this test. The ambition is to reserve surgeries for those patients that would benefit from it most and refrain from it when it is not needed. To provide access to patients and have their tumor biology better understood, would have a positive impact on the patient treatment pathway. This requires a structure for implementation and coverage for the test.



**Behandlingsrådets evaluerings-
design vedrørende
repetitiv transkraniel magnetisk
stimulation til behandling af
voksne patienter med
behandlingsresistent depression**

Om Behandlingsrådets evalueringsdesign

Formål

Denne evaluering har til formål at danne grundlag for Behandlingsrådets anbefaling vedr. repetitiv Transkraniel Magnetisk Stimulation (rTMS) til behandling af voksne patienter med behandlingsresistent depression.

Proces

Behandlingsrådet besluttede d. 5. oktober 2023 at igangsætte en evaluering af egen drift vedrørende rTMS til behandling af voksne patienter med behandlingsresistent depression. En evaluering af egen drift indebærer, at Behandlingsrådet varetager selve evalueringen. Evalueringen er igangsat på baggrund af Behandlingsrådets proces for identifikation, screening og udvælgelse af allerede publicerede internationale Health Technology Assessments (HTA'er) fra Storbritannien, Norge, Finland og Sverige. Evaluering af rTMS til behandling af voksne patienter med behandlingsresistent depression er udgivet af Health Technology Wales i november 2021. Evalueringsforslaget fremgår på Behandlingsrådets hjemmeside.

Nærværende evalueringsdesign tager afsæt i en publiceret HTA fra Health Technology Wales fra november 2021, som evalueringen er initieret af. Evalueringsdesignet er derefter tilpasset til at afspejle en dansk klinisk praksis i et samarbejde mellem Fagudvalget vedrørende rTMS til behandling af voksne patienter med behandlingsresistent depression og Behandlingsrådets sekretariat. Evalueringsrapporten tager udgangspunkt i nærværende evalueringsdesign, Behandlingsrådets proceshåndbog og metodevejledning for evalueringer. Der vil ikke blive udarbejdet en ansøgning, da Behandlingsrådet varetager evalueringen. Kommissoriet for fagudvalget kan sammen med de øvrige dokumenter ligeledes findes på Behandlingsrådets hjemmeside.

Vejledning

Evalueringen tager udgangspunkt i fire perspektiver: Klinisk effekt og sikkerhed, Patientperspektivet, Organisatoriske implikationer og Sundhedsøkonomi. Belysning af perspektiverne er baseret på en gennemgang samt faglig vurdering af den nuværende tilgængelige evidens.

Oplysninger om dokumentet

Godkendelsesdato:	Dokumentnummer:	Versionsnummer:
05.10.2023		1.0

Versionsnummer:	Dato:	Ændring:
1.0	07.03.2024	Godkendt af Behandlingsrådet

INDHOLD

1 Begreber og forkortelser	3
2 Afgrænsning	4
3 Baggrund.....	5
3.1 Depression.....	5
3.2 Standard klinisk praksis for behandling af depression	6
3.3 Repetitiv Transkraniel Magnetisk Stimulation (rTMS) som behandlingsmetode.....	6
3.4 Behandlingsresistent depression som patientpopulation for nærværende evaluering	7
4 Evalueringsspørgsmål	9
4.1 Effektmålsbeskrivelse	10
5 Patientperspektivet	12
6 Organisatoriske implikationer.....	13
7 Sundhedsøkonomi	14
7.1 Valg af sundhedsøkonomisk analyse	14
7.2 Sundhedsøkonomiske rammer.....	15
8 Søgestrategi	18
Søgning efter eksisterende HTA-rapporter	18
Søgning efter systematiske reviews og primærstudier.....	18
9 Evidensens kvalitet	20
10 Referencer	21
11 Fagudvalgets sammensætning.....	23

1

Begreber og forkortelser

BDI	Becks Depression Inventory
BIA	Budgetkonsekvensanalyse (<i>Budget Impact Analysis</i>)
CUA	<i>Cost-utility</i> analyse
DKK	Danske kroner
DLPFC	Dorsolateral præfrontal cortex
EQ-5D	<i>EuroQol-5Dimensions</i>
ECT	Elektrokonvulsiv terapi
GRADE	System til at vurdere evidens (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
HTA	Health Technology Assessment
iTBS	Intermitterende Theta Burst Stimulering (<i>Intermittent Theta Burst Stimulation</i>)
MDI	Major Depression Inventory
MKRF	Mindste kliniske relevante forskel
NIBS	Non-invasive Brain Stimulation
NNT	Number needed to treat
PICO	Population, intervention, komparator og effektmål (Population, Intervention, Comparator and Outcome)
RR	Relativ risiko
rTMS	Repetitiv Transkraniel Magnetisk Stimulation
SF-12, 36	Short-form 12, Short-form 36
TMS	Transkraniel Magnetisk Stimulation
QALY	Kvalitetsjusterede leveår (<i>Quality Adjusted Life Years</i>)

2 Afgrænsning

Nærværende evaluering vil primært tage udgangspunkt i HTA'en fra Health Technology Wales publiceret i november 2021. Health Technology Wales har anvendt litteratursøgningen på det kliniske evidensgrundlag fra en tidligere HTA fra Ontario Health (publiceret i maj 2021) og har ekskluderet den del af litteraturen fra denne HTA, som omhandler patienter med bipolar lidelse, og foretaget opdaterede meta-analyser på det resterende evidensgrundlag.

Indeværende PICO er baseret på den, der blev anvendt af Health Technology Wales' HTA i deres analyse i 2021. Fagudvalget har foretaget følgende afgrænsninger ift. valg af patientpopulation, intervention og komparator for at sikre relevans for den danske kontekst.

Afgrænsning af patientpopulation

Evalueringen tager udgangspunkt i patienter, der lider af unipolar depression, som ikke har responderet succesfuldt til farmakologisk behandling, eller af andre årsager ikke er indiceret til antidepressiv farmakologisk behandling, i klinisk term benævnt behandlingsresistent depression. Andre diagnoser såsom bipolar depression er ekskluderet, på grund af variationen i behandlingsregimer mellem disse diagnoser.

Afgrænsning af intervention

Der findes forskellige protokoller af rTMS-behandling. Nærværende evaluering inkluderer følgende rTMS protokoller:

- Højfrekvens stimulering af den venstre dorsolaterale præfrontale cortex (venstre DLPFC) med 10-20 Hz
- Lavfrekvens stimulering af den højre dorsolaterale præfrontale cortex (højre DLPFC) med 1 Hz
- Intermittent thetaburst stimulering (iTBS) af venstre DLPFC

Interventionen evalueres som en produktkategori af forskellig rTMS udstyr. Der skelnes derfor ikke mellem forskellige produkter i nærværende evaluering.

