



B

Behandlingsrådets undersøgelsesdesign vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser – årsager og interventioner

Marts 2023

Om Behandlingsrådets undersøgelsesdesign

Undersøgelsesdesignet er udarbejdet af Fagudvalget for analyse af ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser i samarbejde med Behandlingsrådets sekretariat og Dansk Center for Klinisk Sundhedstjenesteforskning (DACS), Aalborg Universitet. Fagudvalgets kommissorium er tilgængeligt på Behandlingsrådets hjemmeside. Sammensætningen af fagudvalget for analysen (2023) ses i Bilag B. Undersøgelsesdesignet specificerer analysens overordnede formål samt et eller flere undersøgelsesspørgsmål og præsenterer Behandlingsrådets overordnede ramme for, hvordan den konkrete problemstilling skal analyseres. Undersøgelsesdesignet offentliggøres på Behandlingsrådets hjemmeside

Den endelige rapport skal udarbejdes med afsæt i informationerne fra:

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

Oplysninger om dokumentet		
Godkendt af fagudvalget	10.03.2023	
Versionsnummer:	1.0	
Versionsnr.:	Dato:	Ændring:
1.0	17.03.2023	Offentliggjort
1.0	10.03.2023	Godkendt af fagudvalget

INDHOLD

1 Forkortelser og begreber	4
2 Introduktion	6
Om dette undersøgelsesdesign	6
3 Baggrund	7
Uligheder i sygdomskonsekvenser og behandling af patienter med psykisk lidelse	7
Årsager til ulighederne i patientforløbet	8
Interventioner der reducerer ulighederne.....	10
4 Formål	11
5 Metode og datagrundlag	12
Del 1: Ulighed i patientforløb.....	12
Del 2: Årsagsmekanismer der bidrager til uligheder i den somatiske behandling	13
Del 3: Interventioner som anvendes i Danmark.....	15
6 Referencer.....	17
7 Bilag.....	20
Bilag A. Analysetema	20
Bilag B. Fagudvalgets sammensætning.....	22

1 Forkortelser og begreber

AKS	Akut koronart syndrom, en samlebetegnelse som dækker over ustabil angina og akut myokardieinfarkt med og uden ST-elevation ¹
DAGS	Dansk Ambulant Grupperings System
DRG	Diagnose Relaterede Grupper
DRG og DAGS-takster	DRG og DAGS-taksterne udtrykker sygehusenes gennemsnitlige driftsudgifter på landsplan inden for indlagte og ambulante kontakter.
ICD-10	International klassificering af sygdomme, den 10. Revision (International Classification of Diseases 10th Revision)
KOL	Kronisk obstruktiv lungesygdom
LPR	Landspatientregisteret
Psykiske lidelser	Defineres som lidelser karakteriseret ved en forstyrrelse af den enkeltes tanker, følelsesmæssige regulering eller adfærd ² . Psykiske lidelser er ofte forbundet med lidelse samt en svækkelse af vigtige funktionsområder ² . I designet anvendes begrebet psykisk lidelse gennemgående frem for psykisk sygdom på baggrund af WHO's klassifikationsværktøj, ICD-10/ICD-11, som klassificerer psykiske diagnoser som psykiske lidelser, ikke sygdomme ^{3,4} .
RKKP	Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Somatiske sygdomme	Anvendes om sygdomme i kroppen, herunder eksempelvis hjerte-kar-sygdomme, kræft, luftvejssygdomme og infektioner.
Stroke	Fælles betegnelse for blodprop eller blødning i hjernen
Ulighed i sundhed	Anvendes om uretfærdige og potentielt undgåelige forskelle i sundhedstilstanden og risikoen for at blive syg mellem individer eller grupper i befolkningen ⁵⁻⁷ . <i>Social ulighed i sundhed</i> 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 ⁷ . <i>Geografisk ulighed</i> 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 så som forskelle i sundhedsvæsenets tilbud og ressourcer på tværs af landet.

2 Introduktion

Om dette undersøgelsesdesign

Let og lige adgang til sundhedsvæsenet samt behandling af høj kvalitet markerer to af hjørnestenene i den danske sundhedslov. Sigtet med loven er blandt andet at undgå, at der sker forskelsbehandling af patienter, medmindre disse er begrundet i objektive forhold⁸.

Ulighed i sundhed handler bredt defineret om systematiske forskelle i befolkningen i forhold til 1) risikoen for eksponering af risikofaktorer for sygdom, 2) forekomsten af sygdom, 3) behandlingen af sygdom og 4) konsekvenserne af sygdom^{9,10}. Behandlingsrådets årlige analyser fokuserer på ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper i sundhedsvæsenet, som et aspekt af ulighed i sundhed⁷. Selvom ulighed i sundhed ikke begynder i sundhedsvæsenet, spiller sundhedsvæsenet en rolle i forhold til potentielt at skabe, vedligeholde, eller forstærke uligheden. Sundhedsvæsenet har imidlertid også potentiale til at mindske ulighed i sundhed⁷.

Nærværende undersøgelsesdesign udgør opstarten på Behandlingsrådets anden analyse inden for ulighed i sundhed. Som det blev godkendt af Sundhedsministeriet og Danske Regioner den 13. juni 2022, er temaet for første (2022) og anden analyse (2023) "Ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser". De to rapporter har til hensigt at supplere hinanden, men vil også kunne læses som to selvstændige undersøgelser. Den første rapport for 2022 er publiceret på Behandlingsrådets hjemmeside i januar 2023.

Behandlingsrådets analyse for 2022 viste en omfattende ulighedsproblematik i den somatiske behandling og sygdomskonsekvenser for patienter med psykisk lidelse. Med afsæt i disse resultater, har Behandlingsrådets analyse for 2023 et mere dybdegående sigte, med fokus på patientforløb, samt identifikation af årsagsmekanismer og interventioner.

Nærværende undersøgelsesdesign består af tre dele:

- Et registerstudie, der undersøger patientforløb med henblik på bl.a. at afdække behandlingskvalitet og afledte sygdomskonsekvenser for udvalgte patientgrupper med somatisk sygdom og psykisk lidelse sammenlignet med patienter med tilsvarende somatiske sygdom, men uden samtidig psykisk lidelse.
- Et kvalitativt studie, der undersøger årsagsmekanismer, der bidrager til uligheder i den somatiske behandling.
- Et kvalitativt studie, der identificerer og beskriver gode eksempler på interventioner, som anvendes i Danmark med det formål at reducere uligheder i den somatiske behandling mellem patienter med og uden psykiske lidelser.

