

Ulighed i somatisk behandling af patienter med psykisk lidelse

JULIE MACKENHAUR
SPECIALLÆGE, KLINISK LEKTOR, PH.D.

Behandlingsrådets fund

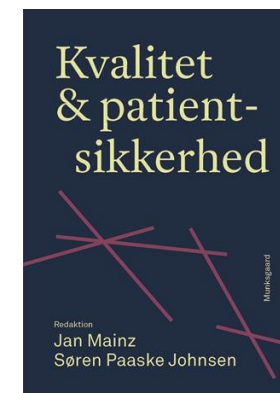
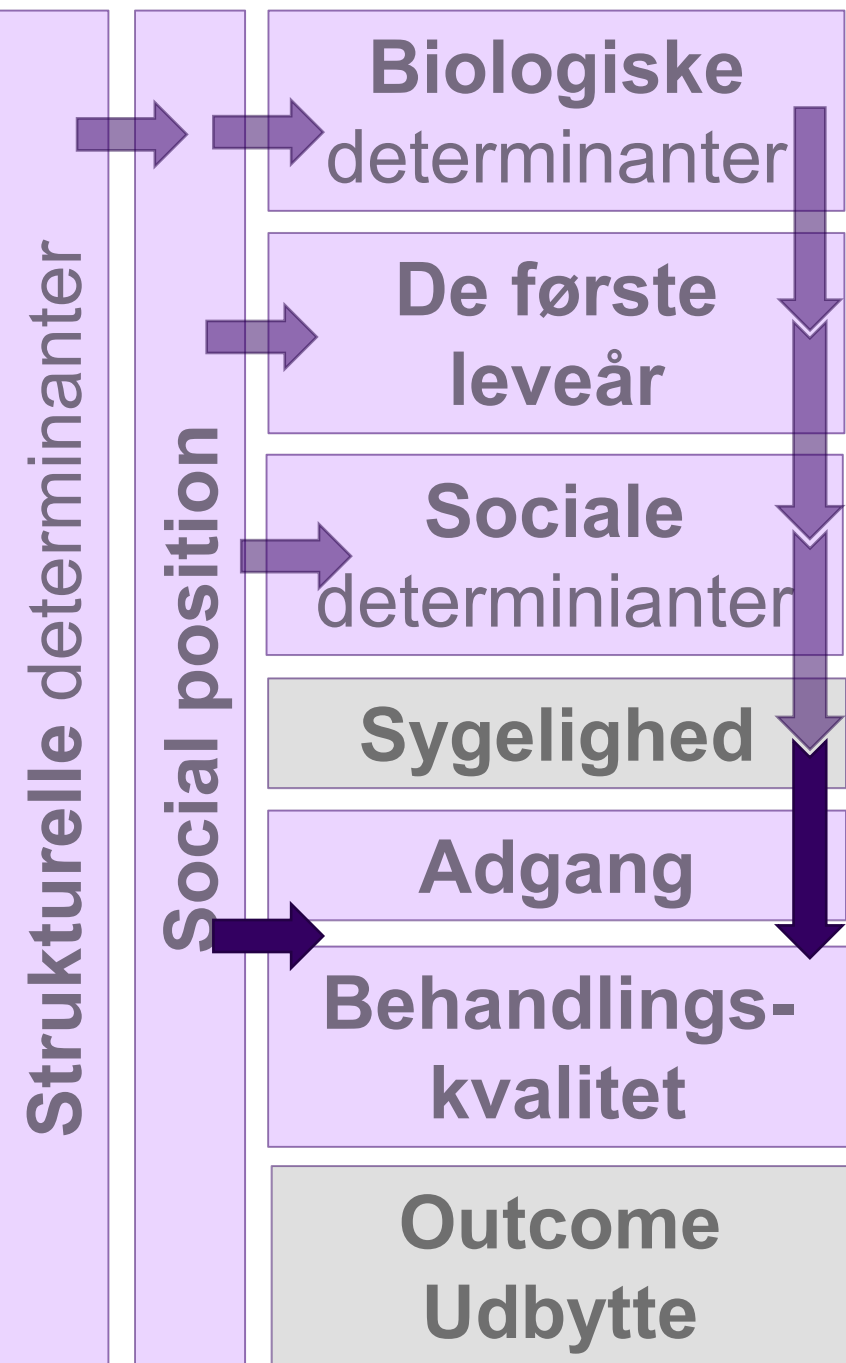
- Uligheder i behandlingsforløbet
- Barrierer, som kan spille en rolle
- Indsatser der anvendes i Danmark

Perspektiver ift. kvalitet

- Databaser
- Retningslinjer
- Vurderinger

HVAD KAN VI GØRE
- SYGEHUSE
- NÆRE SUNDHEDSVÆSEN
- STRUKTURELT, herunder kvalitet

Determinanter for ulighed i sundhed og sygdom



Mainz, Paaske Johnsen, Valgreen Knudsen
Kvalitet og Patientsikkerhed, Munksgaard, Maj 2023

Strukturelle determinanter

Social position

Biologiske
determinanter

De første
leveår

Sociale
determinanter

Sygelighed

Adgang

Behandlings-
kvalitet

Outcome
Udbytte

Det Skandinaviske Paradoks

- ✓ Lav fattigdomsrate
- ✓ Lav grad af indkomstulighed
- ✓ Universelle velfærdsmodel

≠

- ☹ Høj levealder
- ☹ Høj grad af social ulighed i sundhed

Strukturelle determinanter

Social position

Biologiske determinanter

De første leveår

Sociale determinanter

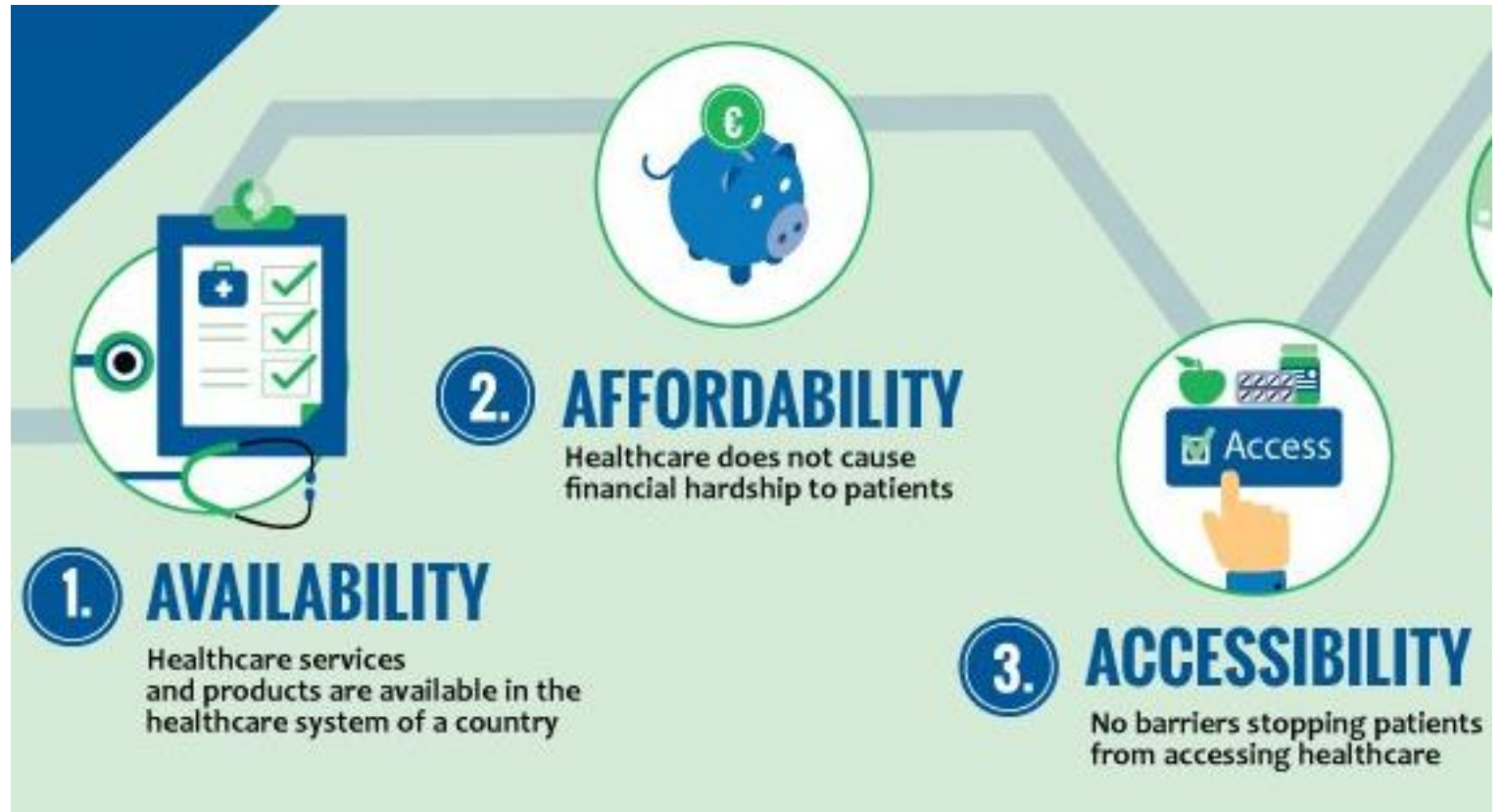
Sygelighed

Adgang

Behandlingskvalitet

Outcome Udbytte

Adgang til sundhedsydelser



Strukturelle determinanter

Social position

Biologiske determinanter

De første leveår

Sociale determinanter

Sygelighed

Adgang

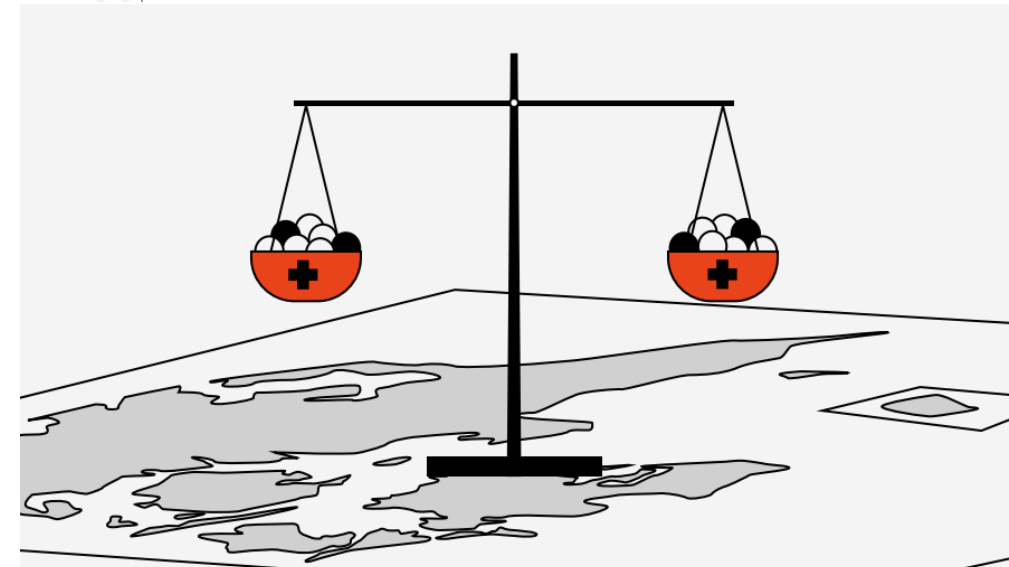
Behandlingskvalitet

Outcome Udbytte

Udbud (availability)

Læger.dk

LÆGER.DK / FORENINGER / PLO / OVERENSKOMSTEN OG AFTALER / LÆGEDÆKNINGSTRUEDE OMRÅDER



Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Strukturelle determinanter

Social position

Biologiske
determinanter

De første
leveår

Sociale
determinanter

Sygelighed

Adgang

Behandlings-
kvalitet

Outcome
Udbytte

Omkostninger (affordability)

Der er stadig sundhedsydelser med egenbetaling i Danmark, fx:

Tandlæge

Psykolog

Fysioterapi

Optiker

Egenbetaling på medicin*

Befordring og hjemtransport

Tolkebistand

Biologiske
determinanter

De første
leveår

Sociale
determinanter

Sygelighed

Adgang

Behandlings-
kvalitet

Outcome
Udbytte

Omkostninger (affordability)



Hvordan kan online lægerne hjælpe?