Afgrænsning af komparator

Indeværende evaluering inkluderer følgende komparatorer:

- Sham rTMS (placebo)
- Elektrokonvulsiv terapi (ECT)
- Farmakologisk behandling

3 Baggrund

3.1 Depression

Depression er en af de mest almindelige psykiske lidelser, der påvirker millioner af mennesker verden over. Globalt set udgør depression 4,4% af den totale, globale sygdomsbyrde. WHO anslår, at depression vil blive den anden mest belastende sygdom på verdensplan indenfor de næste 20 år, hvad angår sygdomsbyrde og økonomiske konsekvenser for samfundet [1].

Prævalensen af unipolar depression i Danmark er estimeret til at udgøre 3,3% af befolkningen [2], hvilket i 2022 svarede til knap 200.000 personer (baseret på befolkningstal fra december 2022) [3]. For den økonomiske byrde i sundhedsvæsenet betyder det, at depression medfører udgifter for over 9,7 mia. DKK til behandling, pleje og medicin [1,4].

Fordelingen af den prævalente forekomst mellem kvinder og mænd for behandlingskrævende depression i Danmark er hhv. 15-25% og 7-12%, hvilket indikerer, at depression er dobbelt så hyppig hos kvinder sammenlignet med mænd [5]. Udtræk fra Landspatientregisteret i år 2022 på ICD-10 koderne F32 (Depressiv enkeltepisode) og F33 (Periodisk depression) viser, at antallet af:

- Patienter diagnosticeret med **mild depression** var 666 (depressiv enkeltepisode) og 747 (periodisk depression).
- Patienter diagnosticeret med **moderat depression** var 5.408 (depressiv enkeltepisode) og 4.372 (periodisk depression).
- Patienter diagnosticeret med **svær depression** var 2.481 (depressiv enkeltepisode, inkluderer patienter med og uden psykotiske symptomer) og 2.347 (periodisk depression, inkluderer patienter med og uden psykotiske symptomer).

[6]

Depressionens sværhedsgrad defineres på baggrund af de depressive symptomer, heriblandt kernesymptomerne; sygeligt nedtrykthed, nedsat lyst eller interesse, nedsat energi eller øget træthed samt ledsagesymptomer i form af bl.a. søvn- og appetitforstyrrelser. Det anslås af både internationale og danske undersøgelser, at det er mindre end halvdelen af personer med diagnosen depression som modtager behandling. Dermed er der en stor gruppe af patienter med depression, som er underbehandlet [5].

Diagnosen depression stilles på baggrund af flere redskaber, herunder anerkendte diagnostiske kriterier, hvor patienten i mindst 2 uger skal være præget af minimum to kernesymptomer såsom nedtrykthed/depressivt stemningsleje og nedsat lyst eller interesse og rangeres i sværhedsgrad (let, moderat, svær) ud fra antallet af tilhørende ledsagesymptomer såsom selvbebrejdelser eller skyldfølelse og tanker om død eller selvmord. I diagnostisk sammenhæng kan der samtidig anvendes validerede spørgeskemaer såsom Major Depression Inventory (MDI), Becks Depression Inventory (BDI-II) eller Hamiltons Depression Rating Scale (HDRS). De validerede spørgeskemaer kan anvendes til at kvantificere sværhedsgraden af depressionen og dermed bidrage til valget af behandlingsregime.

3.2 Standard klinisk praksis for behandling af depression

Behandling af depression foregår i tæt samarbejde mellem patientens almen praktiserende læge og speciallæge i psykiatri med evt. tilhørende samtalebehandling ved psykoterapeut afhængig af den/de behandlingsmetoder, der vurderes bedste valg for den enkelte patient. Så snart der er medicinsk behandling involveret for patientgruppen mellem 18 og 24 år, har en speciallæge i psykiatri behandlingsansvaret, men kan i stabil fase overgå til patientens egen læge. Patienter fra 25 år behandles typisk i almen praksis, såfremt der er tale om let til moderate depressioner med lange raske intervaller. Ved manglende effekt af behandling, ved forværring af sygdom eller ved relativt hyppige episoder foregår behandlingsansvaret i psykiatrien og ikke i almen praksis. Akut indlæggelse på en psykiatrisk afdeling kommer på tale i de tilfælde, hvor den behandlingsansvarlige læge vurderer, at patienten eksempelvis er svært selvmordstruet. Derfor er den behandlingsansvarlige læge forpligtet til løbende at vurdere patientens selvmordsrisiko [5].

Flere behandlingsmetoder anvendes i Danmark til behandling af depression. Overordnet set omfatter behandlingsmetoderne farmakologisk behandling, samtaleterapi og ECT ved de sværeste tilfælde. Valget af behandlingsmetode afhænger i høj grad af sygdommens ætiologi, sværhedsgrad, kombination og kompleksitet af symptombilledet og patientens behandlingshistorik. Den rette behandling er derfor betinget af et komplekst diagnostisk forløb, som både baseres på screening, blodprøver og ofte tværfaglig koordination med det somatiske sundhedsvæsen.

I dansk klinisk praksis er det anerkendt, at patienten tilbydes forskellige former for samtalebehandling ved milde og moderate depressioner og at tilbyde antidepressiv medicin, hvor der er tale om moderate til svære depressioner. Det er ofte standardpraksis, at patienter med depression tilbydes en kombination af medicin og samtalebehandling. ECT behandling er indiceret ved depressiv stupor, akut suicidalfare og behandlingsresistens. Denne patientgruppe lider af den mest alvorlige form for depression og kendetegnes ofte ved at være indlagt på en psykiatrisk afdeling. ECT-behandling er anerkendt for at være den mest effektive korttids-behandling og kan være livreddende pga. sin hurtigt indtrædende effekt ved de mest alvorlige, svære depressioner. ECT gennemføres i narkose og er dermed, for sundhedsvæsenet, en ressource tung behandlingsopgave. Det gives tre gange ugentligt indtil patienten har modtaget 10-12 behandlinger. Effekten af ECT er veldokumenteret, men beskrives som havende generende bivirkninger, såsom muskelsmerter, hovedpine og retrograd amnesi.

Litteraturen beskriver bl.a. ECT, sham rTMS og farmakologisk behandling som relevante komparatorer som afspejler standard klinisk praksis i Danmark. Der skal være en opmærksomhed på, at den udenlandske litteratur kan afspejle forskellig kliniske praksis og dermed beskrive nogle komparatorer til behandling af behandlingsresistent depression som ikke nødvendigvis er standard klinisk praksis i Danmark for den inkluderede patientpopulation.

3.3 Repetitiv Transkraniel Magnetisk Stimulation (rTMS) som behandlingsmetode

Repetitiv Transkraniel Magnetisk Stimulation (rTMS) er i december 2022 omklassificeret af den europæiske kommission for implementering af regulativer om medicinsk udstyr, fra risikoklasse IIa til risikoklasse III (medicinsk udstyr på linje med kirurgisk invasivt udstyr). Omplaceringen er begrundet med, at ændringer i hjernens neuronale aktivitet kan have langvarige effekter og eventuelle uønskede hændelser kan dermed potentielt også være langvarige eller irreversible [7].

