

Overdødelighed og underbehandling

Anbefalinger

Excess morbidity

Cox proportional hazards models.

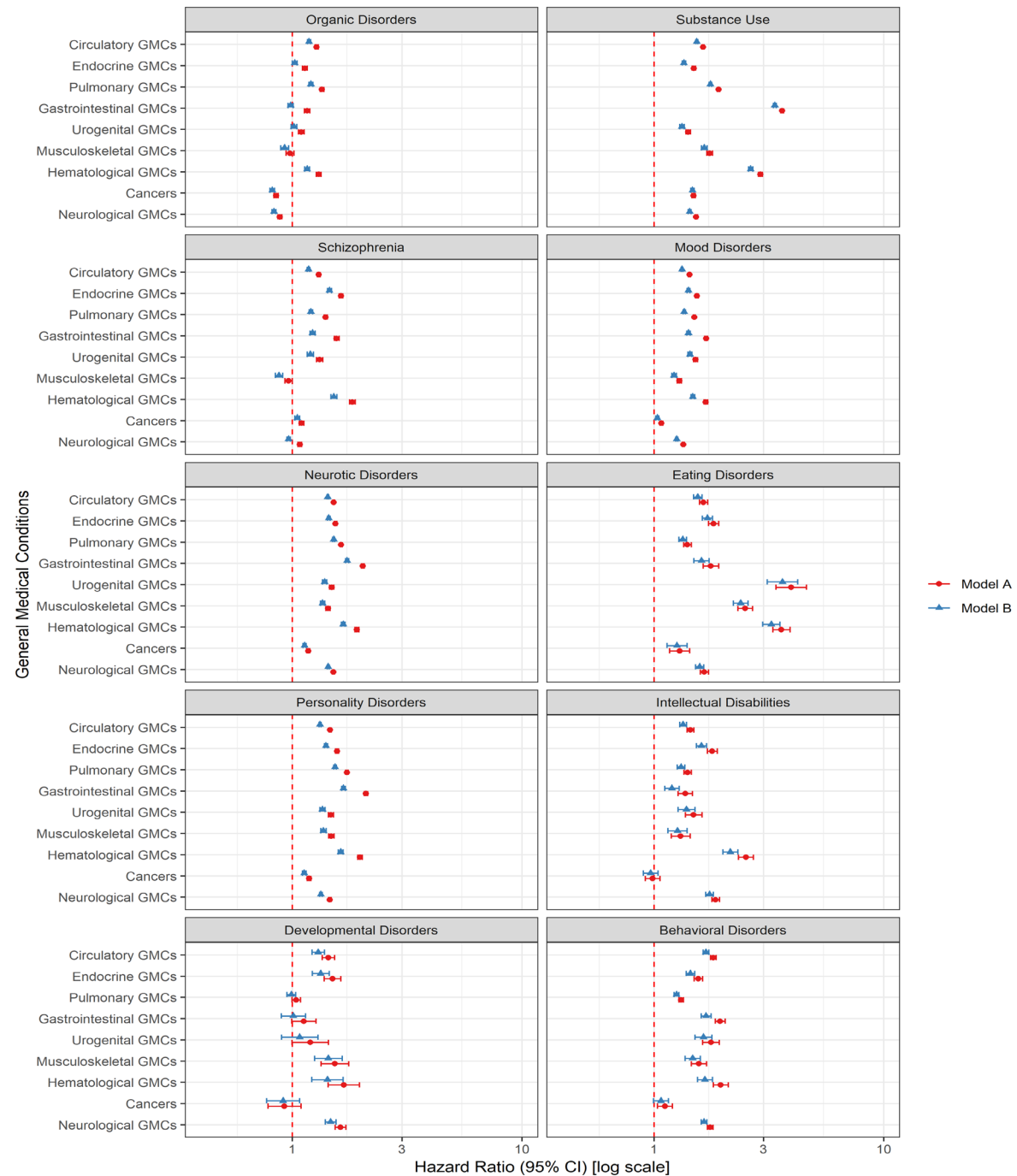
Model A –in red- adjusting for sex and calendar time

Model B –in blue -further adjustment for other mental disorder prior to the disorder.

orders that had onset

The line of unity is shown as a red dashed line in each plot.