I en travl hverdag

Det kan være svært at tage fri fra jobbet for pludselig at skulle til lægen. Eller nå at ringe mellem klokken 8 og 9. Med vores online læge kan du få hjælp af uden for almindelige åbningstider. Selvom du ikke har booket tid, er der højst 15 minutters ventetid.

Mandag til fredag: 8.00-22.00
Weekend og helligdage: 8.00-18.00

Uden for åbningstiden kan du skrive døgnet rundt. Så svarer lægerne dig, når de åbner næste dag.



Online lægen

har åbent året rundt
– også i weekenden
og om aftenen



Hele din husstand

kan ubegrænset
bruge online
lægen

På ferie eller i udlandet

Med online lægen har du og din familie tryghed på ferien. Her er nemlig ikke noget, der hedder ferielukket. Så kan I få online kontakt med en dansktalende læge, hvis I bliver syge.



I 2021 havde mere end 2.3 mio. danskere en privat sundhedsforsikring

Strukturelle determinanter

Social position

Biologiske determinanter

De første leveår

Sociale derminianter

Sygelighed

Adgang

Behandlingskvalitet

Outcome Udbytte

Tilgængelighed (accessibility)



Strukturelle determinanter

Social position

**Biologiske
determinanter**

**De første
leveår**

**Sociale
determinanter**

Sygelighed

Adgang

**Behandlings-
kvalitet**

**Outcome
Udbytte**

Strukturelle determinanter

Social position

**Biologiske
determinanter**

**De første
leveår**

**Sociale
determinanter**

Sygelighed

§

§

?

Adgang

**Behandlings-
kvalitet**

**Outcome
Udbytte**

Ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser

Patientforløb, barrierer og indsatser

Behandlingsrådets ulighedsanalyse 2023

Læs mere her: www.behandlingsraadet.dk/ulighed-i-sundhed

Behandlings
rådet

Rammer for Behandlingsrådets ulighedsanalyser

- Bestilt af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner (Økonomiaftalen 2022).
- Der laves en årlig analyse.
- Analyserne offentliggøres i januar.
- Analysen skal ”...afdække og belyse eventuel ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper.”
(Kommissorium for Behandlingsrådets ulighedsanalyser)
- Analysen kvalitetssikres af et relevant sammensat fagudvalg.

Formand

Navn	Indstillet af
Mogens Vestergaard Praktiserende læge	Behandlingsrådet

Fagudvalgsmedlemmer

Navn	Udpeget af
Pernille Tanggaard Andersen Professor & Forskningsleder	Behandlingsrådet
Ida Hageman Lægefaglig direktør	Danske Regioner
Finn Breinholt Larsen Seniorforsker	Regionerne
Lene Caspersen Socialoverlæge	Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)
Kit Borup Social og Sundhedschef	Kommunernes Landsforening (KL)
Lisbeth Lauge Andersen Sygeplejerske, adjunkt ved UCL, ph.d.-stipendiat	Dansk Sygepleje Selskab (DASYS)
Merete Nordentoft Professor Overlæge	Behandlingsrådet
René Ernst Nielsen Professor, Overlæge	Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)
Morten Sodemann Professor, overlæge	Behandlingsrådet
Susanne Betina Nielsen Socialsygeplejerske	Region Sjælland
Julie Mackenhauer Læge PhD	Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)
Nina Brünés Koordinator for socialsygeplejerskerne	Region Hovedstaden
Louise Madsin Patientrepræsentant	Center for Recovery og Samskabelse
Flemming Mærsk Patientrepræsentant	Behandlingsrådet

Baggrund for Behandlingsrådets to første ulighedsanalyser

Tema: Ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser

- Mennesker med psykiske lidelser lever markant kortere liv sammenlignet med den øvrige befolkning.
- Op mod 60 % af denne overdødelighed kan tilskrives fysiske sygdomme.
- Mennesker med *svær* psykisk lidelse har forhøjet risiko for såvel at udvikle som at dø af somatiske sygdomme.



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

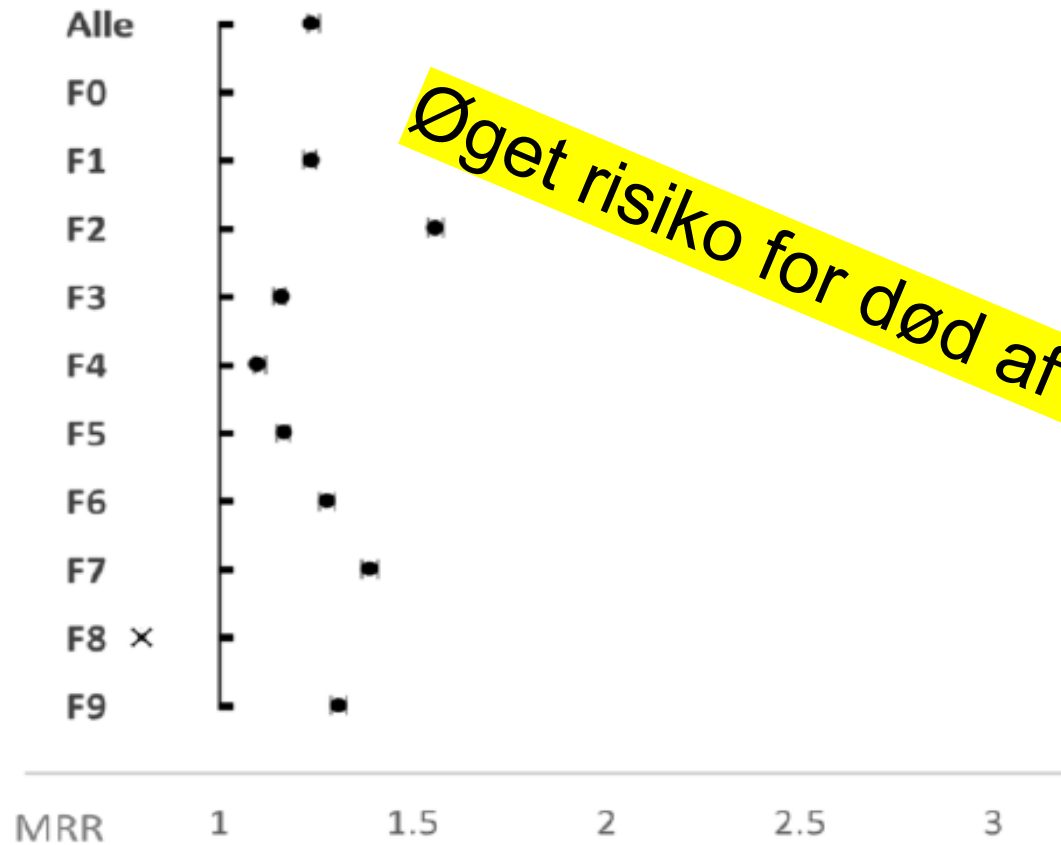
Januar 2023

Hovedresultater fra Behandlingsrådets første ulighedsanalyse (2022)

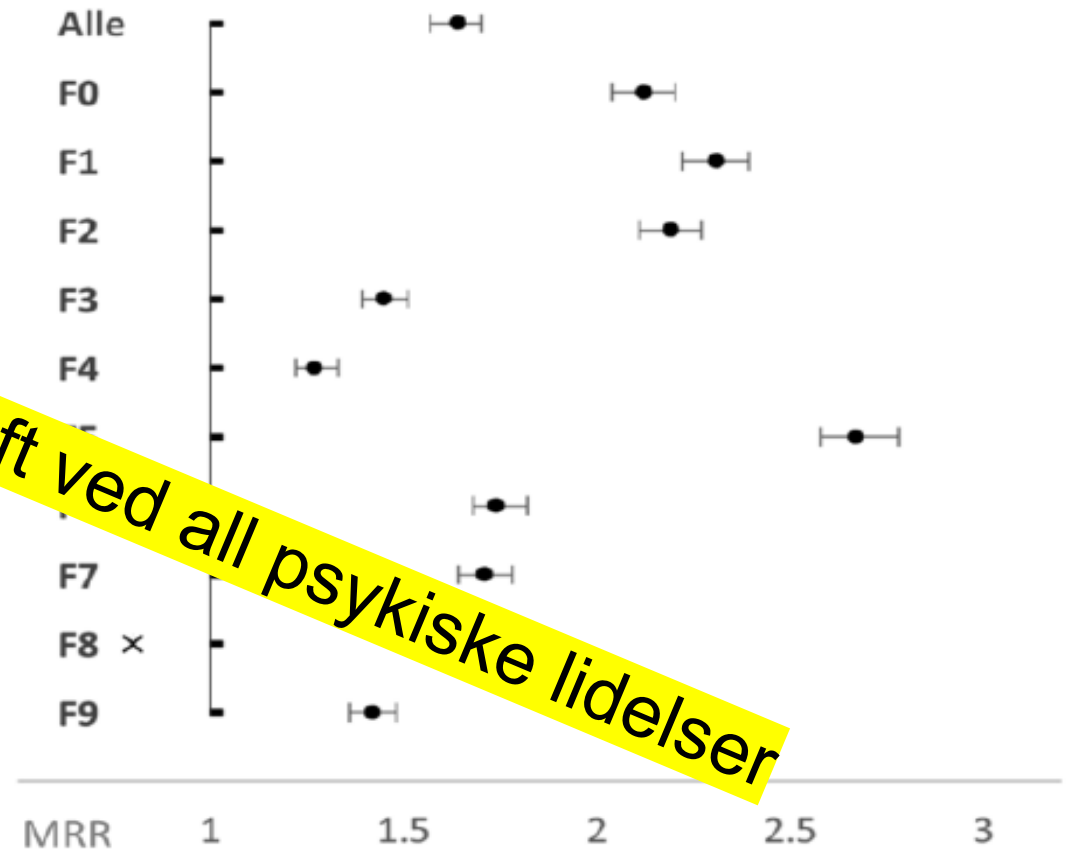
- Patienter med psykisk lidelse har en højere risiko for at dø indenfor det første år fra deres somatiske hospitalsdiagnose
- Dette gælder på tværs af **alle** psykiske lidelser.
- Patienter med psykisk lidelse modtager ofte en behandling af dårligere kvalitet i det somatiske sundhedsvæsen.