Ikke-invasiv hjernestimulering (*non-invasive brain stimulation*, NIBS) er en samlet gruppe af hjernestimulerings-teknikker, som anvendes til at ændre hjerneaktiviteten ved at påvirke den elektriske og

kemiske aktivitet af neuroner mhp. enten at øge eller reducere specifikke områder eller nervekredsløb i hjernen [8].

RTMS er en NIBS stimuleringssteknik, der anvender elektromagnetisk stråling til at modulere neuronaktiviteten i bestemte områder af hjernen. Der eksisterer flere forskellige protokoller af rTMS, der karakteriseres på baggrund af frekvensen og intervallet af de genererede magnetiske impulser; herunder dyb TMS, intermitterende theta burst stimulering (iTBS), kontinuerlig theta burst stimulering, høj- eller lavfrekvens rTMS og uni- eller bilateral rTMS [9].

Nærværende evaluering afgrænser sig til rTMS behandling og dennes forskellige stimulationsparametre. Gentagen rTMS behandling over en given periode vil resultere i længerevarende ændringer i hjerneaktiviteten. Indenfor rTMS er der særligt to behandlingsprotokoller, som er de mest belyste i litteraturen, højfrekvent rTMS¹ og lavfrekvent rTMS². Der er efterhånden et stort antal kliniske studier, der undersøger effekten af rTMS på depression. Nogle kliniske studier og meta-analyser viser lovende resultater af rTMS ved behandling af depression. Der er stigende international interesse for rTMS som et alternativt behandlingstilbud, da det potentielt kan være en skånsom og effektiv behandling til depressive patienter, der ikke responderer på andre terapier. Teknikken er godkendt i USA af Food and Drug Administration på indikationen depression [10].

En nyere rTMS protokol kaldes intermitterende Theta Burst Stimulering (iTBS). Denne protokol består af færre og højere frekvenser af impulser sammenlignet med højfrekvens rTMS. iTBS protokollen menes at producere hurtigere, men også mere langvarige ændringer i hjernen, sammenlignet med standard højfrekvente protokoller [8].

RTMS-behandling adskiller sig fra konventionel behandling af depression ved at kræve dagligt fremmøde i et individuelt sammensat forløb, som kan strække sig over 10-40 dage og tage alt imellem 5-30 minutter. Den mest optimale behandlingsvarighed er endnu ikke fastlagt.

Der findes flere producenter af rTMS udstyr på markedet. De tilgængelige produkter forventes at være klinisk ligeværdige, hvilket betyder, at behandling med det ene produkt fremfor det andet produkt ikke forventes at have forskellig behandlingseffekt. Produkterne kan indstilles i de forskellige protokoller, der angiver frekvensen og intervallet af den magnetiske stråling, som skal anvendes som behandlingsmetode. Denne evaluering behandler de tilgængelige produkter på markedet ligeligt og dermed som en produktkategori, hvilket betyder, at Behandlingsrådets evaluering ikke kommer til at fremhæve enkeltstående produkter i evalueringen og anbefalingen, men at evalueringen udtaler sig samlet set om rTMS behandling indenfor kategorien af rTMS udstyr.

3.4 Behandlingsresistent depression som patientpopulation for nærværende evaluering

Definitionen af behandlingsresistent depression er uklar og der er ikke international konsensus vedr. grænsen for hvornår en patient vurderes behandlingsresistent. Fagudvalget bemærker at følgende definition af behandlingsresistens for patienter med unipolar depression anvendes i Danmark. Unipolar depression defineres som behandlingsresistent, når patienten ikke har opnået remission efter at have forsøgt mindst to forløb med antidepressiv medicin fra forskellige farmakologiske klasser, og behandlingen har været adækvat med hensyn til dosis, varighed og kompliance. Dertil er det en lægefaglig opgave at udelukke andre årsager til manglende respons på behandling, herunder bl.a. om der kan være tale om andre somatiske eller psykiske årsager til symptomerne eksempelvis bipolar lidelse, demens eller misbrug. Det anslås, at mellem 25-50% af de patienter, der behandles for en akut depressiv

¹ Administreres overfor den venstre dorsolaterale præfrontale cortex

² Administreres overfor den højre dorsolaterale præfrontale cortex

episode, ikke responderer tilfredsstillende på behandlingen indenfor en periode på 12 uger [11]. Det skønnes, at 14% af patienter med moderat til svær depression bliver udredt og behandlet uden en tilfredsstillende effekt. Jo længere tid patienterne forbliver ubehandlet eller utilstrækkeligt behandlet, jo sværere vil depressionen være at behandle, og risikoen for at blive behandlingsresistent vil dermed øges [12]. I den nuværende danske praksis tilbydes rTMS udelukkende som behandling til patienter med behandlingsresistent depression. Det betyder samtidig at vurderingen af behandlingsresistens er vigtig for de vanskeligt behandlelige patienternes mulighed for at modtage anden form for behandling end hvad almen praksis kan tilbyde. Organiseringen af behandlingsforløbet på nuværende tidspunkt er således, at patienten får en henvisning til lokalpsykiatrien mhp. mere specialiseret behandling, herunder eksempelvis rTMS behandling som supplement til anden behandling, når almen praksis har vurderet, at patienten er behandlingsresistent overfor standard behandling med antidepressiva.

4 Evalueringsspørgsmål

For at fokusere evalueringen vedrørende rTMS til behandling af patienter med depression, har fagudvalget opstillet nedenstående evalueringsspørgsmål. Evalueringsspørgsmålet har til formål at afgrænse evalueringen vedrørende rTMS til behandling af patienter med depression. I nedenstående afsnit fremgår evalueringsspørgsmål, den tilhørende PICO, samt beskrivelsen af de effektmål, som fagudvalget har vurderet klinisk relevante at belyse ift. vurdering af teknologiens patientnære effekter.

Evalueringsspørgsmål Bør behandling med rTMS tilbydes som tillægsbehandling til voksne patienter med behandlingsresistent unipolar depression?

Besvarelsen af evalueringsspørgsmålet tager udgangspunkt i specifikationen af *population*, *intervention*, *comparator* og *outcome* (PICO), som angivet i Tabel 1. PICO er rammesættende for alle fire perspektiver i evalueringen. Med afsæt i specifikationen, vil evalueringen indeholde en sammenligning af rTMS overfor sham rTMS, farmakologisk behandling og ECT.

Af Tabel 1 fremgår endvidere de effektmål, som fagudvalget vurderer, er de væsentligste for patientgruppen, der er omfattet af evalueringen. For hvert effektmål har fagudvalget rangeret vigtigheden, angivet den ønskede måleenhed og fastsat en mindste klinisk relevant forskel (MKRF). MKRF er et udtryk for den absolutte forskel i effekt, der vurderes at have en betydning for patientgruppen, og som i klinisk praksis kan være afgørende for, om rTMS bør anbefales til anvendelse ved voksne patienter med depression.

Tabel 1 – Specifikationer for PICO.