I følgende afsnit introduceres den overordnede problemstilling, samt baggrunden for hver af de tre delanalyser.

3 Baggrund

Mennesker med psykiske lidelser lever markant kortere liv sammenlignet med den øvrige befolkning¹¹⁻¹⁷ – i gennemsnit 7-10 år¹⁵ for mennesker med svære psykiske lidelser^a. 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, hvor en af aftalens målsætninger var, at mennesker med psykiske lidelser skal leve længere¹⁸.

Selvom ca. en tredjedel af overdødeligheden blandt personer med psykiske lidelser skyldes selvmord, kan hovedparten, op imod 60 procent af overdødeligheden, tilskrives somatiske sygdomme^{19,20}. Det er påvist, at mennesker med alvorlige psykiske lidelser både har en forøget risiko for at *udvikle* somatiske sygdomme²¹ samt en højere risiko for at *dø* af somatiske sygdomme såsom hjertekarsygdomme, luftvejs-sygdomme, diabetes og kræft^{16,22-27}.

Uligheder i sygdomskonsekvenser og behandling af patienter med psykisk lidelse

Overdødeligheden blandt mennesker med psykiske lidelser som følge af somatiske sygdomme kan skyldes flere forskellige faktorer. Ofte har patienterne en mere usund livsstil med manglende motion, overvægt og rygning^{20,28} for eksempel på grund af nedsatte eksekutive funktioner^b og manglende initiativ forbundet med den psykiske lidelse. Antipsykotisk medicin kan også, på trods af medicinens gavnlige virkninger, bidrage til at øge sygeligheden²⁹.

Flere tidligere undersøgelser, herunder Behandlingsrådets analyse for 2022, har imidlertid peget på uligheder i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser – kontra patienter uden psykiske lidelser. Uligheder som medvirker til at patienterne går glip af potentielle behandlingsmuligheder og/eller modtager en mindre optimal behandling for deres somatiske sygdomme, hvilket kan medvirke til at reducere deres chance for at overleve.

En af hovedkonklusionerne af Behandlingsrådets analyse fra 2022 var, at uanset hvilken hospitalsdiagnosticeret psykisk lidelse der er tale om, så øger psykisk lidelse overordnet set risikoen for at dø indenfor det første år efter en patient modtager en hospitalsdiagnose for enten KOL, akut koronart syndrom (AKS), leversygdom, diabetes type 2, lungebetændelse, stroke, brystkræft eller lungekræft. Samtidig konkluderede rapporten, at der på adskillige somatiske sygdomsråder såsom hjertesygdomme, kræft, stroke og diabetes type 2, var evidens for uligheder i diagnosticeringen og behandlingen af patienter med og uden psykiske lidelser (se nedenfor).

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

^b 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.

Hovedkonklusioner fra Behandlingsrådets analyse 2022

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.
- Disse konklusioner 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.

Årsager til ulighederne i patientforløbet

Behandlingsrådets analyse fra 2022 peger på flere steder i mødet med sundhedsvæsenet, hvor uligheder i behandlingen af patienter med psykisk lidelse potentielt opstår. Det kan være i forbindelse med *diagnosticering*, patienternes aktivering af sundhedsvæsenet ved eksempelvis *akutte henvendelser*, de *undersøgelser* og den *behandling*, som patienterne modtager hos egen læge eller på sygehuset, i forbindelse med patienternes *efterlevelse af behandlingen* og/eller når udredningen/behandlingen overgår til en anden sektor. I alle disse faser af patientforløbet gælder, at forklaringerne på de observerede uligheder både kan være relateret til sundhedsvæsenet (sundhedsprofessionelle og det organisatorisk niveau), til patienten eller samspillet mellem disse³⁰.

Flere faktorer i sundhedsvæsenet kan bidrage til et ikke-optimalt diagnosticerings- og behandlingsforløb for patienter med samtidig psykisk lidelse. For lægen kan symptomer hos patienten relateret til den psykiske lidelse overskygge og bidrage til en fejlfortolkning af de somatiske symptomer. Fysiske symptomer kan eksempelvis fejlagtigt tilskrives angst eller tolkes som en somatisk vrangforestilling. Det bidrager til at komplicere og eventuelt forsinke diagnosticeringsprocessen og medfører en barriere for patienterne med hensyn til at opnå adgang til relevant behandling³¹⁻³³. Der kan også forekomme en ofte ubevidst stigmatisering³⁴⁻³⁶ og diskriminering, fra den sundhedsprofessionelles side - faktorer, der har vist sig at have betydning for patientsikkerheden, herunder eksempelvis om der responderes på patientens symptomer samt kvaliteten af den behandling patienten tilbydes³⁷. Endelig kan der være tale om generel mangel på erfaring med håndtering af patienter med psykisk lidelse³⁸ når patienten bevæger sig i det somatiske system og en mangel på erfaring med patienter med somatisk sygdom når patienterne bevæger sig i det psykiatriske system³⁵. Dette kan have u hensigtsmæssige konsekvenser for patienten³⁹. Disse parametre kan ligeledes have en selvforstærkende effekt, ved at patienten ikke føler sig ligeværdig og imødekommet og derfor helt opgiver at tage kontakt til sundhedsvæsenet.

Organisatorisk er sundhedsvæsenet komplekst og kan for mange være svært at navigere i. Denne kompleksitet er særligt udfordrende, når den somatiske patient også har en psykisk lidelse. For at imødekomme disse udfordringer, kan det kræve ekstra ressourcer i form af tid og personale i

sundhedsvæsenet³⁸. Disse ting kan være svære at opfylde i et i forvejen presset sundhedsvæsen med begrænsede ressourcer. Denne patientgruppe bevæger sig både i det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen, og der kan på det organisatoriske niveau være udfordringer med samarbejdet og informationsflowet imellem de to sektorer. Journalsystemer i kommunen, hos den praktiserende læge og i behandlingspsykiatrien taler ikke nødvendigvis sammen. Det besværliggør koordineringen af den somatiske og psykiatriske behandling^{35,40} samt mulighederne for at understøtte patienten i systemovergange. For patienten betyder det, at de i høj grad selv må koordinere overgange og indsatser på tværs, hvilket kan gøre det endnu mere svært at overskue behandlingen af både den somatiske sygdom og den psykiske lidelse. Endvidere medfører det en risiko for, at patienten ikke kommer til de aftaler, der er lavet, eller ikke får videregivet vigtig information med betydning for deres behandling. I forhold til organiseringen af sundhedsvæsenet, har der over en længere årrække, været en øget anvendelse af digitale løsninger i kommunikationen imellem patient og sundhedsvæsen. Dette har gjort tilgangen væsentligt nemmere for en stor del af befolkningen, men det har desværre også været med til at øge ulighed i adgangen til behandling. Mange borgere, særligt ældre og sårbare patienter, herunder patienter med samtidig psykisk lidelse, kan have svært ved at anvende disse teknologier, og er afhængig af hjælp fra deres sociale netværk, for at anvende disse løsninger. Digitalisering i sundhedsvæsenet kan derfor fremstå som en barriere for adgangen hertil⁴¹.