Behandlings
rådet

Lungekræft



Brystkræft



Øget risiko for død af kræft ved all psykiske lidelser

F0: Organiske psykiske lidelser

F1: Psykiske lidelser forårsaget af stoffer

F2: Skizofrenispektrum tilstande

F3: De 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

Formål med ulighedsanalysen for 2023

En dybdegående analyse, som sætter fokus på:

- 1) Uligheder i det somatiske patientforløb
- 2) Barrierer, som kan spille en rolle for at ulighederne skabes
- 3) Indsatser, der anvendes i Danmark til at reducere ulighederne

Dette med udgangspunkt i to udvalgte sygdomsområder:

Blodprop i hjertet - akut koronart syndrom

Lungekræft

**Behandlings
rådet**

Undersøgellesdesign

Delstudie 1

Ulighed i patientforløb

- Registerstudie 2004-2020:
 - 166.155 patienter med AKS,
 - 16.017 patienter havde psykisk lidelse
 - 81.286 patienter med lungekræft
 - 8.302 patienter også har psykisk lidelse

Delstudie 2

Barrierer, der kan bidrage til uligheder i patientforløb

- Et kvalitativt studie:
 - 11 individuelle interviews med patienter, der har haft AKS eller lungekræft/kræft
 - 11 dages feltstudier på fire hospitalsafdelinger
 - 17 Individuelle interviews med sundhedsprofessionelle tilknyttet diagnostik og behandling af AKS eller lungekræft

Delstudie 3

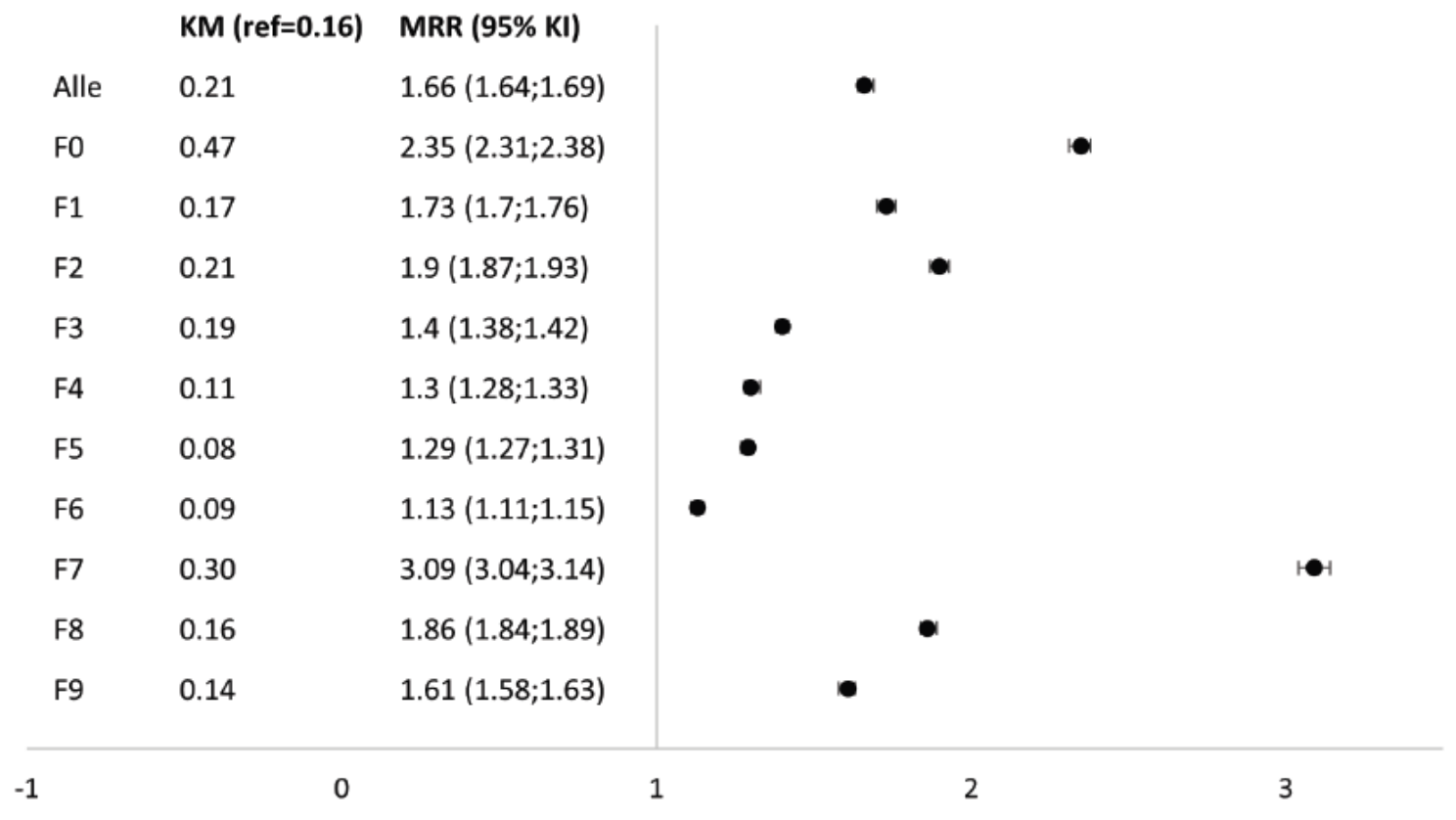
Indsatser, der reducerer uligheder i patientforløb

- Et deskriptivt studie baseret på:
 - Desk research
 - Spørgeskemabesvarelser fra 32 af landets 98 kommuner
 - Interviews med 26 fagpersoner og forskere med særligt kendskab til målgruppen

Resultater af Delstudie 1

- Patienter med psykiske lidelser
 - **modtager færre sundhedsydelse**r end patienter uden psykisk lidelse.
 - **har en mindre struktureret vej ind i behandlingssystemet**
 - **større risiko for at fravælge eller ikke blive vurderet i stand til at modtage behandling.**
 - **modtager i mindre grad den anbefalede medicin.**
- De mest udtalte forskelle i patientforløbet på tværs af de psykiatriske diagnosegrupper er registreret hos **patienter med mental retardering.**

Risiko for død året efter AKS-diagnose



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

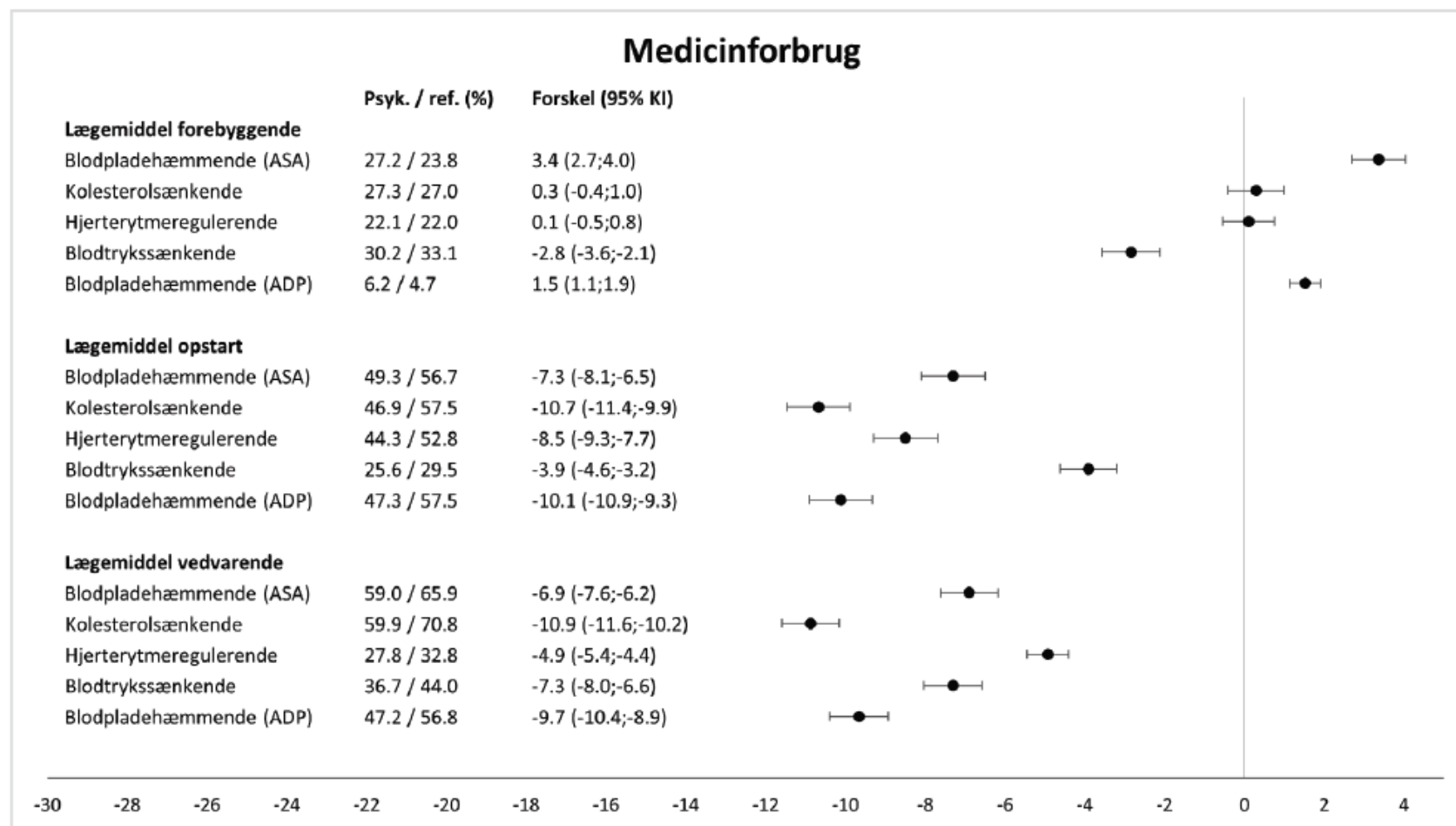
F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen

F7: Mental retardering

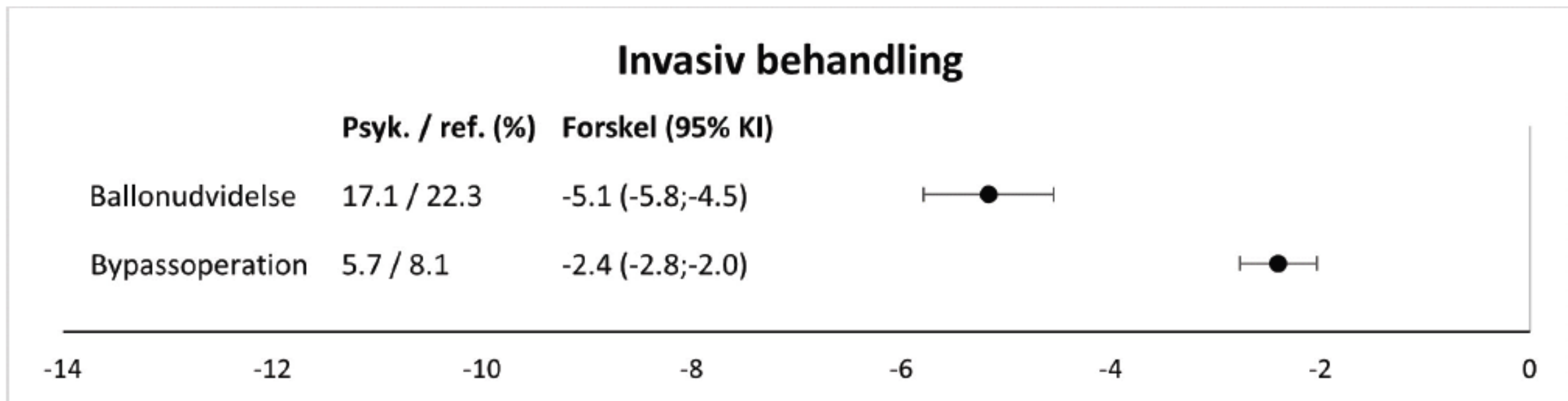
F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser

F9: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom

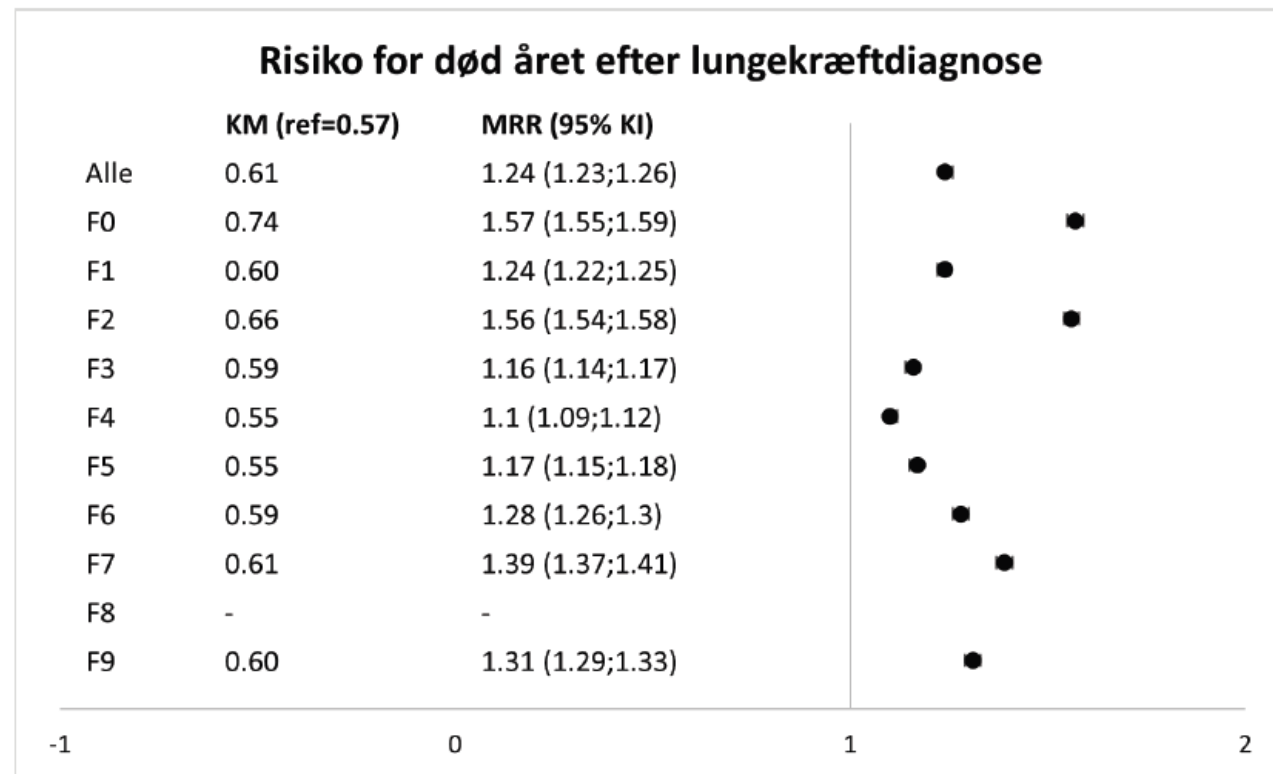
Figur 11 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppe), der får udvalgt medicin op til seks måneder før akut koronart syndrom (AKS) diagnosen (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 = adenosindiphospat



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.



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: Adfærdændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer

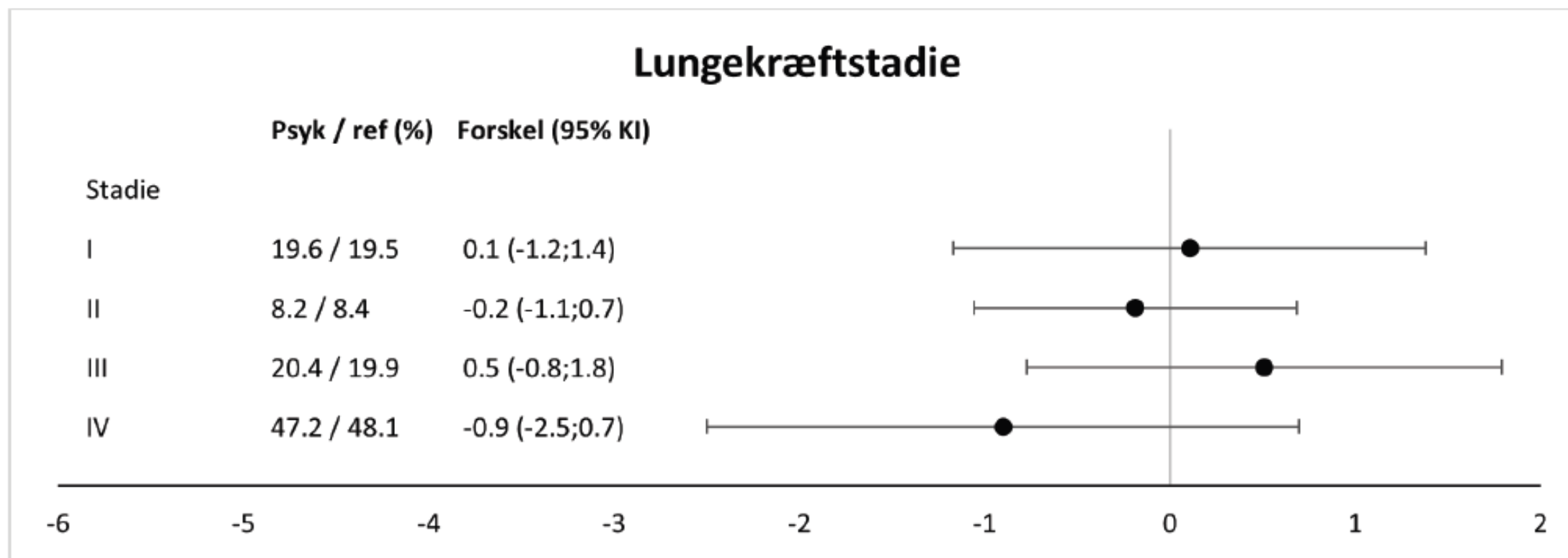
F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen

F7: Mental retardering

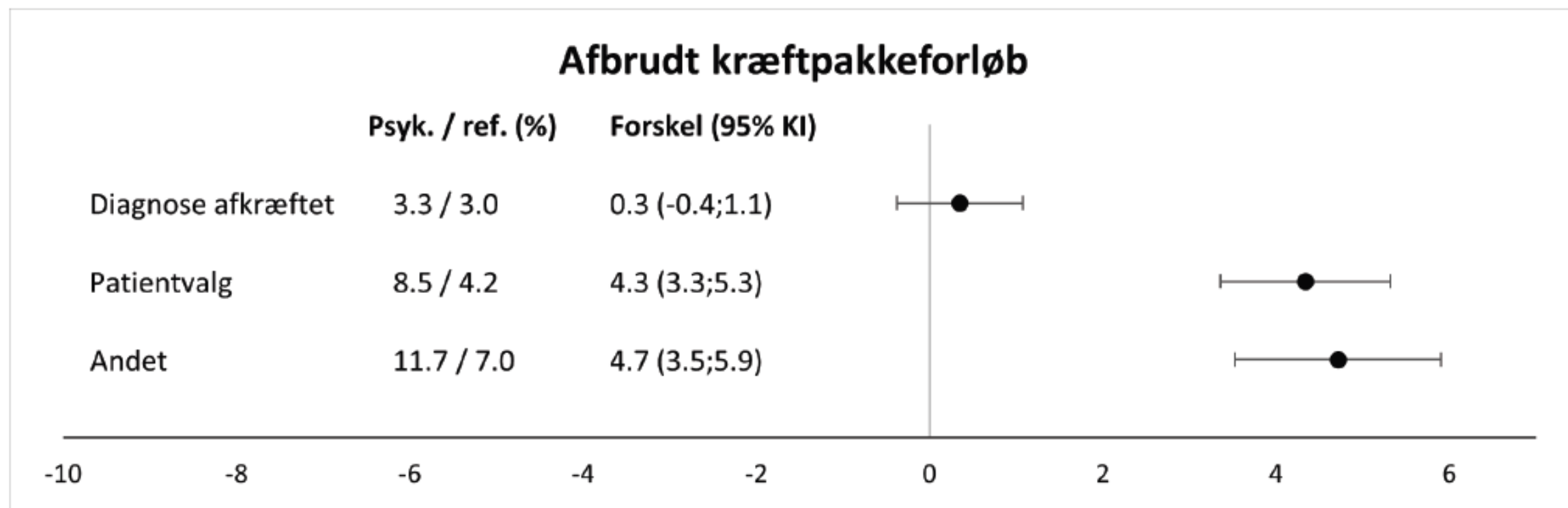
F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser

F9: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom

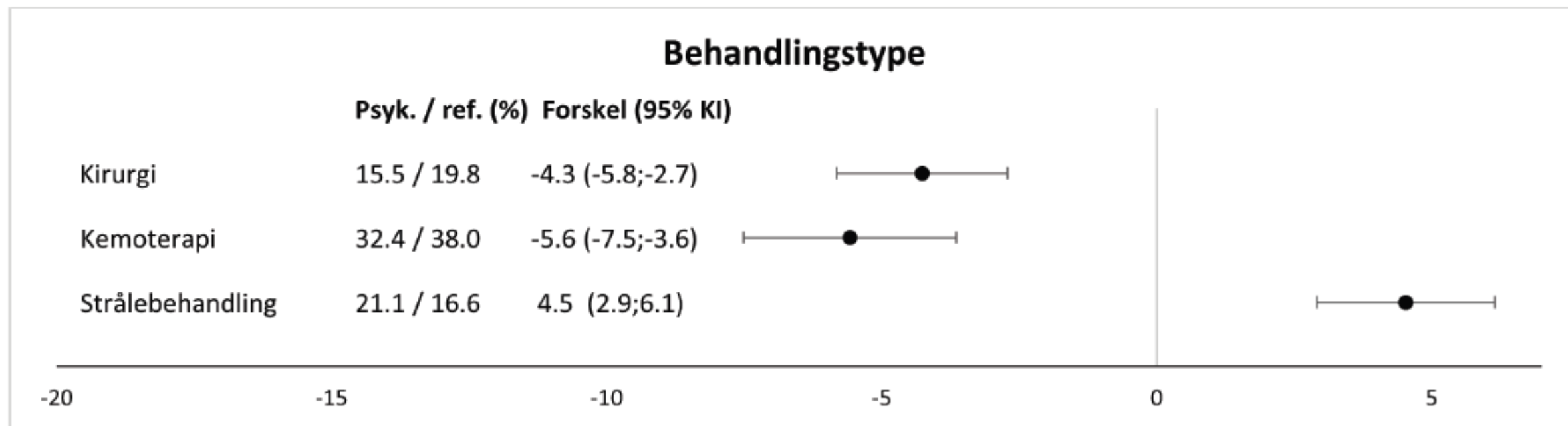
Figur 15 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppen), som har kræftstadie I-IV ved lungekræftdiagnosen. Estimerne er justeret for køn,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



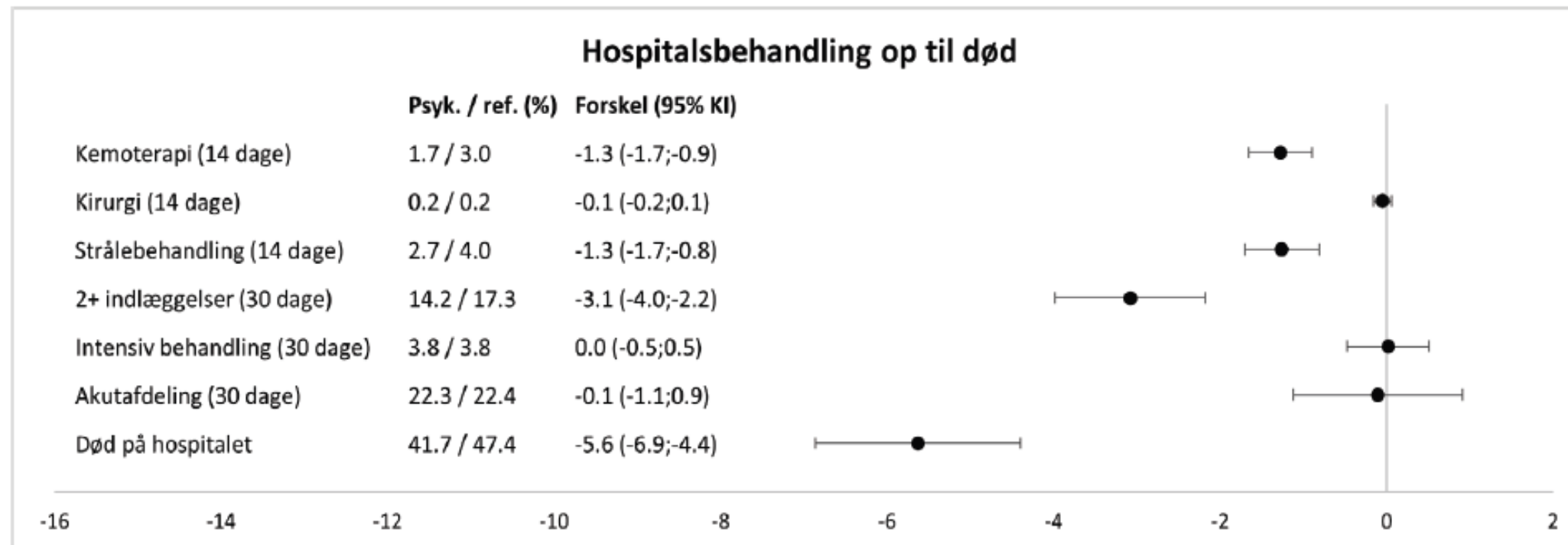
Figur 16 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppen), hvis kræftpakkeforløb afbrydes inden behandling enten fordi diagnosen afkræftes,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



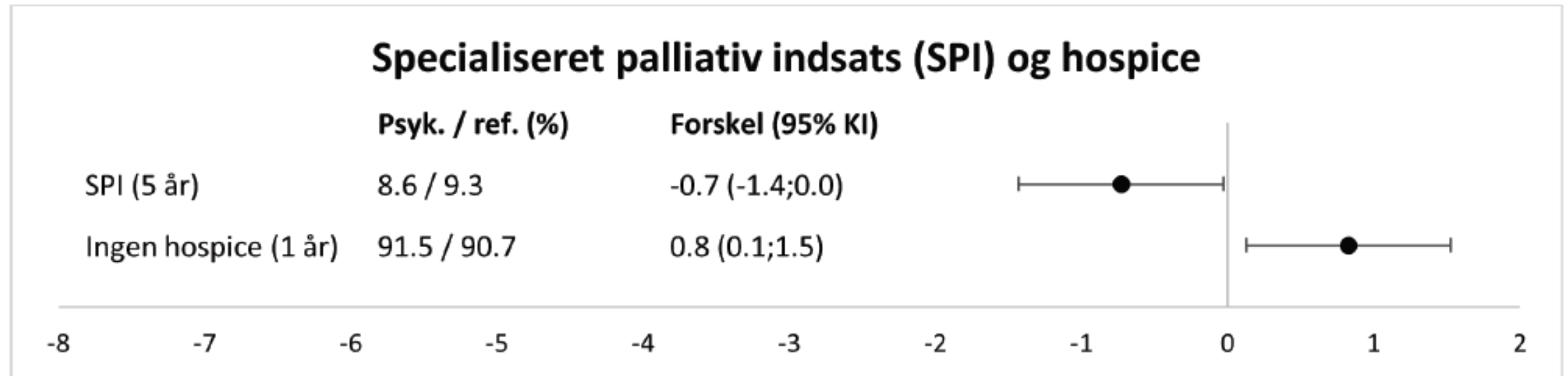
Figur 17 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppen), der får forskellige behandlingstyper. Estimerne er justeret for køn, årstal for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



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



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



Resultater af Delstudie 2

- Barrierer for behandling - patienterne:
 - Kan blive **forsinkede** i udredning og behandling i den indledende del af patientforløbet
 - Er i risiko for at blive **vurderet uegnede** til behandling
 - Kan **fravælge behandling** eller **udeblive** fra undersøgelser og behandlinger

Resultater af Delstudie 3

- Der er **identificeret 21 indsatser under seks overordnede temaer**, som udspringer fra en bred vifte af aktører, er af varierende omfang og bliver afprøvet eller er implementeret forskellige steder i landet.
- De centrale komponenter i indsatserne er blandt andet **styrket udsattefaglighed, opsøgende og/eller systematisk indsats, patientstøtte og ledsagelse i patientforløb, fleksibilitet i indsatsen, og indsatser differentieret efter patienternes behov.**
- 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.

1. Opsøgende indsatser på gadeplan:

- Sygepleje på gadeplan
- SundhedsTeam
- Sygeplejeklinikker

2. Systematisk opsporing af somatisk sygdom:

- 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

3. Patientstøtte- og ledsagelse:

- Social Sundhed
- Kræftens Bekæmpelses Navigatortilbud
- Socialsygeplejerske
- Patientens team i psykiatrien
- Omsorgscentre

4. Fleksible klinikløsninger:

- Stjernepatienter
- Flexklinik og Flex Almen Praksis

5. Differentieret hjerterehabilitering:

- Fællesholdet
- Hjerterehabilitering til alle – HeRTA projektet
- Stjerneborgere

6. Undervisning:

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

Fagudvalget peger på et behov for en styrket indsats

1

Forbedret forebyggende og opsporende indsats

4

Let og lige adgang til det somatiske sundhedsvæsen

7

Økonomisk støtte til de laveste indkomstgrupper

2

Forbedret psykiatrisk behandling

5

Øget tid, viden og kompetencer blandt sundhedsprofessionelle i det somatiske sundhedsvæsen

8

Udvikling og evaluering af målrettede indsatser

3

Øget fokus på sociale støttemuligheder

6

Tilpasning af rammerne for undersøgelser og behandling

9

Datadeling og kommunikation på tværs af sektorer
Behandlingsrådet



Behandlingsrådets rapport vedrørende

**Ulighed i somatisk behandling af
patienter med psykiske lidelser**
Patientforløb, barrierer og indsatser

Januar 2024

Behandlingsrådet

Vil du vide mere?

Du kan læse mere om Behandlingsrådets arbejde vedrørende ulighed i sundhed på Behandlingsrådets hjemmeside: www.behandlingsraadet.dk

Her kan du ligeledes finde både rapporter og pixiudgaver vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser for 2022 og 2023 - samt mere information om ulighedsanalysen for 2024.