Momen et al, NEJM, 2020



Excess morbidity

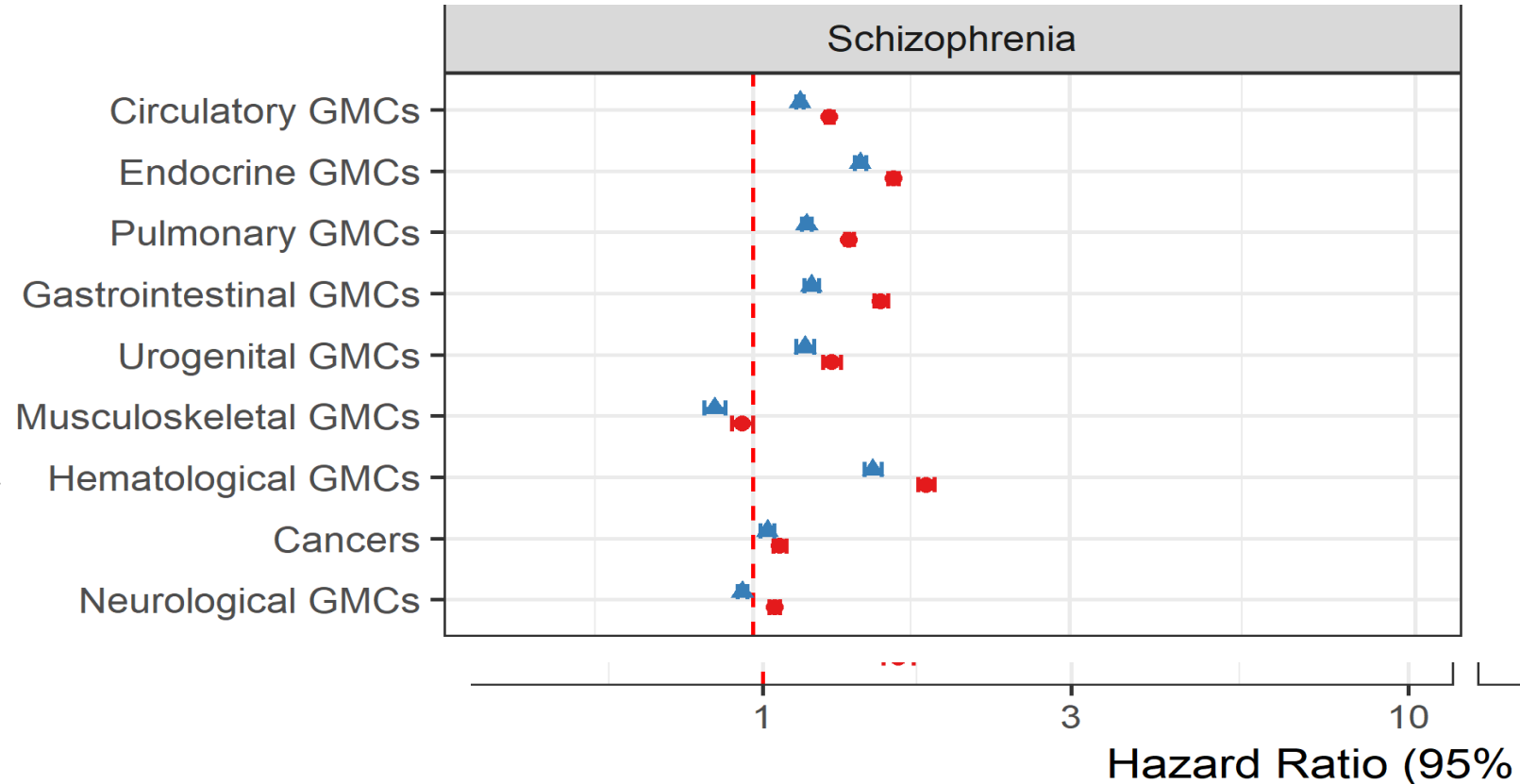
Cox proportional hazards models.