Også hos patienten med psykisk lidelse kan flere faktorer være medvirkende til uligheder i behandling og sygdomskonsekvenser skabes. Der kan være nedsat opmærksomhed på fysiske symptomer og/eller manglende overskud^{42,43} til at kontakte egen læge eller deltage i screeningsprogrammer^{31,44}. Både i forbindelse med diagnosticering og behandling kan eventuel påvirkning af de eksekutive funktioner som følge af psykisk lidelse komplicere kommunikationen mellem patienten og sundhedsprofessionelle⁴². Der kan også være udtalte udfordringer med mangel på energi til at opstarte og vedligeholde behandlingen, problemer med at transportere sig frem og tilbage til udredning- og behandlingsforløb (eksempelvis ved mangel på socialt netværk), begrænsede økonomiske midler til at købe medicin, mistillid til den behandling, der bliver givet, eventuelt på grund af en problematisk relation til den sundhedsprofessionelle, eksempelvis egen læge³⁸. Overordnet gælder det, at flere af disse faktorer kompliceres yderligere, såfremt patienten har et samtidigt problematisk forbrug af alkohol- og/eller rusmidler⁴⁵.

Selvom flere undersøgelser har identificeret uligheder i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser, så mangler der stadig studier der har fokus på hele patientforløbet, for at få et samlet billede af, hvor de største udfordringer med ulighed finder sted, og hvilke årsagsmekanismer der skaber dem.

Interventioner der reducerer ulighederne

Resultater der viser, at patienter med psykiske lidelser er dårligere stillet end patienter uden psykiske lidelser, når det kommer til somatisk behandling og sygdomskonsekvenser, kalder på målrettede interventioner til at reducere ulighederne.

Det understøttes blandt andet af Sundhedsstyrelsens rapport fra 2020 *Indsatser mod ulighed i sundhed*, hvori et styrket fokus på identificering og opfølgning af somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser anbefales¹⁰.

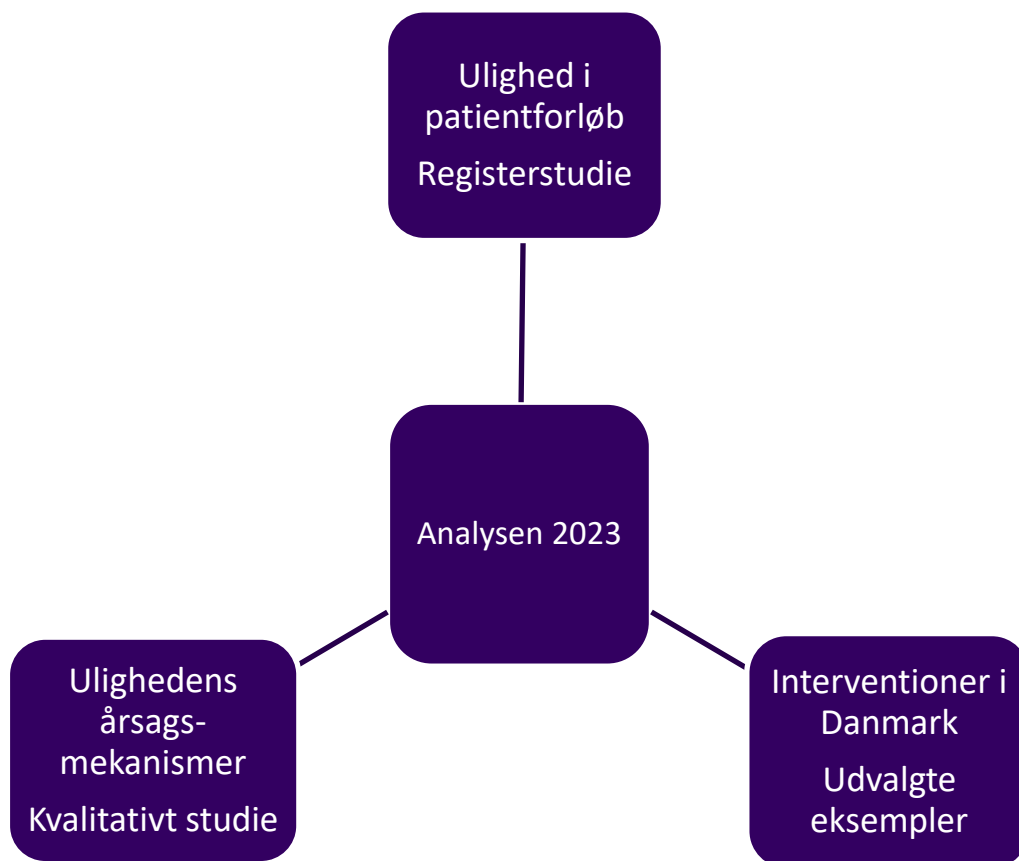
Som et eksempel på en intervention med formålet at opspore somatiske sygdomme kan nævnes *Sammen om dit helbred*, afprøvet i Region Hovedstaden indtil 2020, hvor mennesker med skizofreni, skizoafektiv lidelse eller bipolar lidelse blev identificeret og tilbudt screening for hjerte-kar-sygdomme, diabetes, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol^{46,47}. Andre interventioner anvendt internationalt målrettet mennesker med psykiske lidelser er eksempelvis livsstilsinterventioner med fokus på vægt, kost og fysisk aktivitet^{48,49}, interventioner med fokus på at øge deltagelsen i screeningsprogrammer⁵⁰⁻⁵⁴, og interventioner med henblik på at fremme anvendelsen af eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet, f.eks. allerede eksisterende forebyggelses- og sundhedsfremmende programmer³⁰.