Behandlings
rådet

Perspektiver

- Databaser
- Retningslinjer
- Vurderinger

Strukturelle determinanter

Social position

**Biologiske
determinanter**

**De første
leveår**

**Sociale
determinanter**

Sygelighed

Adgang

**Behandlings-
kvalitet**

**Outcome
Udbytte**

Strukturelle determinanter

Social position

**Biologiske
determinanter**

**De første
leveår**

**Sociale
determinanter**

Sygelighed

Adgang

**Behandlings-
kvalitet**

**Outcome
Udbytte**

Databaser: Dansk inspiration RKKP

Databasen for Akutte Hospitalskontakter

Den Nationale Skizofrenidatabase

1a	Korttidsmortalitet \geq 12 timer	Korttidsmortalitet efter ankomst (Andel) - for patienter med kontaktvarighed \geq 12 timer
1b	Korttidsmortalitet 1-12 timer	Korttidsmortalitet efter ankomst (Andel) - for patienter med kontaktvarighed 1-12 timer
2	Genhenvendelse	Genhenvendelse efter afsluttet kortvarigt akutforløb
4b	Tid til smertebehandling	Tid fra hospitalsankomst til smertebehandling
6	Hoftenær fraktur	Tid fra hospitalsankomst til operation for hoftenær fraktur hos patienter der ankommer med hoftenær fraktur
7a	Tid fra akutafd. til trombolyse (1)	Tid fra hospitalsankomst til trombolyse hos patienter med iskæmisk stroke ? for patienter hvis første kontakt var på det hospital der trombolyserede
7b	Tid fra akutafd. til trombolyse (2)	Tid fra hospitalsankomst til trombolyse hos patienter med iskæmisk stroke ? for patienter hvis første kontakt ikke var på det hospital der trombolyserede
9a	Tid til akut kirurgi	Tid fra hospitalsankomst til kirurgi ved højrisiko abdominalkirurgi
9b	Tid til CT-scanning for akut kir.	Tid til CT-scanning af abdomen forud for akut højrisiko abdominalkirurgi

Indikator 6a: Antidiabetisk behandling

Andelen af patienter med forhøjet langtidsblodsukker, som er i antidiabetisk behandling

Beregningsregler (se desuden Appendix 2).

Indikatorpopulation: Alle patienter (voksne, både prævalente og incidente), der i opgørelsesåret har et års opfølgningstid efter måling af forhøjet langtidsblodsukker og som har haft mindst en kontakt i løbet af dette år

Tællerpopulation Patienter, som er sat i antidiabetisk behandling senest et år efter dato for første forhøjede blodsukkermåling defineret som mindst en indløst recept (ATC-koder: A10A*, A10B*)

Ekskluderede: Patienter der har været indlagt i mere end 10 måneder i opfølgningsperioden
Patienter der, efter måling af forhøjet værdi, har fået målt normalværdi inden for 12 måneder efter den forhøjede værdi, og hvor der ikke er indløst en recept mellem de to målinger



Databaser: Dansk inspiration RKKP

3.2 Subgrupper

For aktive indikatorer genberegnes indikatorresultatet for de specifikke subgrupper beskrevet nedenfor

Subgrupper	Definition	Status
A Patienten med flere, konkurrerende lidelser	Charlson co-morbiditets index >3	Aktiv
B Den ældre patient	Alder over 85 år som ikke bor på plejehjem	Aktiv
C Patienten i døgnpleje	Aktuel adresse på privat eller offentligt plejehjem	Aktiv
D Patienten med svær, psykiatrisk sygdom	Hospitals diagnose med skizofreni eller bipolar lidelse indenfor de seneste 10 år	Aktiv
E Patienten som ankommer ifm. med travlhed	Ankomst på de 5% af årets dage, hvor flest patienter ankommer	Aktiv
F Triage	Hastegradsvurdering ved ankomst til hospital: Rød, orange, gul, grøn, blå	Ikke aktiv ¹
G Ankomst på akutafdeling	Patienter som er ankommet på en akutmodtagelse på et akutsygehus	Aktiv

1. Subgruppe F er afhængig af data fra regionernes elektroniske patientjournaler. Den tekniske løsning der muliggør at regionerne overfører data fra de elektroniske patientjournaler til RKKP er under udvikling.

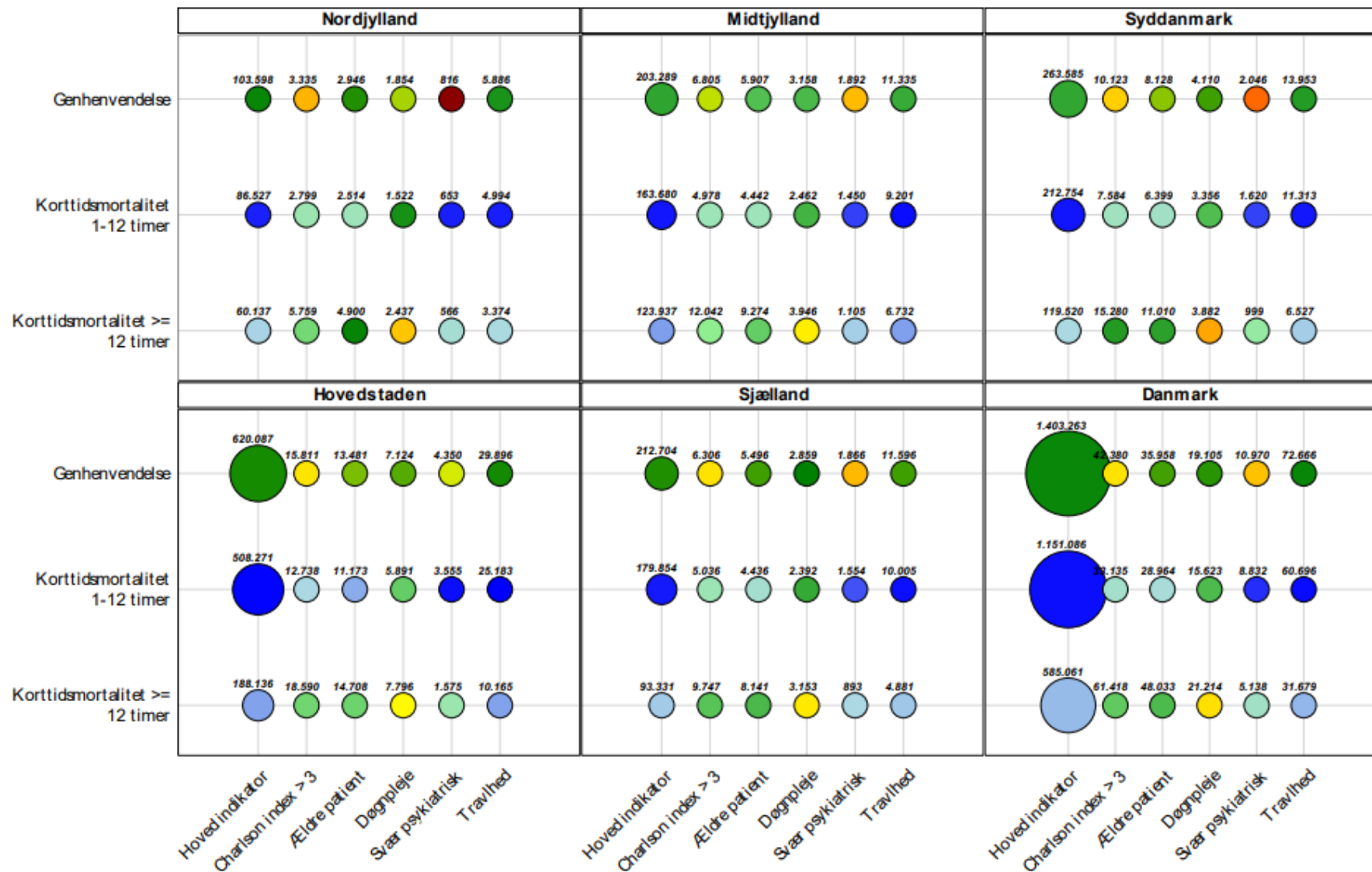
Databasen for Akutte Hospitalskontakter

Årsrapport 2023

AL



DANISH CENTER FOR
CLINICAL HEALTH SERVICES RESEARCH



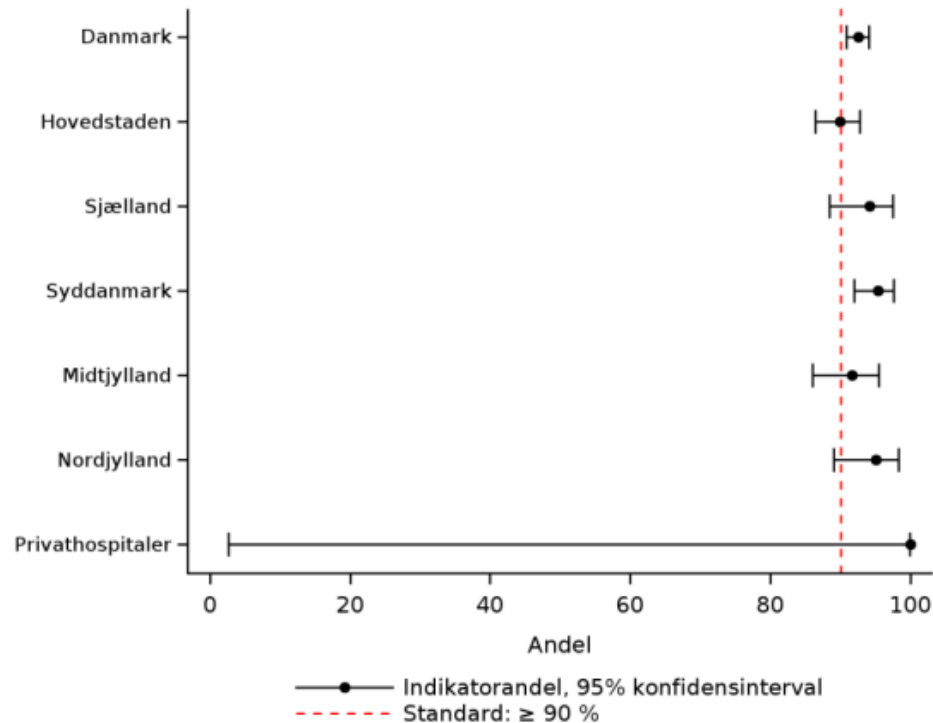
Databaser: Dansk inspiration RKKP

Indikator 6a: Andelen af patienter med forhøjet langtidsblodsukker, som er i antidiabetisk behandling.
Kontrolplot på regionsniveau.