PICO	Specifikation
	<p>Patienter over 18 år med moderat til svær episode af behandlingsresistent unipolar depression.</p> <p>Populationen inkluderer følgende ICD-10 koder: F32 (depressiv enkeltepisode) herunder: F32.1, F32.2, F33 (periodisk depression) herunder: F33.1 og F33.2</p> <p>Eksklusionskriterier for populationen:</p>
Population:	<ul style="list-style-type: none"> • Pågående alkoholmisbrug (pga. risiko for krampeanfald under abstinensstilstand) • Manisk episode • Aktuell psykotisk episode • Presserende selvmordstanker • Nylig blodprop (under 3 mdr.) og aktuell hjerneblødning • Fremmede færomagnetiske metallegemer i hoved og brystkasse
	<p>Repetitiv Transkraniel Magnetisk Stimulation (rTMS) behandling.</p>
Intervention:	<p>Interventionen inkluderer følgende behandlingsprotokoller:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Højfrekvens stimulering af den venstre dorsolaterale præfrontale cortex (venstre DLPFC) med 10-20 Hz • Lavfrekvens stimulering af den højre dorsolaterale præfrontale cortex (højre DLPFC) med 1 Hz

- Intermittent thetaburst stimulering (ITBS) af DLPFC

Komparator:	<ul style="list-style-type: none"> • Sham rTMS • Farmakologisk behandling • Elektrokonvulsiv terapi (ECT)
--------------------	--

Effekt mål: (vigtighed)	Måleenhed	Mindste klinisk relevante forskel
Remissionsrate (kritisk)	Andel, der opnår remission på valideret depressionsskala.	10%-point opgjort ved endt behandling
Responstrate (kritisk)	Responstrate (defineret som $\geq 50\%$ reduktion i depressionsscore)	10%-point opgjort ved endt behandling
Recidivrate (kritisk)	Opgjort som det er gjort i de inkluderede studier	Baseret på opgørelsesmetoden
Helbredsrelateret livskvalitet (kritisk)	European Quality of Life questionnaire in five dimensions (EQ-5D)	0,028 opgjort ved endt behandling
Frafald (vigtig)	Opgjort som andel af patienter, der ophører behandlingen præmaturot	10%-point opgjort ved endt behandling (sammenholdes kun med ECT)
Uønskede hændelser (bivirkninger) (kritisk)	Opgjort som det er gjort i de inkluderede studier	Baseret på opgørelsesmetoden

Belysningen af den kliniske effekt og sikkerhed baseres på eksisterende litteratur identificeret via den systematiske litteratursøgning (afsnit **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.**). Fagudvalget indstiller, at den kliniske effekt og sikkerhed baseres på randomiserede kontrollerede studier. Såfremt enkelte effekt mål ikke kan beskrives af randomiserede kontrollerede studier, bør der anvendes evidens fra non-randomiserede komparative kohorte-studier.

4.1 Effektmålsbeskrivelse

I gennemgangen af målene for effekt- og sikkerhed, som fremgår af PICO-specifikationen, udfolder fagudvalget vigtigheden, måleenheden og fastsættelsen af MKRF. Fagudvalget har valgt effektmålene ud fra, hvad der er af primær betydning for patientpopulationen i valget mellem rTMS behandling og standardbehandling.

4.1.1 Remissionsrate (Kritisk)

Remissionsrate karakteriseres her som den procentmæssige andel af personer, der opnår samme psykologiske og sociale funktionsniveau, som de oplevede før begyndelsen af depressionen. Hvorvidt remission er opnået, kan vurderes af en behandler eller ved hjælp af en valideret rating skala/spørgeskema. Eksempelvis, er remission på HDRS defineret som en pointscore på ≤ 7 . På Montgomery and Asberg Depression Rating Scale er remission defineret som en pointscore på ≤ 12 [13] og på Patient Health Questionnaire en score på ≤ 4 . Fagudvalget vurderer at MKRF er 10%-point og effektmålet bør opgøres efter endt behandling.

4.1.2 Responstrate (Kritisk)

Responstrate adskiller sig fra remissionsrate og behandlingseffekt målt ved depressionsskala ved, at informere om, andelen af patienter, der opnår en positiv effekt af behandlingen, men ikke nødvendigvis opnår fuld remission og kan dermed være med til at belyse mere subtile forskelle i

interventionerne. Responstrate defineres som andelen af patienter, der opnår en $\geq 50\%$ reduktion i depressionsscore. Fagudvalget vurderer at MKRF er 10? %-point mellem interventionerne og effektmålet bør opgøres efter endt behandling.

4.1.3 Recidivrate (Kritisk)

Recidivrate defineres som andelen af patienter, der oplever tilbagefald inden for en specificeret tidsramme efter afsluttet behandling. For eksempel kan det måles som andelen af patienter, der oplever genoptagelse af depressive symptomer inden for et år efter afsluttet behandling. Da definitionen af recidivrate ofte varierer mellem studier, inkluderes alle studier, der anvender variationer af dette effektmål og grupperes efter definitionen.

4.1.4 Helbredsrelateret livskvalitet (Kritisk)

Jævnfør Behandlingsrådets metodevejledning for evalueringer bør helbredsrelateret livskvalitet indgå og være et kritisk effektmål. Fagudvalget vurderer, at helbredsrelateret livskvalitet bør indgå og måles med det generiske EuroQol-5Dimensions-5Levels spørgeskema (EQ-5D-5L). Fagudvalget vurderer, at spørgeskemaet Short Form 36 (SF-36) og Short Form 12 (SF-12) begge også anvendes hyppigt i litteraturen og vil derfor inkluderes. Der er identificeret en MKRF i litteraturen på 0,028 ændring i indeksscore [17]. Fagudvalget vurderer, at denne skal udgøre MKRF og foretrækker effektmålet opgjort efter længst mulig opfølgningstid.

4.1.5 Frafald (Vigtig)

Fagudvalget vurderer, at det er vigtigt at opgøre frafaldsraten ved rTMS i forhold til frafaldsraten ved komparatorerne, da dette kan have betydelig indflydelse på udbyttet heraf. Frafald opgøres som den procentuelle andel af personer, der afbryder behandlingen præmaturligt (drop-out ratio) eller gennemfører med sporadisk fremmøde, så behandlingen definatorisk ikke er modtaget. Fagudvalget vurderer at MKRF er 10 %-point og opgøres ved endt behandling.