I øjeblikket mangler der et overblik over gode eksempler på interventioner, der anvendes i Danmark målrettet voksne med psykiske lidelser for at reducere uligheder i den somatiske behandling. Det mindsker muligheden for at gøre brug af andres erfaringer med henblik på udviklingen af nye interventioner eller til udbredelsen af allerede eksisterende.

4 Formål

Det overordnede formål med Behandlingsrådets analyse for 2023 er 1) at belyse eventuelle uligheder i det somatiske patientforløb mellem patienter med og uden psykiske lidelser, 2) at undersøge hvilke årsagsmekanismer der bidrager til uligheder i den somatiske behandling 3) at beskrive gode eksempler på interventioner, som anvendes i Danmark med henblik på at afhjælpe ulighederne (Figur 1). Sammen med Behandlingsrådets analyse fra 2022, er det målet, at denne viden kan fungere som afsæt til udviklingen/afprøvningen af målrettede interventioner og/eller udbredelse af allerede eksisterende med henblik på at reducere uligheder i den somatiske behandling af patienter med og uden psykisk lidelse i det danske sundhedsvæsen.

Figur 1: Analysens tre delanalyser



Analysen vil tage udgangspunkt i at belyse følgende spørgsmål:

1. Hvilke forskelle er der på patienters vej igennem sundhedssystemet, herunder hvilke behandlings- og rehabiliteringstilbud bliver patienter med og uden psykisk lidelse tilbudt?
2. Hvordan og hvorfor skabes uligheder i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser?
3. Hvilke gode eksempler findes der i Danmark på interventioner, der har til formål at reducere uligheder i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser?

5 Metode og datagrundlag

I analysen for 2023 anvendes både et kvantitativt og kvalitativt forskningsdesign med en kombination af analyse af primære data baseret på registerdata og observations- og interviewdata. Ved at anvende flere metoder til at undersøge samme problemstilling, opnår undersøgelsen en bredere indsigt i problemet ved bl.a. at kompensere for metodernes svagheder og ved at give forskellige syn på det udforskede. Konkret, suppleres indsigten i, hvor ulighederne i patientforløb finder sted fra registerstudiet med indsigten i de bagvedliggende årsagsmekanismer, der skaber ulighederne fra det kvalitative studie. Indsamling og analyse af kvantitative data (del 1) og kvalitative data (del 2 og del 3) foregår parallelt.

Del 1: Ulighed i patientforløb

Delformål

Registerstudiet har til formål at kortlægge patientforløb inden for hhv. AKS og lungekræft, med henblik på at identificere steder i patientforløbet hvor uligheder opstår. Det kan dreje sig om, hvorvidt de udvalgte patientgrupper modtager diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering i henhold til gældende kliniske retningslinjer.

Studiedesign

Registerstudiet er designet som et historisk kohortestudie, hvor studiepopulationen består af patienter der i perioden 2004-2022 har deres første kontakt til sundhedsvæsenet enten relateret til AKS eller lungekræft. I udvælgelsen af de to somatiske sygdomme er der lagt vægt på, at sygdommene er blandt de hyppigste dødsårsager i den samlede gruppe af patienter med psykiske lidelser, at sygdommene tilsammen både dækker et akut og et kronisk patientforløb, og at der savnes mere viden om kvaliteten af behandlingsforløbene for disse patientgrupper. Patienterne bliver fulgt fra de bliver diagnosticeret med den somatiske sygdom med en opfølgningstid, der afhænger af datamulighederne. Resultaterne vil blive justeret for potentielle confounders, såsom køn, alder og socioøkonomisk status.

Datakilder

Til denne analyse vil der blive indhentet data fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) (Præhospitalsdatabasen, Dansk Hjerteregister, Dansk Hjerterehabileringsdatabase, Dansk Lunge Cancer Register og Dansk Palliativ Database), Sygesikringsregistret og Lægemiddelstatistikregistret. Dette bliver koblet med eksisterende data fra 2023-analysen, der indeholder data fra Landspatientregisteret (LPR), inklusiv LPR-psykiatri og DRG-grupperet LPR (inklusiv DAGS-takster), CPR-registret, Dødsårsagsregisteret, og Uddannelsesregisteret fra Danmarks Statistik. Dette data opdateres til senest mulige årstal. Analyserne gennemføres via Forskermaskinen hos Danmarks Statistik.

Eksposering

Patienterne opdeles på baggrund af om de har en diagnosticeret psykisk lidelse eller ej. Patienterne klassificeres som værende patient med psykisk lidelse, hvis de har haft mindst én diagnosticeret psykisk lidelse i perioden 1994 og frem til inklusionsdatoen.

De psykiske lidelser inddeles på baggrund af indlæggelsesdiagnoser i henhold ICD-10 i følgende ti kategorier:

- F0: Organiske psykiske lidelser
- F1: Psykiske lidelser forårsaget af stoffer
- F2: Skizofrenispektrum tilstande
- F3: De 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

Patienter med flere forskellige psykiske lidelser optræder i flere analyser. Alle patienter med en psykisk lidelse fjernes fra referencegrupperne.

Effektmål

I analysen fokuseres på, om der er ulighed inden for følgende områder:

- *Prognostisk profil*
- *Primær forebyggelse*, der har til formål at hindre sygdom i at opstå.
- *Sekundær forebyggelse*, der har til formål at opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt.
- *Behandling*, der har til formål at helbrede eller afhjælpe et helbredsmæssigt problem.
- *Tertiær forebyggelse*, der har til formål at bremse tilbagefald af sygdom, undgå recidiv og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande
- *Genoptræning/rehabilitering*, der har til formål at borgeren kan vende tilbage til hverdagen på den bedst mulige måde (genoptræning) eller at hjælpe borgeren tilbage til en hverdag, der er så selvstændig og meningsfuld som muligt (rehabilitering).
- *Palliativ indsats*, der har til formål at lindre symptomer og lidelse forårsaget af kræft og andre livstruende sygdomme
- *Konsekvenser*

Del 2: Årsagsmekanismer der bidrager til uligheder i den somatiske behandling

Delformål

Det kvalitative studie har til formål at bidrage til belysningen af de årsagsmekanismer, der bidrager til uligheder i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser. Studiet har fokus på patienter med AKS og lungekræft og samtidig psykisk lidelse. Både patienter og sundhedsprofessionelle inddrages i studiet med henblik på at afdække dels, hvordan kvaliteten i behandlingen opleves – samt eventuelle barrierer i behandlingen – dels hvordan patienters og sundhedsprofessionelles praksisser og interaktioner påvirker behandlingen.