Model A –in red- adjusting for sex and calendar time

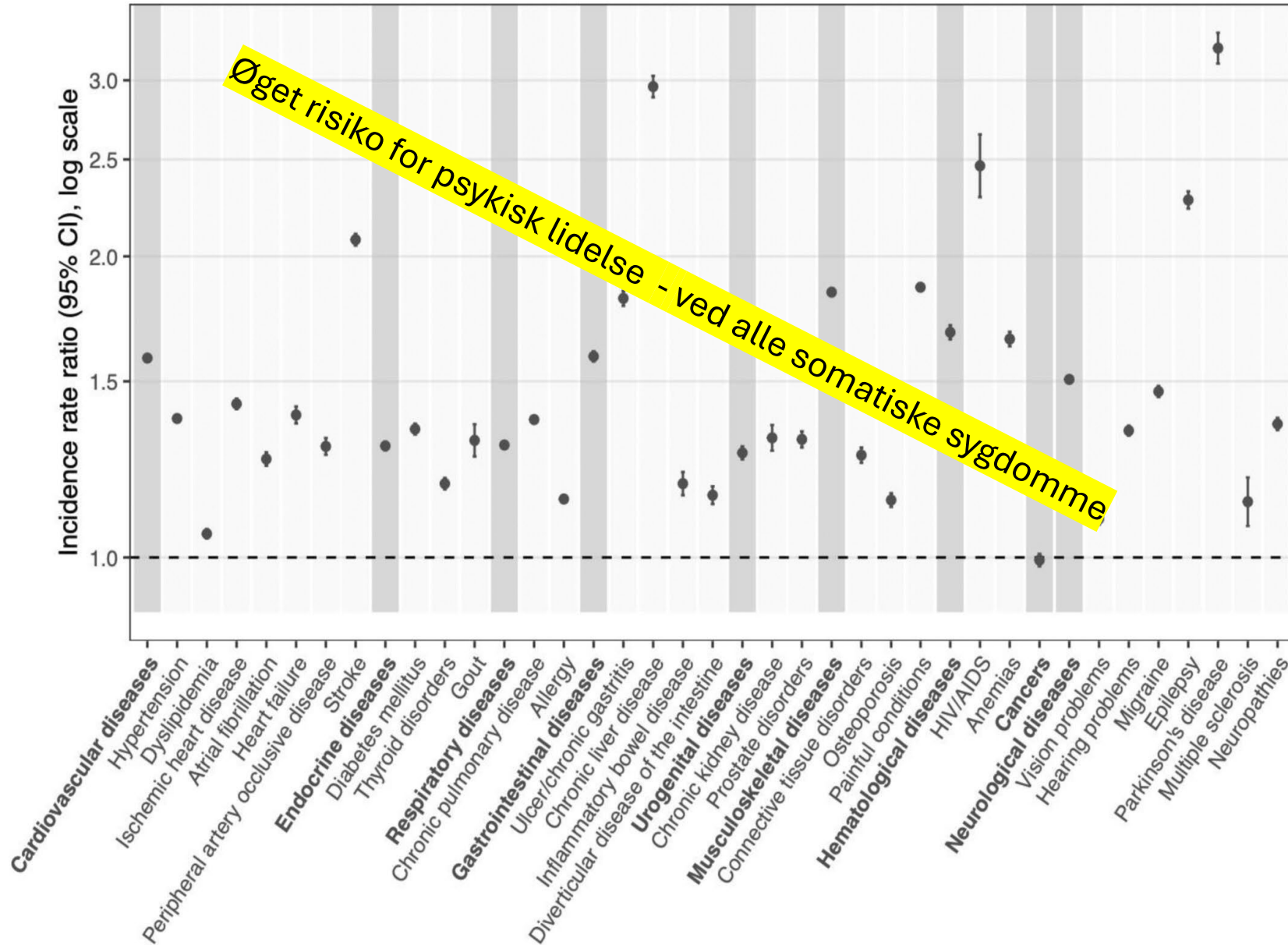
Model B –in blue -further adjustment for other mental disorder prior to the disorder.

orders that had onset
The line of unity is shown as a red dashed line in each plot.