4.1.6 Uønskede hændelser (bivirkninger) (Vigtig)

Behandlingsmulighederne for behandlingsresistent depression er forbundet med risici for uønskede hændelser. Typen og alvorligheden af de uønskede hændelser afhænger af behandlingen, og fagudvalget finder derfor effektmålet vigtigt for vurderingen af de forskellige behandlingsmuligheder. Jævnfør Behandlingsrådets metodevejledning skal uønskede hændelser som hovedregel belyses i beskrivelsen af den kliniske sikkerhed. Uønskede hændelser defineres som uønskede effekter af behandlingen hos patienten. Eksempler på uønskede hændelser er hovedpine, hudproblemer, svimmelhed og smerte. Fagudvalget vurderer, at det er relevant at undersøge forskellen i andelen af patienter med én eller flere uønskede hændelser mellem de forskellige behandlingsmuligheder. Da definitionen af uønskede hændelser eller bivirkninger ofte varierer mellem studier, inkluderes alle studier, der anvender variationer af dette effektmål og grupperes efter definitionen. Fagudvalget ønsker effektmålet ved både kort (<6 måneders) og lang (>6 måneders) opfølgningstid, og med afsæt i effektmålets alvorlighed vurderer fagudvalget at enhver statistisk signifikant forskel er klinisk relevant.

5 Patientperspektivet

Jævnfør Tabel 1 (det kliniske spørgsmål med tilhørende PICO-specifikation) og afsnit 4.2 (effektmålsbeskrivelse) indstiller fagudvalget, at effekten af de inkluderede behandlingsalternativer belyses med udgangspunkt i patientrapporterede, kvantificerbare mål. Omdrejningspunktet for patientperspektivet er at supplere denne viden med patienterfaringer, -oplevelser og -holdninger af kvalitativ karakter.

Besvarelsen af emnerne vedr. Patientperspektivet (Tabel 2) belyses med publicerede studier eller rapporter på emnerne. Såfremt denne type viden ikke findes, kan emnerne belyses med udgangspunkt i anden eksisterende evidens/information af kvalitativ karakter.

Hvis det vurderes, at der er væsentlige overlap mellem fund for emnerne, er det ikke nødvendigt at belyse emnerne særskilt. Hvor det vurderes relevant, kan emnerne belyses i sammenhæng. I forbindelse med gennemgangen af emnerne skal der angives referencer for fund.

Fagudvalget er bevidst om og gør opmærksom på, at evidens vedr. patientperspektivet som oftest ikke er af komparativ karakter, dvs. at undersøgelser ikke forventes at inkludere en direkte sammenligning af oplevelser ved de inkluderede behandlingsalternativer.

Tabel 2 - Emner der forventes belyst i forbindelse med patientperspektivet

Emne	Beskrivelse
Præferencer mellem behandlingsalternativer	Det ønskes belyst om patienterne i den definerede patientpopulation har præferencer for valget mellem rTMS og komparator. Såfremt præferencer kan belyses, vil en række faktorer, der kan være påvirkende for patienternes ønske eller valg af behandling fremgå.
Patienternes oplevelse af behandlingsforløbet, i relation til tidsforbrug, behandlingsvarighed og geografisk ulighed	Behandling med rTMS kræver dagligt fremmøde i klinikken i 2-6 uger af 15-30 minutters varighed, afhængig af det individuelle behandlingsforløb. Det ønskes belyst hvilken betydning et rTMS behandlingsforløb og -varighed kan have for patienter med depression, og hvorvidt den geografiske faktor er begrænsende for patientens oplevelse af mulighed for behandling. Såfremt dette er tilfældet, ønskes det belyst, hvilke faktorer der påvirker denne oplevelse, f.eks. om der er bestemte patientgrupper indenfor den definerede population, som er særligt udfordrede. Derudover ønskes det belyst, hvordan patienterne oplever effekten af behandling med rTMS.
Patienternes oplevelse af bivirkninger relateret til behandlingsalternativerne	Litteraturen beskriver en række bivirkninger såsom sammentrækninger i ansigtsmuskulaturen, smerter hvor stimulans er påført samt hovedpine. Det ønskes belyst om patienterne oplever generende bivirkninger. Såfremt bivirkninger opleves generende, ønskes det belyst, om de oplevede bivirkninger påvirker patientens daglige aktiviteter og gøremål. En kvantitativ opgørelse af bivirkninger belyses i afsnit 4 i relation til klinisk effekt og sikkerhed. Denne belysning af bivirkninger skal understøtte den kvantitative opgørelse med kvalitative beskrivelser af hvordan patienterne oplever bivirkningerne ift. deres hverdag.

6

Organisatoriske implikationer

Fagudvalget har defineret emnerne vedrørende Organisatoriske implikationer i Tabel 3 og vurderer at disse emner har betydning for anvendelse af rTMS behandling af den inkluderede patientpopulation i det danske sundhedsvæsen.

Besvarelsen af emnerne vedr. Organisatoriske implikationer bør basere sig på publicerede studier eller rapporter inden for emnerne. Hvis ikke der eksisterer publicerede studier eller rapporter på emnerne, skal de belyses med udgangspunkt i anden eksisterende evidens/information af kvalitativ karakter.

Hvis det vurderes, at der er væsentlige overlap mellem fund for emnerne, er det ikke nødvendigt at belyse emnerne særskilt. Hvor det vurderes relevant, kan emnerne derfor belyses i sammenhæng. Ved gennemgang af emnerne skal der angives referencer for fund.

Tabel 3 - Emner der forventes belyst i forbindelse med de organisatoriske implikationer ved anvendelse af rTMS behandling i det danske sundhedsvæsen.

Emne	Beskrivelse
Beskrivelse af behandlingsforløb for patienter med behandlingsresistent depression	<p>Det ønskes belyst, hvordan det/de overordnede behandlingsforløb ser ud for de inkluderede alternativer ift. den definerede patientpopulation.</p> <p>Det ønskes tydeliggjort hvilke forskelle i forløb og ressourceforbrug der er mellem rTMS behandling og standardbehandling for voksne patienter med behandlingsresistent depression. Behandlingsforløbene bør inkludere det samlede patientforløb på tværs af organisationer og sektorer samt afspejle eventuelle ændringer i forløb på tværs af de 3 regioner som tilbyder rTMS behandling.</p>
Behandlingskapacitet i det offentlige sundhedsvæsen	<p>Det ønskes belyst, hvordan en eventuel ændring i andelen af patienter, der vil blive behandlet med rTMS i større skala end i dag, kan påvirke den generelle behandlingskapacitet i det offentlige sundhedsvæsen, og hvilke ændringer det vil kræve, at imødekomme øget behandling med rTMS til patienter med behandlingsresistent depression.</p>
Uddannelsesbehov og kompetencevedligeholdelse	<p>I relation til at implementere rTMS som en ny behandlingsform i en klinik, ønskes det belyst hvad der kræves af personaleressourcer anvendt på uddannelse, supervision og kompetencevedligeholdelse mhp. at kunne varetage rTMS behandling.</p>

7 Sundhedsøkonomi

Under perspektivet Sundhedsøkonomi, skal der, ved hjælp af en sundhedsøkonomisk evaluering, skabes et overblik over, om rTMS behandling er omkostningseffektiv at tilbyde som tillægsbehandling til voksne patienter med behandlingsresistent, unipolar depression.

I tillæg hertil skal det estimeres, hvilke budgetmæssige konsekvenser en eventuel positiv, national anbefaling af de forskellige behandlingsalternativer medfører for de samlede regionale sundhedsbudgetter.