Studiedesign

Der anvendes et kvalitativt studiedesign med en triangulering af forskellige kvalitative metoder, som hver især giver indblik i forskellige niveauer af viden, der kan være med til at belyse de årsagsmekanismer, der skaber uligheder i den somatiske behandling.

Data

Det indsamlede data består af deltagerobservationer på relevante hospitalsafdelinger, individuelle interviews med patienter og fokusgruppeinterviews med sundhedsprofessionelle. Disse elementer beskrives hver for sig i det følgende.

Deltagerobservationer på hospitalsafdelinger

Der foretages deltagerobservationer og feltarbejde på relevante hospitalsafdelinger for henholdsvis AKS og lungekræftpatienter med fokus på de sundhedsprofessionelles praksisser og samarbejder med patienterne på afdelingerne. Den valgte undersøgelsesenhed er Aalborg Universitetshospital, Region

Nordjylland, som vurderes at udgøre en typisk/repræsentativ case med hensyn til behandling af AKS og lungekræft, hvor årsagsmekanismer ville kunne undersøges i den sammenhæng/kontekst, hvor de finder sted.

Deltagerobservationerne gennemføres med formålet at observere patienters og sundhedsprofessionelles praksisser og interaktioner med henblik på at kaste lys over den rolle disse spiller, med hensyn til eventuelt at påvirke den somatiske behandling af patienterne. Styrken ved deltagerobservationer er, at de kan give indsigt i de selvfølgeligheder, der former menneskers handlinger, men som kan være mere eller mindre reflekterede eller fuldt ud erkendte af den enkelte. Deltagerobservationerne anvendes i dette studie som redskab til at observere, hvad der sker på hospitalsafdelingerne i samarbejdet mellem patient og sundhedsprofessionelle – og dermed som supplement til data vedrørende det, patienterne og de sundhedsprofessionelle siger, at der sker (se nedenstående *interviews med patienter* og *fokusgruppeinterviews med sundhedsprofessionelle*).

Det tilstræbes, at deltagerobservationerne gennemføres med en varighed over nogle uger på hver af de relevante hospitalsafdelinger. Observationerne vil, så vidt der er mulighed for det, blive kombineret med uformelle samtaler med de sundhedsprofessionelle på afdelingerne.

Interviews med patienter

Der tilstræbes at etablere kontakt til mellem otte og ti patienter med psykiske lidelser efter, at de er blevet diagnosticeret med AKS eller lungekræft og - hvis de har været indlagt på et hospital - er blevet udskrevet. Kontakten etableres med henblik på gennemførelsen af individuelle semi-strukturerede interviews.

Tidspunktet for kontakten til patienterne er udvalgt på baggrund af en etisk begrundelse vedrørende ikke at belemre patienterne på et tidspunkt, hvor de befinder sig i en aktuell livskrise pga. diagnosticeringen af en alvorlig somatisk sygdom – og med henblik på at sikre en vis variation af patienter i informantgruppen således, at analysen ikke udelukkende bidrager med indsigter vedrørende de patienter, der klarer sig bedst i den akutte sygdomsfase og som vil være i stand til at deltage i interviews under indlæggelsen.

Gennem individuelle interviews skabes indsigt i patienternes oplevelser og erfaringer vedrørende deres somatiske sygdoms- og behandlingsforløb før, under og efter diagnosticering og eventuelt indlæggelse med AKS eller lungekræft. Det tilstræbes, at interviewene så vidt muligt gennemføres ansigt-til-ansigt i patientens eget hjem. I det tilfælde hvor det ikke kan lade sig gøre, gennemføres interviewene så vidt muligt der, hvor patienten ønsker det, eksempelvis også som online interviews.

Patienter inkluderes i undersøgelsen, hvis de er 18 år eller over, hvis de indenfor en toårig periode er blevet diagnosticeret med AKS eller lungekræft og hvis de forudgående herfor er blevet diagnosticeret med en eller flere psykiske lidelser. Der tilstræbes en lige fordeling mellem de somatiske sygdomme AKS og lungekræft i patientgruppen. Med hensyn til de psykiske lidelser tilstræbes, at forskellige psykiske lidelser er repræsenteret i patientgruppen, herunder lidelser, hvor man på baggrund af tidligere forskning ved, at risikoen for stigmatisering og eventuelt forskelsbehandling er særlig stor.

Kontakten til patienterne tilstræbes primært via patientforeninger og sekundært via kontakter til patienter etableret på baggrund af feltarbejde på de respektive afdelinger.

Fokusgruppeinterviews med sundhedsprofessionelle

På baggrund af analysens foreløbige resultater vil der blive foretaget to fokusgruppeinterviews med sundhedsprofessionelle tilknyttet behandlingen af AKS og lungekræft. Fokusgruppeinterviewene bidrager til indsigt i de sundhedsprofessionelles perspektiver vedrørende eventuelle oplevede barrierer i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser samt perspektiver på patienternes oplevelser af behandlingsforløbet.

Med hensyn til gruppesammensætningen tilstræbes en vis grad af homogenitet, således at sundhedsprofessionelle tilknyttet henholdsvis AKS og lungekræft inviteres til at deltage i hver sin gruppe – én gruppe for AKS og én gruppe for lungekræft. Grupperne vil fortrinsvist bestå af sundhedsprofessionelle tilknyttet behandlingen af AKS og lungekræft på Aalborg Universitetshospital og evt. andre (f.eks. praktiserende læge).

Ved valget af Aalborg Universitetshospital som undersøgelsesenhed frem for flere forskellige hospitalsafdelinger i Danmark understøttes homogeniteten samtidig med, at der skabes sammenhæng mellem deltagerobservationerne og fokusgruppeinterviewene. Det højner muligheden for at opnå indsigt i, hvorfor de sundhedsprofessionelle, som indgår i behandlingen af patienter med henholdsvis AKS og lungekræft på Aalborg Universitetshospital, handler, som de gør⁵⁵. Det vurderes, at fundene herfra vil være vejledende for, hvad der sker i lignende kontekster - *analytisk generaliserbarhed*⁵⁶ – det være sig årsagsmekanismer, som med stor sandsynlighed vil være gældende på tværs af sygehuskontekster, sundhedsprofessionelle og patienter.