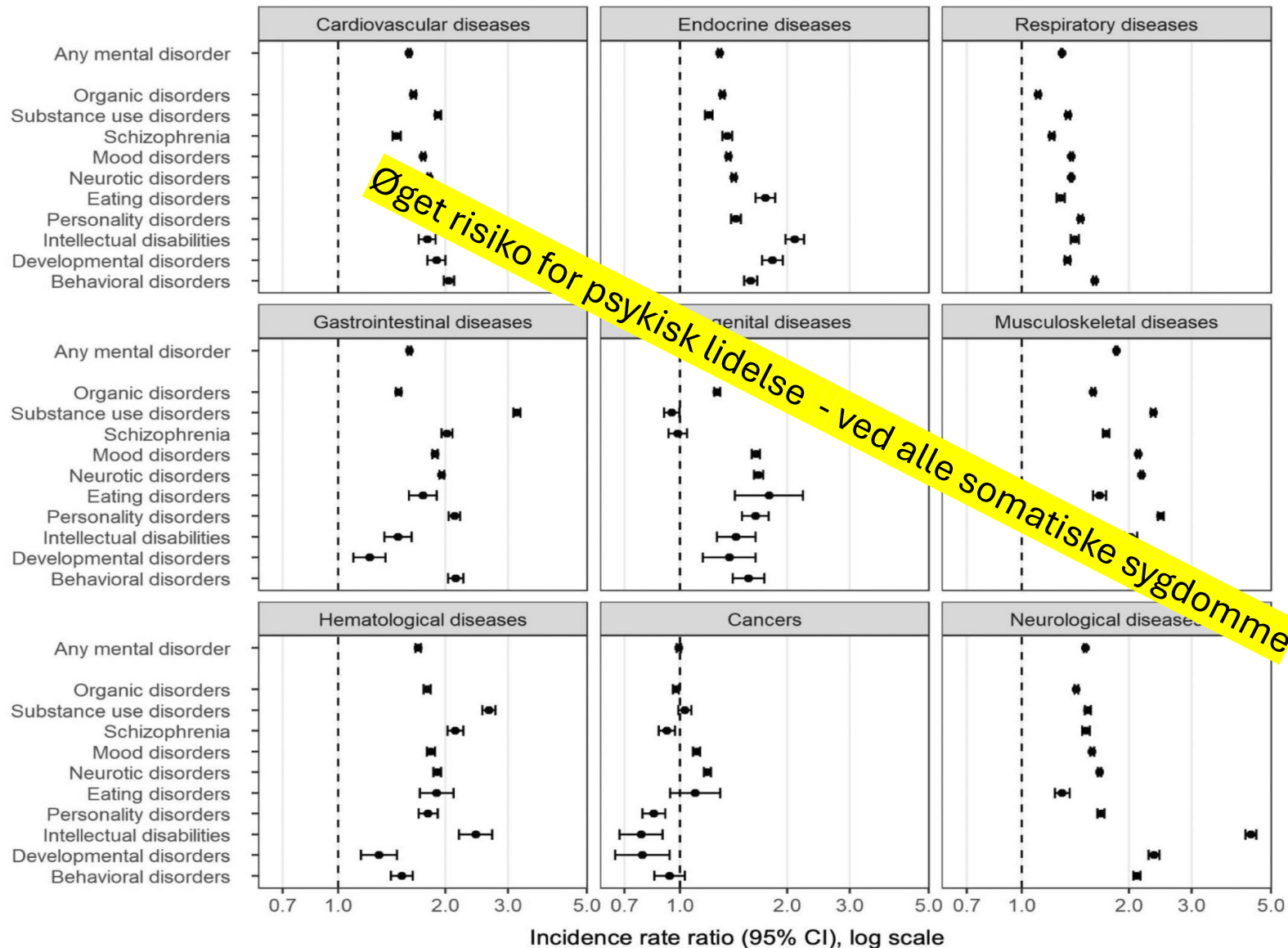
Momen et al, NEJM, 2020



Associations between physical diseases and subsequent mental disorders: a longitudinal study in a population-based cohort



Associations between physical diseases and subsequent mental disorders: a longitudinal study in a population-based cohort