Den Nationale Skizofrenidatabase

Indikator 6a: Antidiabetisk behandling

Andelen af patienter med forhøjet langtidsblodsukker, som er i antidiabetisk behandling



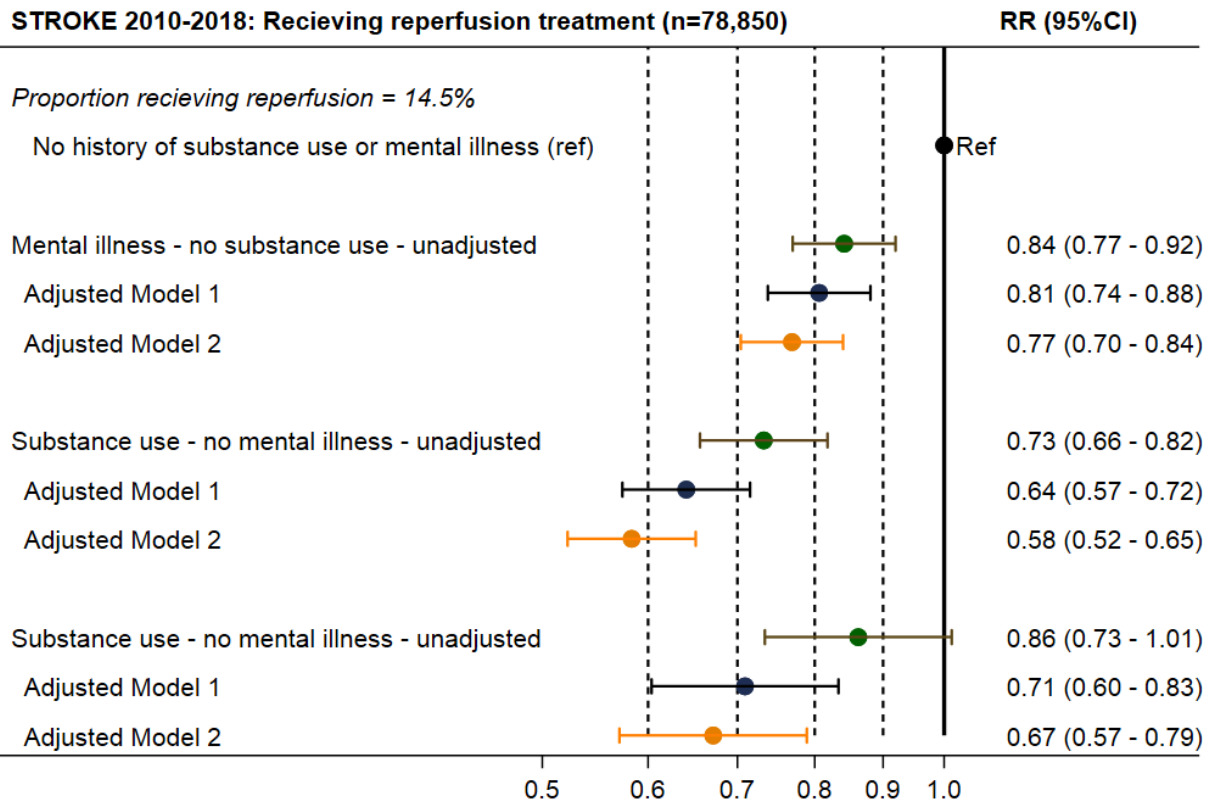
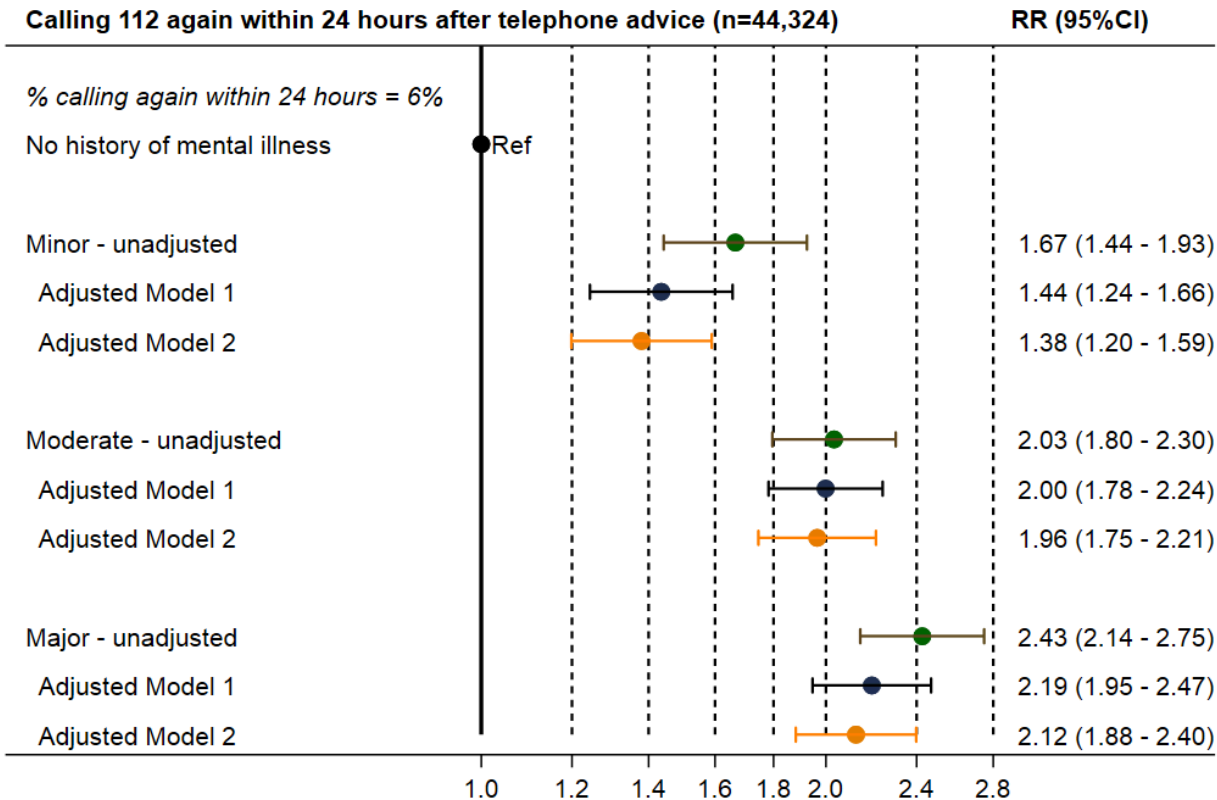
► PLoS One. 2023 Jun 13;18(6):e0287017. doi:
[10.1371/journal.pone.0287017](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287017)

Diabetes treatment for persons with severe mental illness: A registry-based cohort study to explore medication treatment differences for persons with type 2 diabetes with and without severe mental illness

[Catrine Bakkedal](#)^{1,*}, [Frederik Persson](#)², [Margit Kriegbaum](#)¹, [John Sahl Andersen](#)¹, [Mia Klinten Grant](#)

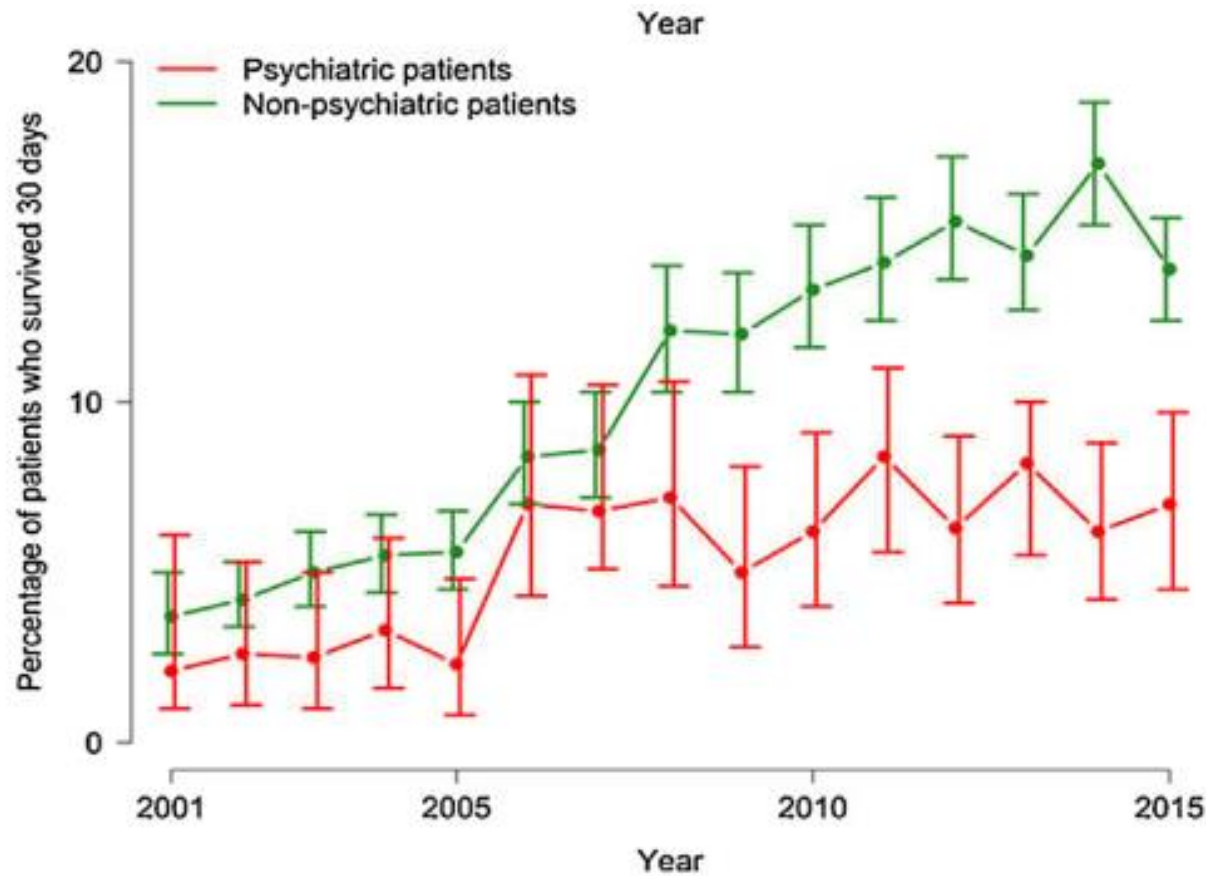
Databaser: Dansk inspiration – forskning

Adgang



Databaser: Dansk inspiration – forskning

Outcome



Clinical paper

Out-of-hospital cardiac arrest in patients with psychiatric disorders — Characteristics and outcomes

Carlo Alberto Barcella^{a,*}, Grimur H. Mohr^{a,b}, Kristian Kragholm^{c,d,e}, Paul Blanche^{a,f,g}, Thomas A. Gerdts^h, Mads Wissenberg^{a,i}, Steen M. Hansen^{d,e}, Kristian Bundgaard^d, Freddy K. Lippert^l, Fredrik Folke^{o,i}, Christian Torp-Pedersen^{c,k}, Lars V. Kessing^l, Gunnar H. Gislason^{a,h}, Kathrine B. Søndergaard^a