Del 3: Interventioner som anvendes i Danmark

Delformål

Det tredje studie er et kvalitativt studie, der har til formål at identificere gode eksempler på interventioner, der anvendes i Danmark til at reducere ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser. Undersøgelsen foretages med henblik på at skabe grundlag for (videre)udviklingen af interventioner til somatiske syge patienter med samtidig psykisk lidelse eller national implementering af eksisterende indsatser.

Interventionerne kan for eksempel have til hensigt at reducere ulighed i adgang, diagnostik, behandlingskvalitet, rehabilitering. Interventionerne skal inkludere den udvalgte patientgruppe (AKS og lungekræft) med samtidig psykisk lidelse, men kan som udgangspunkt godt være rettet mod en bredere patientgruppe (f.eks. andre somatiske sygdomme). Interventionerne kan være forankret forskellige steder i det danske sundhedssystem og i kommunalt regi, alt efter hvor det er hensigten at de skal bidrage til at reducere uligheden.

Studiedesign

Der anvendes et kvalitativt studiedesign til identifikation, beskrivelse af og erfaringer med relevante interventioner målrettet patientgruppen. I forhold til indsamling af erfaringerne, suppleres der med desk research.

Data

Indledningsvis identificeres relevante interventioner ved hjælp af kvalitative semi-strukturerede interviews med relevante fagpersoner fra regioner, sygehuse, kommuner og patientforeninger med særlig viden om anvendte interventioner, som har til formål at reducere ulighed i behandlingen hos patienter med psykisk lidelse. Der tilstræbes en bred geografisk repræsentation blandt informanterne.

Til yderligere beskrivelse af udvalgte interventioner med positive erfaringer, udføres der yderligere interviews med personer med særligt kendskab til disse interventioner samt patienters erfaringer med interventionerne - f.eks. tovholdere. Interviewene vil have fokus på en nærmere beskrivelse af interventionerne herunder f.eks. målgruppen, hvad interventionen indeholder, samt hvad der opleves at fungere særligt godt.

Med henblik på at undersøge erfaringerne med (hvis muligt også effekterne af) de anvendte interventioner indsamles skriftligt materiale i form af notater, rapporter og videnskabelige artikler vedrørende indsatserne blandt andet via interviews med de udvalgte informanter.

6 Referencer

1. Lægehåndbogen. Akut koronart syndrom - Lægehåndbogen på sundhed.dk. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/hjerte-kar/tilstande-og-sygdomme/koronarsygdom/akut-koronart-syndrom/> (2018).
2. WHO. Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (2022).
3. World Health Organization. ICD-11. <https://icd.who.int/en> (2022).
4. ICD-10 Version:2019. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/> (2019).
5. Braveman, P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. (2006).
6. Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. *Health Promot Int* **6**, 217–228 (1991).
7. Vallgård, S. Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed? (2019).
8. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven. <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2022/210> (2022).
9. 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* 25–39 (1998).
10. Sundhedsstyrelsen. *Indsatser mod ulighed i sundhed*. (2020).
11. Tidemalm, D., Waern, M., Stefansson, C.-G., Elofsson, S. & Runeson, B. Excess mortality in persons with severe mental disorder in Sweden: a cohort study of 12 103 individuals with and without contact with psychiatric services. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* **4**, 1–9 (2008).
12. Plana-Ripoll, O. *et al.* Nature and prevalence of combinations of mental disorders and their association with excess mortality in a population-based cohort study. *World Psychiatry* **19**, 339–349 (2020).
13. Nordentoft, M. *et al.* Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One* **8**, e55176–e55176 (2013).
14. Kugathasan, P. *et al.* Increased mortality from somatic multimorbidity in patients with schizophrenia: a Danish nationwide cohort study. *Acta Psychiatr Scand* **140**, 340–348 (2019).
15. Erlangsen, A. *et al.* Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet Psychiatry* **4**, 937–945 (2017).
16. Ali, S., Santomauro, D., Ferrari, A. J. & Charlson, F. Excess mortality in severe mental disorders: A systematic review and meta-regression. *J Psychiatr Res* (2022).
17. Korhonen, K. *et al.* Contributions of specific causes of death by age to the shorter life expectancy in depression: a register-based observational study from Denmark, Finland, Sweden and Italy. *J Affect Disord* **295**, 831–838 (2021).
18. Sundhedsministeriet. *10-års plan for psykiatrien og mental sundhed*.
19. PSYKIATRI, R. F. R. A. R. U. O. M. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. *København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse* (2013).
20. Sundhedsstyrelsen. *Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser*. (2022).
21. Momen, N. C. *et al.* Association between mental disorders and subsequent medical conditions. *New England Journal of Medicine* **382**, 1721–1731 (2020).