Excess mortality

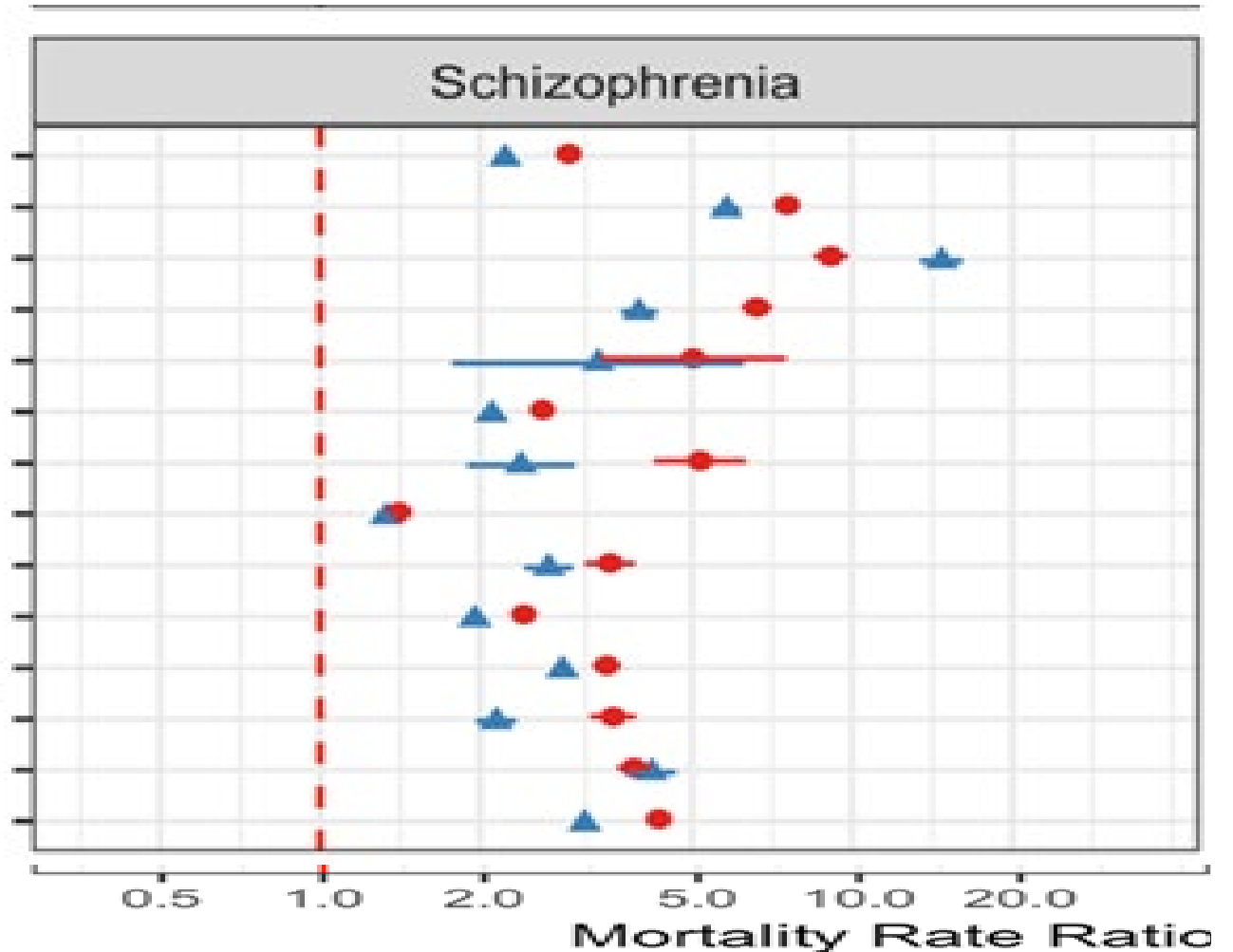
All kind of mental illnesses are associated with increased risk of death



Plana-Ripoll, Andersen, Mortensen, Nordentoft, Agerbo, Andersen, McGrath, Laursen. Lancet, 2019

Excess mortality

- All Causes of Death
- Unnatural Causes
 - Suicide
 - Accidents
 - Homicide
- Natural Causes
 - Infectious Diseases
 - Neoplasms
 - Diabetes Mellitus
 - Heart Diseases
 - Respiratory Diseases
 - Digestive Diseases
 - Alcohol Misuse
 - Other Causes



Outcome	Risk ratio (95% CI)
Suicide (n=28)	9.76 (7.60-12.55)
Injury-poisoning (n=2)	9.06 (2.60-31.50)
Undetermined non-natural (n=14)	8.42 (6.94-10.20)
Infectious-pneumonia (n=3)	7.00 (6.79-7.23)
Infectious-any (n=10)	3.84 (2.10-7.01)
Endocrine (n=9)	3.80 (1.75-8.26)
Respiratory-any (n=15)	3.75 (2.99-4.70)
Injury-accidents (n=9)	3.35 (2.66-4.22)
Urogenital-any (n=9)	3.33 (2.06-5.37)
Other not specified (n=7)	3.19 (2.19-4.64)
Diabetes (n=5)	3.16 (2.42-4.12)
All-cause (n=57)	2.94 (2.75-3.13)
Alcohol (n=2)	2.86 (1.95-4.21)
Gastrointestinal (n=12)	2.86 (2.07-3.95)
Urogenital-renal failure (n=2)	2.65 (1.43-4.90)
Natural (study-defined) (n=21)	2.65 (2.38-2.95)
Nervous-any (n=8)	2.35 (1.94-2.84)
Cardiovascular (n=19)	2.21 (1.82-2.67)
Cardio-cerebrovascular (n=28)	2.10 (1.80-2.45)
Natural (n=59)	2.00 (1.85-2.15)
Liver (n=2)	1.96 (1.90-2.03)
Cerebrovascular (n=13)	1.60 (1.25-2.04)
Cancer-breast (n=2)	1.49 (1.22-1.82)
Cancer-colon (n=3)	1.48 (1.01-2.16)
Cancer-pancreas (n=2)	1.40 (1.21-1.62)
Cancer-any (n=25)	1.33 (1.19-1.48)