Det sundhedsøkonomiske perspektiv inkluderer derfor en sundhedsøkonomisk evaluering og en budgetkonsekvensanalyse (*Budget Impact Analysis, BIA*).

I forbindelse med belysning af det sundhedsøkonomiske perspektiv afdækkes det, hvorvidt der eksisterer videnskabelig sundhedsøkonomisk litteratur på området. Eksisterende videnskabelig litteratur identificeres ved hjælp af en systematisk litteratursøgning efter sundhedsøkonomisk litteratur. Denne analyses litteratursøgning vil være en opdatering af Health Technology Wales litteratursøgning efter sundhedsøkonomisk litteratur. Søgestrategien er beskrevet i afsnit 8. Såfremt der ikke identificeres eksisterende videnskabelig litteratur som kan udgøre den sundhedsøkonomiske analyse efter nedenstående ramme i tabel x, udarbejdes en *de novo* sundhedsøkonomisk analyse af Behandlingsrådets sekretariat. Eksisterende sundhedsøkonomisk litteratur kan, såfremt det er relevant, anvendes som inspiration til bl.a. modelstruktur, inputestimer i form af sandsynligheder, effektestimater og omkostningsestimater – såfremt disse kan reflektere dansk praksis.

7.1 Valg af sundhedsøkonomisk analyse

Fagudvalget vurderer, at den sundhedsøkonomiske analyse af rTMS som tillægsbehandling til patienter med behandlingsresistent depression bør baseres på data vedrørende helbredsrelateret livskvalitet, som indgår som et kritisk effektmål for evalueringen (Tabel 1, samt afsnit 4). Med udgangspunkt heri vurderer fagudvalget, at en *cost-utility* analyse (CUA), der undersøger forskelle i omkostninger og forskelle i kvalitetsjusterede leveår (QALY), kan afspejle omkostningseffektiviteten af de inkluderede behandlingsalternativer. En CUA bliver udarbejdet, såfremt der påvises en klinisk relevant forskel af de inkluderede behandlingsalternativer på effektmålet 'helbredsrelateret livskvalitet' og såfremt dette effektmål kan anvendes som *utility*-værdi, hvilket muliggør en kvantificering af patienternes livskvalitet i den sundhedsøkonomiske analyse. Litteraturen vil blive anvendt til at supplere med relevante *utility*-værdier på inkluderede helbredstilstande.

Data på helbredsrelateret livskvalitet skal håndteres i henhold til Behandlingsrådets metodevejledning til evaluering af sundhedsteknologi og tekniske bilag vedr. helbredsrelateret livskvalitet, som kan findes på Behandlingsrådets hjemmeside.

Såfremt der ikke kan påvises en klinisk relevant effektforskel vedr. patienternes helbredsrelateret livskvalitet, udarbejdes analysen som en omkostningseffektivitetsanalyse på et øvrigt, af fagudvalget, vurderet relevant kritisk effektmål.

7.2 Sundhedsøkonomiske rammer

De nedenstående afsnit repræsenterer fagudvalgets overvejelser vedrørende valg og omfang af den sundhedsøkonomiske analyse samt budgetkonsekvensanalysen, herunder specifikt hvilke rammer, der afgrænser analyserne samt de bemærkninger fagudvalget har til disse. For øvrige metodiske elementer knyttet til udarbejdelsen af sundhedsøkonomiske analyser og budgetkonsekvensanalyser henvises der til Behandlingsrådets metodevejledning for evalueringer samt vejledning i omkostningsopgørelse, som kan findes på Behandlingsrådets hjemmeside.

I Tabel 4 oplistes rammerne for den sundhedsøkonomiske analyse og den tilhørende budget-konsekvens analyse.

Tabel 4 - Rammerne for den sundhedsøkonomiske analyse og budgetkonsekvensanalysen.

	Sundhedsøkonomisk analyse	Budget-konsekvens analyse
Tidshorisont	3 år (Valg af tidshorisont beskrives i afsnit 7.2.1)	5 år.
Intervention	rTMS behandling	
Komparator(er)	Farmakologisk behandling ECT	
Analysemetode(r)	Cost-utility analyse (CUA)	Kasseøkonomisk analyse
Effekt mål	Kvalitetsjusterede leveår (<i>Quality adjusted life years</i> , QALY)	DKK
Metode til extrapolering hvis relevant	Udføres i relevant omfang jævnfør Behandlingsrådets tekniske bilag samt Medicinrådets vejledning om anvendelse af forløbsdata i sundhedsøkonomiske analyser.	Ikke relevant
Analyseperspektiv	Begrænset samfundsperspektiv	Regionale sundhedsbudgetter beregnet samlet for de fem regioner
Omkostningskomponenter	<p>Omkostninger bør inkludere, men er ikke begrænset til:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teknologiomkostninger (apparaturløst og vedligehold, mv.) - Behandlingsomkostninger (personaleresourcer, medicin, konsultationer, indlæggelser mv.) - Løbende kontroller i forbindelse med behandling - Transportomkostninger og tidsforbrug for patienter direkte relateret til behandlingen (ikke relateret til hændelser (f.eks. indlæggelse) som følge af sygdommen). 	<p>Udgifter bør inkludere, men er ikke begrænset til:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Udgifter til teknologi - Udgifter til oplæring - Udgifter til behandling - Udgifter til kontrol
Følsomhedsanalyser	Jf. Behandlingsrådets metodevejledning og tekniske bilag foretages der probabilistiske- og one-way følsomhedsanalyser på de inkluderede parametre og udføres scenarieanalyser afhængigt af relevansen for analysen.	<p>Følsomhedsanalyser bør som minimum foretages på de følgende parametre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Andel af patienter der behandles med alternativerne - Udgifter relateret til alternativerne

Der foretages probabilistiske- og/eller one-way følsomhedsanalyser på de inkluderede parametre og udføres scenarieanalyser afhængigt af relevansen for analysen.

7.2.1 Opmærksomhedspunkter i analyserne

Ved afrapportering af den sundhedsøkonomiske analyse skal der angives referencer for væsentlige antagelser, der ligger til grund for analysen. Fagudvalget opfordrer til, at antagelser baseres på data i det omfang, det er muligt. Hvis det er nødvendigt at basere antagelser på f.eks. ekspertudtalelser, skal der foreligge argumentation for rimeligheden af antagelserne.

Fagudvalget gør opmærksom på, at omkostningskomponenterne angivet i Tabel 4 inkluderer komponenter, der som *minimum* skal inkluderes i analyserne, dvs. at fagudvalget fortsat forventer, at der inkluderes omkostninger, som vurderes relevante under henvisning til Behandlingsrådets metodevejledning til evaluering af sundhedsteknologi og vejledning til omkostningsopgørelse.