22. Kugathasan, P. *et al.* Coronary Artery Calcification and Mortality Risk in Patients With Severe Mental Illness: A Retrospective Multicenter Cohort Study. *Circ Cardiovasc Imaging* **12**, 1–8 (2019).
23. Rødevand, L. *et al.* Cardiovascular risk remains high in schizophrenia with modest improvements in bipolar disorder during past decade. *Acta Psychiatr Scand* **139**, 348–360 (2019).
24. Plana-Ripoll, O. *et al.* A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet* **394**, 1827–1835 (2019).
25. Momen, N. C. *et al.* Mortality Associated With Mental Disorders and Comorbid General Medical Conditions. *JAMA Psychiatry* **79**, 444–453 (2022).
26. Nordentoft, M., Plana-Ripoll, O. & Laursen, T. M. Cancer and schizophrenia. *Current opinion in psychiatry* vol. 34 260–265 Preprint at <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000697> (2021).
27. Laursen, T. M. *et al.* Cause-specific life years lost among persons diagnosed with schizophrenia: Is it getting better or worse? *Schizophr Res* **206**, 284–290 (2019).
28. Sundhedsstyrelsen. Psykiske lidelser A-Å - Sundhedsstyrelsen. <https://sst.dk/da/Viden/Sygdomme/Psykiske-lidelser/Psykiske-lidelser-A-AA> (2022).
29. Ribe, A. R. *et al.* Long-term mortality of persons with severe mental illness and diabetes: a population-based cohort study in Denmark. *Psychol Med* **44**, 3097–3107 (2014).
30. Strunz, M. *et al.* Interventions to Promote the Utilization of Physical Health Care for People with Severe Mental Illness: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* **20**, 126 (2023).
31. Irwin, K. E., Henderson, D. C., Knight, H. P. & Pirl, W. F. Cancer care for individuals with schizophrenia. *Cancer* **120**, 323–334 (2014).
32. Van Hout, A. M. G. H., De Wit, N. J., Rutten, F. H. & Peeters, P. H. M. Determinants of patient's and doctor's delay in diagnosis and treatment of colorectal cancer. *Eur J Gastroenterol Hepatol* **23**, 1056–1063 (2011).
33. Lambert, T. J. R., Reavley, N. J., Jorm, A. F. & Oakley Browne, M. A. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists expert consensus statement for the treatment, management and monitoring of the physical health of people with an enduring psychotic illness. <http://dx.doi.org/10.1177/0004867416686693> **51**, 322–337 (2017).
34. Sundhedsstyrelsen. *Stigmatisering - debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen*. Sundhedsstyrelsen (2008).
35. Kohn, L. *et al.* Barriers to Somatic Health Care for Persons With Severe Mental Illness in Belgium: A Qualitative Study of Patients' and Healthcare Professionals' Perspectives. *Front Psychiatry* **12**, (2022).
36. Sølvhøj, I. N., Kusier, A. O., Pedersen, P. V. & Nielsen, M. B. D. Somatic health care professionals' stigmatization of patients with mental disorder: a scoping review. *BMC Psychiatry* **21**, (2021).
37. Alexander, V., Ellis, H. & Barrett, B. Medical-Surgical Nurses' Perceptions of Psychiatric Patients: A Review of the Literature With Clinical and Practice Applications. *Arch Psychiatr Nurs* **30**, 262–270 (2016).
38. Jørgensen, M., Mainz, J., Lange, P. & Johnsen, S. P. Quality of care and clinical outcomes of chronic obstructive pulmonary disease in patients with schizophrenia. A Danish nationwide study. *International Journal for Quality in Health Care* **30**, 351–357 (2018).
39. Daumit, G. L. & McGinty, E. E. Prioritizing safety among patients with serious mental illness. *Psychiatric Services* vol. 69 1045 Preprint at <https://doi.org/10.1176/appi.ps.691005> (2018).
40. Lawrence, D. & Kisely, S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of psychopharmacology* **24**, 61–68 (2010).
41. Merrild, C. H., Jønsson, A. B. R., Rasmussen, S. & Sandbæk, A. Social ulighed i sundhed. *Ugeskr Laeger* (2022).
42. DiMatteo, M. R., Lepper, H. S. & Croghan, T. W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* **160**, 2101–2107 (2000).

43. Virgilsen, L. F. *et al.* Routes to cancer diagnosis for patients with pre-existing psychiatric disorders: a nationwide register-based cohort study. *BMC Cancer* **22**, 1–12 (2022).
44. Mkuu, R. S. *et al.* Clinicians' perceptions of barriers to cervical cancer screening for women living with behavioral health conditions: a focus group study. *BMC Cancer* **22**, (2022).
45. Batki, S. L. *et al.* Medical Comorbidity in Patients with Schizophrenia and Alcohol Dependence. *Schizophr Res* **107**, 139–146 (2009).
46. Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen. *Vidensafdækningen af indsatser til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sundhed.* (2022).
47. Region Hovedstaden - Center for Sundhed. Sammen om dit helbred (psykisk sygdom og somatiske kroniske sygdomme). <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Fokusomraader-og-projekter/projekter/forskningsprojekter-om-saerlige-maalgrupper/Sider/sammen-om-dit-helbred-psykisk%20sygdom%20og%20somatiske%20kroniske%20sygdomme.aspx> (2020).
48. Speyer, H. *et al.* Lifestyle interventions for weight management in people with serious mental illness: a systematic review with meta-analysis, trial sequential analysis, and meta-regression analysis exploring the mediators and moderators of treatment effects. *Psychother Psychosom* **88**, 350–362 (2019).
49. Bradley, T. *et al.* Systematic review of lifestyle interventions to improve weight, physical activity and diet among people with a mental health condition. *Syst Rev* **11**, 198 (2022).
50. Grove, L. R. *et al.* Effect of enhanced primary care for people with serious mental illness on service use and screening. *J Gen Intern Med* **36**, 970–977 (2021).
51. Flores, E. J. *et al.* Feasibility and acceptability of a collaborative lung cancer screening educational intervention tailored for individuals with serious mental illness. *Journal of the American College of Radiology* **18**, 1624–1634 (2021).
52. Abuelo, C. *et al.* Colorectal cancer screening patient navigation for patients with mental illness and/or substance use disorder: pilot randomized control trial. *J Dual Diagn* **16**, 438–446 (2020).
53. Yamada, Y. *et al.* Patients' acceptability and implementation outcomes of a case management approach to encourage participation in colorectal cancer screening for people with schizophrenia: a qualitative secondary analysis of a mixed-method randomised clinical trial. *BMJ Open* **12**, e060621 (2022).
54. Sherwood, Z. S., Sandford, J. & Jacob, S. Can collaborative working improve diabetic retinal screening rates in individuals also diagnosed with a severe mental illness? *Future Healthc J* **9**, 161 (2022).
55. Jakobsen, M. R. *Fokusgrupper for begynder - En praktisk håndbog.* vol. 2. udgave (Frydenlund, 2018).
56. Kvale, S. & Brinkmann, S. *Interview: introduktion til et håndværk.* (Hans Reitzels Forlag, 2009).

7 Bilag

Bilag A. Analysetema

Som en del af Behandlingsrådets opgave med at udarbejde årlige analyser indenfor ulighed i sundhed, udarbejdes og opdateres årligt en overordnet analyseplan for Behandlingsrådets kommende analyser. Analyseplanen indeholder forslag til analysetemaer, en kort beskrivelse af temaerne samt en kort skildring af eventuelt set-up for en analyse af hvert af de foreslåede temaer. Behandlingsrådets analyse for 2022 udarbejdes med udgangspunkt i nedenstående analysetema, som blev godkendt af Sundhedsministeriet og Danske Regioner d. 13. juni 2022.