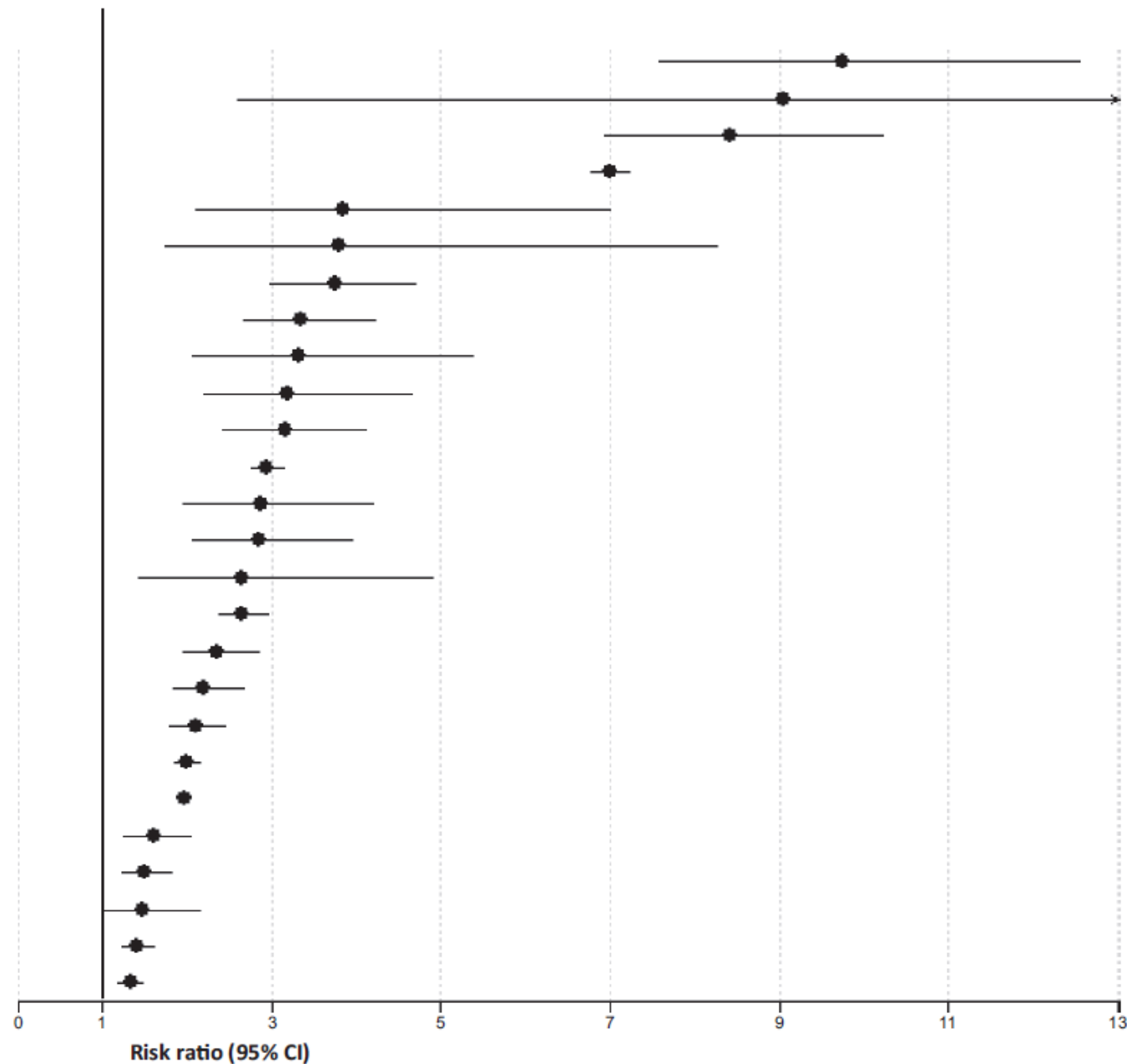
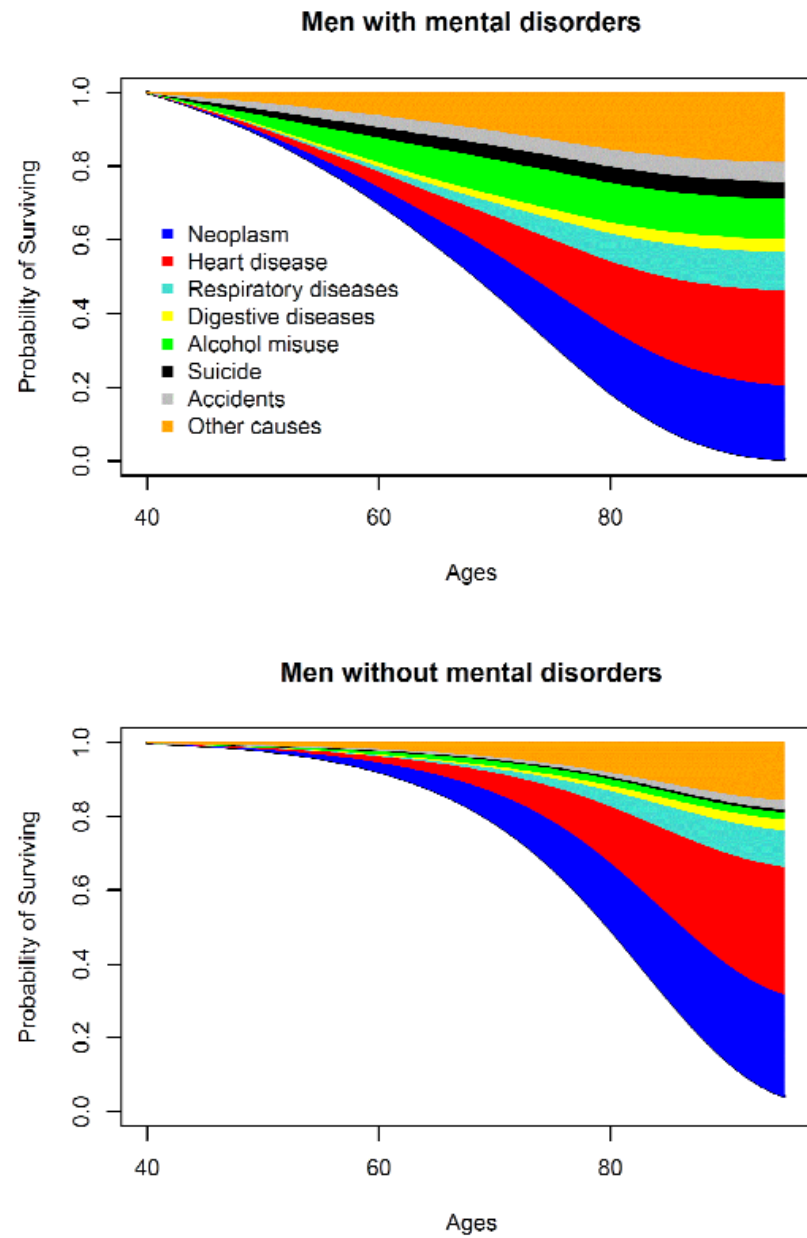