Særlige opmærksomhedspunkter i forbindelse med den sundhedsøkonomiske analyse inkluderer:

For *cost-utility* analysen:

- **Markov-model.** Fagudvalget vurderer, at det er relevant at udføre *cost-utility* analysen som en markov-model, da depression er en sygdom, hvor patientens helbredstilstand ændrer sig over tid, med risiko for tilbagefald af symptomer og remission ved behandlingsrespons.
- **Tidshorisont.** Behandlingsresistent depression er en tilstand som betyder, at det er særligt kompliceret at behandle den enkelte patient med de behandlingsmuligheder der anbefales anvendt og efter gældende retningslinjer om dosis, varighed og kompliance. Den kliniske litteratur der undersøger effekten af rTMS overfor f.eks. ECT eller farmakologisk behandling på patienter med behandlingsresistent depression, har relativt korte observationstider (typisk 12 måneder), hvorfor fagudvalget vurderer, at base case analysen bør reflektere en tidshorisont som i højere grad læner sig op ad de opfølgningstider, der er anvendt i de kliniske studier. Nærværende analyse går dog udover de kliniske studiers observationstider, men læner sig op ad de tidshorisonter, som er anvendt i tidligere HTA'er fra Wales og Ontario. Fagudvalget bemærker også at en forholdsvis kort tidshorisont afspejlet i de ovennævnte HTA'er fint vil afspejle det kliniske behandlingsforløb med behandlingsalternativerne. Patienter som har opnået remission og har været stabil i 2 år vil ved ny episode af depression, starte på et nyt behandlingsforløb. Såfremt fagudvalget finder det relevant kan der blive afprøvet forskellige tidshorisonter i følsomhedsanalyser mhp. at undersøge hvilken betydning tidshorisonten har for resultatet.
- **Modelstruktur.** Analyserne gennemføres som kohorteberegninger ved hjælp af Markovmodellering. Fagudvalget vurderer, at patienternes helbredsstadie skal revurderes i intervaller af 6 måneder (også kaldet cykluslængde). Denne cykluslængde er ligeledes anvendt i nylige *cost-utility* analyser på området [9,20,21]. Fagudvalget vurderer cykluslængden relevant til at reflektere den tid det tager for patienternes helbredstilstand at ændre sig til et evt. nyt stadie.

For budgetkonsekvensanalysen:

- **Patientpopulation.** I forbindelse med afrapportering af budgetkonsekvensanalysen skal der foreligge en beskrivelse af de antagelser, der ligger til grund for, hvor mange patienter med behandlingsresistent depression der forventeligt behandles med rTMS i løbet af budgetkonsekvensanalysens femårige tidshorisont, både i nuværende og nyt scenarie. Så vidt muligt vil data i BIA'en basere sig på regionernes data og data fra tilgængelige sundhedsregistre. Fagudvalget bemærker, at der kan være tale om en stor patientpopulation og at det dermed kan

være urealistisk at kunne tilbyde rTMS behandling til alle behandlingsresistente patienter med unipolar depression.

- **Behandlingskapacitet.** Fagudvalget bemærker, at en budgetkonsekvensanalyse også kan udarbejdes mhp. at afspejle hvad der er muligt at implementere i de 5 regioner af rTMS behandlingsforløb, når der tages højde for begrænset personaleressourcer og øvrige kapacitetsbegrænsninger. I så fald kan budgetkonsekvensanalysen også vise resultater på hvor mange patienter regionerne kan forvente at behandle over en 5 årig periode.

8 Søgestrategi

Som led i udarbejdelsen af evalueringsdesignet, foretager sekretariatet i samarbejde med fagudvalget en systematisk litteratursøgning, der har til formål at identificere eksisterende publiceret litteratur, der belyser den undersøgte sundhedsteknologi inden for de fire perspektiver, herunder klinisk effekt og sikkerhed, patientperspektivet, organisatoriske implikationer og sundhedsøkonomi.

Identifikationen af eksisterende videnskabelig litteratur foretages i tre trin. Første trin har til formål at identificere eksisterende health technology assessments (HTA-rapporter), som evalueringen af den undersøgte sundhedsteknologi helt eller delvist kan basere sig på. Såfremt sekretariatet ikke identificerer HTA-rapporter med tilsvarende specifikationer, som denne evaluering, søger sekretariatet efter systematiske reviews og metaanalyser, efterfulgt af en systematisk søgning efter primærstudier.

Ved godkendelsen af nærværende design er sekretariatet i gang med at udføre en systematisk litteratursøgning efter eksisterende HTA-rapporter. Dermed er arbejdet med identifikation af publiceret videnskabelig litteratur i proces og fortsætter i udarbejdelsen af den endelige evalueringsrapport.

Søgning efter eksisterende HTA-rapporter

Det første trin i søgestrategien er, som specificeret ovenfor, at foretage en ad hoc søgning efter HTA-rapporter vedr. rTMS behandling af behandlingsresistent depression. Dertil er det valgt at fremsøge eksisterende guidelines inden for området ved dette trin. Søgespecialisten i Behandlingsrådet anvender søgeord for rTMS og behandlingsresistent depression. Litteratursøgningen er afgrænset til hhv. engelsk, norsk, svensk og dansk i tidsperioden 2013-2024. Antal hits, databaser samt datoer for søgningerne vil fremgå af evalueringsrapporten.

Health Technology Assessments og guidelines, 2019-2024

Databaser og resultater:

Database	Platform	Resultat HTA	Dato
Diverse Internetkilder	Se nedenfor	5	09.01.2024
PubMed	PubMed.gov	27	09.01.2024
Embase	Embase.com	66	09.01.2024
I alt		98	
÷ dubletter vha. EndNote		79	

Søgning efter systematiske reviews og primærstudier

Næste skridt i søgeprocessen er at identificere nyere publiceret litteratur i form af systematiske reviews og primærstudier. Disse trin vil være afhængige af, om evalueringen kan baseres helt eller delvist på en eller flere eksisterende HTA'er eller guidelines. Søgningen planlægges derfor i forbindelse med udarbejdelsen af evalueringsrapporten, men vil i udgangspunktet udgøres af søgeblokke for Patient (P) og Intervention (I) i henhold til PICO-specifikationen. For hvert af perspektiverne vil søgeblokkene suppleres af yderligere afgrænsninger i henhold til perspektivernes formål. Søgningernes tidsbegrænsning

vil afhænge af, om der er identificeret en relevant HTA eller guideline, men vil uanset være begrænset til videnskabelig evidens fra år 2013-2023 samt afgrænset til sprogene; dansk, engelsk, norsk og svensk. For patientperspektivet og organisatoriske implikationer kan det potentielt være relevant at inddrage grå litteratur eller anden eksisterende evidens, hvilket vil blive afklaret i forbindelse med udarbejdelsen af evalueringsrapporten. I den systematiske søgning vil diverse konferencepublikationer blive sorteret fra. De specifikke søgeord, databaser, samt datoer for søgninger vil fremgå af evalueringsrapporten.

Klinisk Effekt og Sikkerhed, systematiske reviews og metaanalyser og RCT'er.