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK



PSYCHIATRIC HOSPITAL



AALBORG UNIVERSITY HOSPITAL

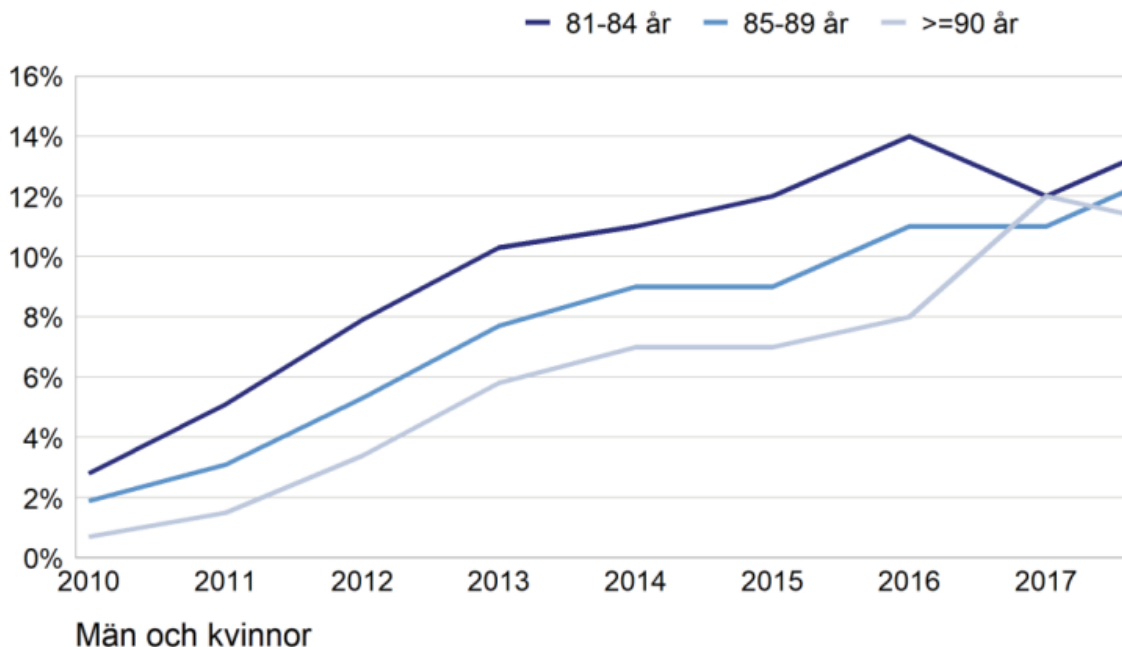


DANISH CENTER FOR
CLINICAL HEALTH SERVICES RESEARCH

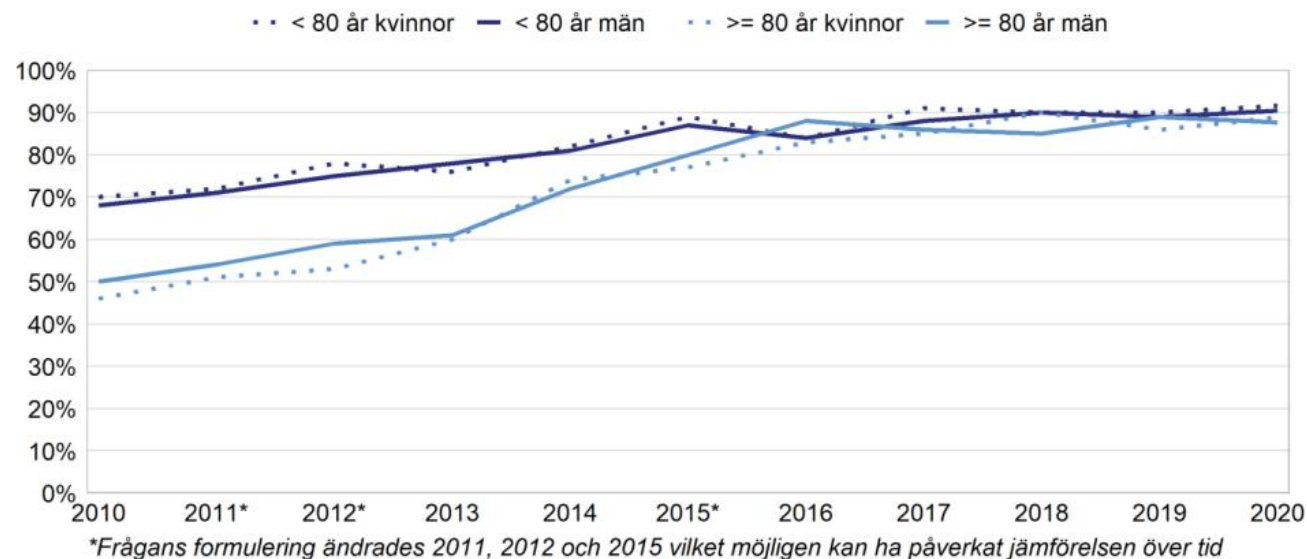
Databaser: Svenske kvalitetsregistre - behandlingskvalitet

Trombolysbehandling i åldrar över 80 år

Totalt



Antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer och TIA



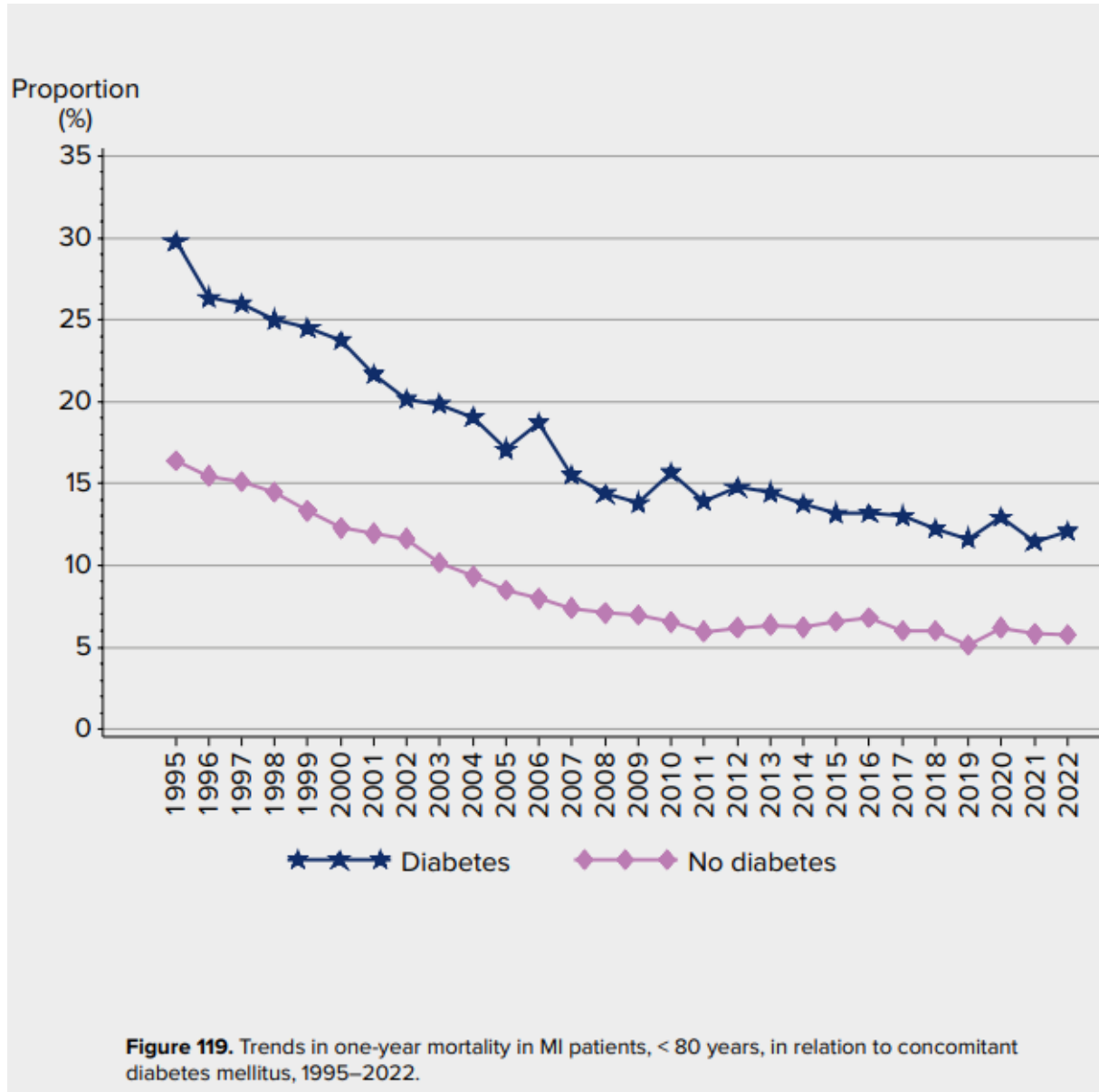
AALBORG UNIVERSITY
DENMARK



PSYCHIATRIC HOSPITAL


Figur 9. Andelen TIA-patienter med förmaksflimmer som när de skrevs ut från sjukhuset behandlades med warfarin eller NOAK, 2010–2020.

Databaser: Svenske kvalitetsregistre – outcome



Retningslinjer og vurderinger



[NYHEDER](#) // [ARRANGEMENTER](#) // [KONTAKT](#) 

[Anbefalinger](#) [Giv os et tip](#) [Om Vælg Klogt](#)



Differentieret indsatser?

Retningslinjer og vurderinger

MÅLGRUPPEBESKRIVELSE					
REGION	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Tidligere behandlingsforløb/behandlingsresistens	Ingen	Tidligere enkelte forløb med godt resultat	Tidligere enkelte forløb med vekslende resultat	Tidligere forløb overvejende med dårligt resultat (behandlingsresistens)	Tidligere forløb uden resultat
Belastningsgrad	1-3	4	5	6	7
Sværhedsgrad, sygdom (symptom-niveau) CGI-S	1-3	4	5	6	7
Behandlingsregi	Ikke hospitalsbaseret	Ikke hospitalsbaseret	Oftest hospitalsbaseret	Oftest hospitalsbaseret	Hospitalsbaseret
Behandlingsniveau	▶ Primærsektor/ (§ 66)	▶ Primærsektor/ § 66	▶ HF: Pakkeforløb (§ 66)	▶ HF: +/- Pakkeforløb (DPC) ▶ RF/HSF ▶ Indlæggelse (§ 66)	▶ HF: ± Pakkeforløb (DPC) ▶ RF/HSF ▶ Indlæggelse

Differentieret på funktionsevne?

Strukturelle determinanter

Social position

Biologiske
determinanter

De første
leveår

Sociale
determinanter

Sygelighed

Databaser

Retnings-
linjer

Vurderinger

Adgang

Behandlings-kvalitet

Outcome

HVAD KAN VI GØRE
- SYGEHUSE
- NÆRE SUNDHEDSVÆSEN
- STRUKTURELT, herunder kvalitet

Strukturelle determinanter

Social position

Biologiske determinanter

De første leveår

Sociale determinanter

Sygelighed

	Adgang	Behandlings-kvalitet	Outcome
Databaser	Har de rigtige adgang? Hvem har ikke adgang?	Hvem får ikke behandlingen? <i>(i mindre grad – hvordan gik det dem der fik behandling...)</i> Kvalitet i subgrupper	Hvem har ikke samme udbytte? PRO
Retningslinjer			
Vurderinger			

Spørgsmål?

j.mackenhauer@rn.dk