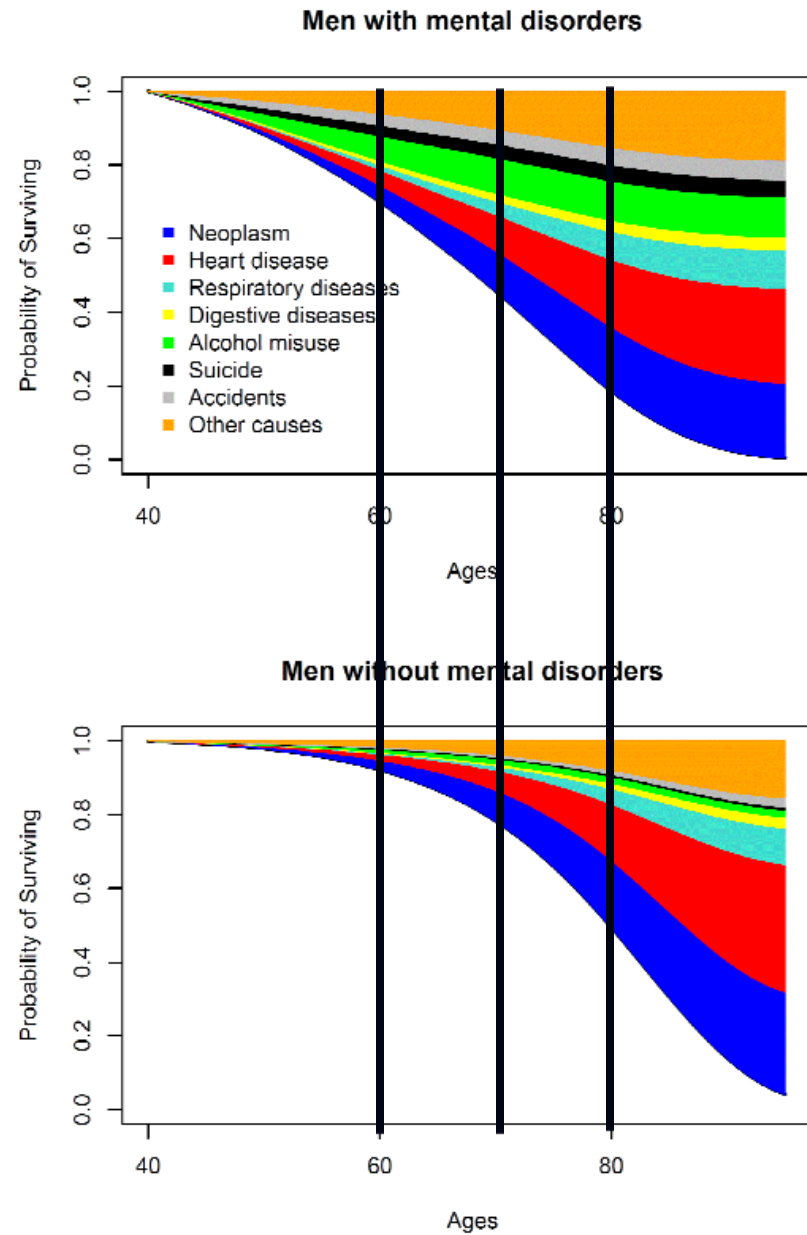
Figure 2 Significant findings for all-cause and cause-specific mortality risk in incident plus prevalent schizophrenia versus the general population