Databaser og resultater:

Database	Platform	Resultat Systematiske Reviews	Resultat RCT	Dato
PubMed	PubMed.gov	292	889	12.01.2024
Embase	Embase.com	394	645	15.01.2024
Cochrane Library	Wiley	0	1281	16.01.2024
I alt		686	2815	
÷ dubletter vha. EndNote		431	1886	

Patientperspektiv.

Databaser og resultater:

Database	Platform	Resultat	Dato
PubMed	PubMed.gov	61	16.01.2024
Embase	Embase.com	108	17.01.2024
CINAHL with Full Text	EBSCOhost	71	17.01.2024
PsycINFO	APA	37	18.01.2024
I alt		277	
÷ dubletter vha. EndNote		196	

Sundhedsøkonomi

Databaser og resultater:

Database	Platform	Resultat	Dato
PubMed	PubMed.gov	70	16.02.2024
Embase	Embase.com	239	06.02.2024
CINAHL with Full Text	EBSCOhost	21	06.02.2024
I alt		330	
÷ dubletter vha. EndNote		330	

9 Evidensens kvalitet

Fagudvalget vurderer evidensens kvalitet med afsæt i værktøjerne i Tabel 3 i Behandlingsrådets [metodevejledning](#). Fagudvalget supplerer evalueringen af evidenskvalitet med en vurdering af om evidensgrundlaget er tilstrækkelig i relation til den risiko, som anvendelse af teknologien forventes at indebære.

10 Referencer

1. Danmark. Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark : sygdomme. 2023.
2. L. R. Olsen, E. L. Mortensen, P. Bech. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(2):96–103.
3. Danmarks Statistik. Danmarks Statistik, Befolkningstal 2022 [Internet]. <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/saveselections.asp>. 2022 [cited 2024 Jan 3]. Available from: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/saveselections.asp>
4. Vestergaard SV, Rasmussen TB, Stallknecht S, Olsen J, Skipper N, Sørensen HT, et al. Occurrence, mortality and cost of brain disorders in Denmark: A population-based cohort study. *BMJ Open*. 2020 Nov 17;10(11).
5. Lægehåndbogen. Depression.
6. Sundhedsdatastyrelsen. Landspatientregistret, avanceret udtræk 2022.
7. European Union. Commission Implementing Regulation (EU) 2022/2347 of 1 December 2022 laying down rules for the application of Regulation (EU) 2017/745 of the European Parliament and of the Council as regards reclassification of groups of certain active products without an intended medical purpose (Text with EEA relevance). 2022.
8. Cotovio G, Ventura F, da Silva DR, Pereira P, Oliveira-Maia AJ. Regulatory Clearance and Approval of Therapeutic Protocols of Transcranial Magnetic Stimulation for Psychiatric Disorders. Vol. 13, *Brain Sciences*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2023.
9. Health Technology Wales. Transcranial magnetic stimulation to treat people with treatment-resistant major depression. 2021.
10. Professor K, Videbech P, Fønss L. National Klinisk Retningslinje for vanskeligt behandlelig depression [Internet]. Available from: <http://www.psykiatri-regionh.dk/cndr/Sider/default.aspx>
11. Poul Videbech (Forfatter) DPS, Kaj Sparle Christensen (Referent) DS for AM, Maj Vinberg (Referent) DPS. Behandlingsrefraktær depression. 2023.
12. Professor K, Videbech P, Fønss L. National Klinisk Retningslinje for vanskeligt behandlelig depression [Internet]. 2020. Available from: <http://www.psykiatri-regionh.dk/cndr/Sider/default.aspx>
13. Machado M, Iskedjian M, Ruiz I, Einarson TR. Remission, dropouts, and adverse drug reaction rates in major depressive disorder: a meta-analysis of head-to-head trials. <https://doi.org/10.1185/030079906X132415> [Internet]. 2006 Sep [cited 2023 Feb 24];22(9):1825–37. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1185/030079906X132415>
14. Chevance A, Ravaud P, Tomlinson A, Le Berre C, Teufer B, Touboul S, et al. Identifying outcomes for depression that matter to patients, informal caregivers, and health-care professionals: qualitative content analysis of a large international online survey. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7(8):692–702. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30191-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30191-7)
15. 9.2.3.2 The standardized mean difference [Internet]. [cited 2023 May 11]. Available from: https://handbook-5-1.cochrane.org/chapter_9/9_2_3_2_the_standardized_mean_difference.htm
16. Medicinrådet. Medicinrådets protokol for vurdering vedrørende esketamin til kortvarig behandling af voksne med moderat til svær depressiv episode med akut øget selvmordsrisiko. 2021;
17. McClure NS, Sayah F Al, Ohinmaa A, Johnson JA. Minimally Important Difference of the EQ-5D-5L Index Score in Adults with Type 2 Diabetes. *Value Health* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2023 Apr 25];21(9):1090–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30224114/>

18. Schorre BEH, Vandvik IH. Global assessment of psychosocial functioning in child and adolescent psychiatry. A review of three unidimensional scales (CGAS, GAF, GAPD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2004 Oct [cited 2023 Feb 24];13(5):273–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15490275/>
19. Klinik Psykiatri Nord. GAF vurdering af patienters funktions- og symptomsniveau – Klinik Nord [Internet]. 2006 [cited 2023 Feb 24]. Available from: <https://pri.rn.dk/Sider/12600.aspx>
20. Fitzgibbon KP, Plett D, Chan BCF, Hancock-Howard R, Coyte PC, Blumberger DM. Cost–Utility Analysis of Electroconvulsive Therapy and Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Treatment-Resistant Depression in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2020 Mar 1;65(3):164–73.
21. Messages K. ONTARIO HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT SERIES Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for People With Treatment-Resistant Depression: A Health Technology Assessment [Internet]. Vol. 21, Ontario Health Technology Assessment Series. 2021. Available from: <https://www.hqontario.ca/evidence-to-improve-care/health-technology-assessment/reviews-and->

11 Fagudvalgets sammensætning

Sammensætning af fagudvalg vedr. rTMS	
Formand	Indstillet af
Ana Lisa Carmo Overlæge, TMS-ansvarlig	Læge Videnskabelige Selskaber (LVS)
Medlemmer	Udpeget af
Morten Ronnenberg Møller Generalsekretær i Depressionsforeningen	Danske Patienter
Anete Dudele Udbudskonsulent	Regioners Fælles Indkøbsfunktion (RFI)
Mahmoud Ashkanian Speciallæge, Mentis Speciallægepraksis	Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS)
Maria Bagger Specialsygeplejerske	Region Nordjylland
Klaus Martiny Professor, overlæge	Region Hovedstaden
Mikala Bak Oversygeplejerske	Region Sjælland
Claus Havregaard Sørensen Overlæge	Region Syddanmark

© Behandlingsrådet, 2021.

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

www.behandlingsraadet.dk

Niels Jernes Vej 6a, 9220 Aalborg Ø

Versionsnummer: 1.0

Sprog: Dansk

Udgivet af Behandlingsrådet, d. DD. MM AAAA

Behandlingsrådet