Tema	Ulighed i somatisk behandling blandt psykiatiske patienter
Fokusområde for analysen 2022	<p>Analysen vil undersøge, hvorvidt der eksisterer en ulighed i behandlingen af psykiatiske patienter ifm. Somatiske sygdomme. Analysen tager udgangspunkt i udvalgte somatiske diagnoser og undersøger behandlingskvaliteten, blandt andet ved at analysere i hvilket omfang patienterne modtager diagnostik, behandling, f.eks. medicin, og rehabilitering i henhold til gældende kliniske retningslinjer.</p> <p>Formålet er at identificere risikogrupper mhp. Senere udvikling af målrettede interventioner i andet regi</p> <p>Analysen vil desuden indeholde en kortlægning af eksisterende litteratur og viden indenfor området, mhp. At skabe et samlet overblik, der kan danne grundlag for indsatser og beslutninger på området.</p>
Muligt fokusområde for analysen år 2023	<p>Det foreslås at analysetemaet for 2023 kan uddybe 2022-analysen ved at undersøge årsager til uligheden: Hvorfor finder den eventuelt ulige behandling sted? Bliver symptomerne overset hos egen læge?</p> <p>Der er desuden mulighed for at undersøge ulighedens konsekvenser, herunder eksempelvis betydningen af den eventuelt ulige behandling for genindlæggelser og dødelighed.</p> <p>Formålet er at identificere risikogrupper og årsagssammenhænge mhp. Senere udvikling af målrettede interventioner i andet regi</p>
Motivation for indstilling af temaet	<p>Dårligt mentalt helbred er en stigende udfordring i det danske sundhedsvæsen, og voksenpsykiatrien er både i litteratur og ved Behandlingsrådets dialogmøder fremhævet som et område, der med fordel rettes et større fokus imod, ikke mindst fordi der er en væsentlig overdødelighed blandt psykiatiske patienter, som dør 15-20 år tidligere end den øvrige del af befolkningen (Fagligt oplæg til en 10 års plan, Sundhedsstyrelsen 2022).</p> <p>Flere rapporter dokumenter i øvrigt, at udviklingen af psykiatiske lidelser er forbundet med en klar social ulighed. Sundhedsstyrelsens rapport: "Social ulighed i sundhed og sygdom" (2020) peger eksempelvis på, at der er social ulighed indenfor flere psykiatiske lidelser, således at andelen med f.eks. højt stress-niveau, depression, bipolar lidelse, ensomhed og skizofreni er lavere med højere fuldførte uddannelse. Den nyligt publicerede Sundhedsprofilundersøgelsen for 2021 (Sundhedsstyrelsen, 2022) påviser tilsvarende, at andelen af borgere med mentalt dårligt helbred er stor blandt personer med</p>

	<p>grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau samt blandt arbejdsløse, førtidspensionister og andre uden for arbejdsmarkedet, samt at der sket en stigning på 7,4 procentpoint i perioden 2010-2021.</p> <p>Projektet Sikker Psykiatri peger på, at op mod 60% af overdødeligheden blandt psykiatriske patienter skyldes somatiske sygdomme, idet psykiatriske patienter hyppigere end andre lider af eksempelvis hjertekarsygdomme, diabetes og overvægt. Herudover kan det ske, at somatiske sygdomme underbehandles hos psykiatriske patienter. Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en 10-års plan for psykiatrien (Sundhedsstyrelsen 2022) anbefaler således også, at der sættes øget fokus på kvalificeret behandling af somatisk sygdom blandt mennesker med psykiske lidelser.</p> <p>Behandlingsrådet foreslår, at en analyse for 2022 kan undersøge ulighed ifm. Behandlingen af psykiatriske patienter i det somatiske system. Analysen kan blandt andet afdække, om psykiatriske patienter med lav socioøkonomisk status er en særlig risikogruppe. Analysen kan med fordel udvides i 2023 til også at undersøge ulighedens årsager og konsekvenser.</p>
<p>Kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området</p>	<p>Sundhedsstyrelsen, 2020. <i>Social ulighed i sundhed og sygdom</i>. Link: Social ulighed i sundhed og sygdom (sst.dk)</p> <p>Sundhedsstyrelsen, 2022. <i>Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser</i>. Link: 10AARS PSYK-PLAN_260122_LOW.ashx (sst.dk)</p> <p>Sundhedsstyrelsen, 2022. <i>Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021</i>. Link: Danskernes sundhed (sst.dk)</p> <p>Sikker psykiatri: <i>Somatisk sygdom – baggrund og evidens</i>. Link: Somatisk sygdom – baggrund og evidens.indd (sikkerpsykiatri.dk)</p> <p>Danske Patienter, 2019. <i>Geografisk ulighed i sundhed</i>. Link: geografisk_ulighed.pdf (danskepatienter.dk)</p> <p>Danske Regioner, 2020: <i>Analyse af psykiatriområdet</i> Link: Psykiatri analyse (e-pages.dk)</p> <p>Hjerteforeningen m.fl. 2017. <i>Hjertesvigt i Danmark 2017. Socioøkonomiske forskelle i forekomst, dødelighed og behandling (Hjerteforeningen)</i> Link: Baggrundsrapporter – Hjerteforeningen</p> <p>Regeringens lægedækningsudvalg, 2017. <i>Lægedækningen i hele Danmark (sum.dk)</i></p>

Bilag B. Fagudvalgets sammensætning

Fagudvalget for ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser	
Formand	Udpeget af
Mogens Vestergaard. Seniorforsker, overlæge, Forskningsenheden for almen praksis, Aarhus Universitet	Behandlingsrådet
Medlemmer i fagudvalgets programgruppe (udpeget for en treårig periode)	
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 i fagudvalget (udpeget for en etårig periode med særligt kendskab til analysetemaets genstandsfelt)	
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

Medarbejdere tilknyttet analysen i Behandlingsrådets sekretariat og Dansk Center for Klinisk Sundhedstjenesteforskning (DACs), Aalborg Universitet.

Projektgruppen i Behandlingsrådets sekretariat
Line Stjernholm Tipsmark. Ph.d., specialkonsulent, Behandlingsrådets sekretariat
Lærke Mai Bonde Andersen. Ph.d., konsulent, Behandlingsrådets sekretariat
Pernille Skovgaard Christensen. Ph.d., konsulent, Behandlingsrådets sekretariat
Lærke Qvist Jørgensen, Cand.scient.san.publ., konsulent, Behandlingsrådets sekretariat
Dansk Center for Klinisk Sundhedstjenesteforskning (DACs), Aalborg Universitet
Søren Paaske Johnsen. Klinisk Professor, overlæge, DACs, Klinisk Institut, Aalborg Universitet
Søren Valgreen Knudsen. Læge, ph.d., Psykiatrien, Aalborg Universitetshospital og DACs, Klinisk Institut, Aalborg Universitet
Jan Brink Valentin. Senior Statistiker, specialkonsulent, DACs, Klinisk Institut, Aalborg Universitet

Behandlings
rådet