Figure 1. Survival curves for people with and without mental disorders by causes of death at age 40.



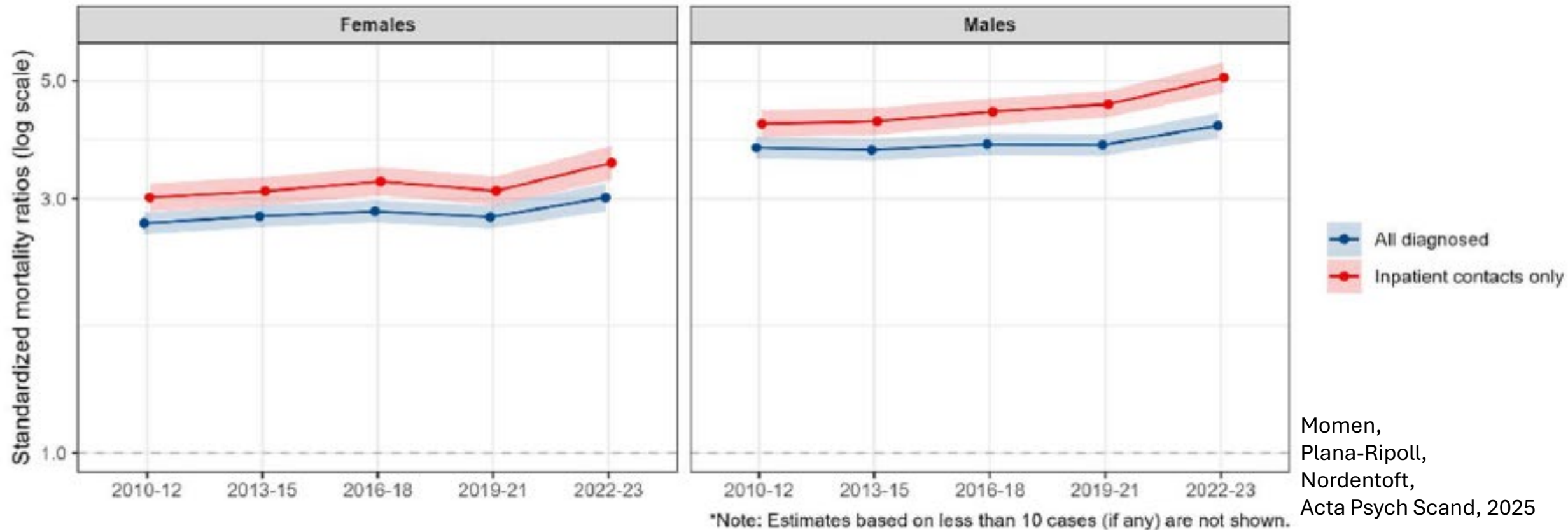
Erlangsen et al
Lancet Psychiatry, 2017

Figure 1. Survival curves for people with and without mental disorders by causes of death at age 40.

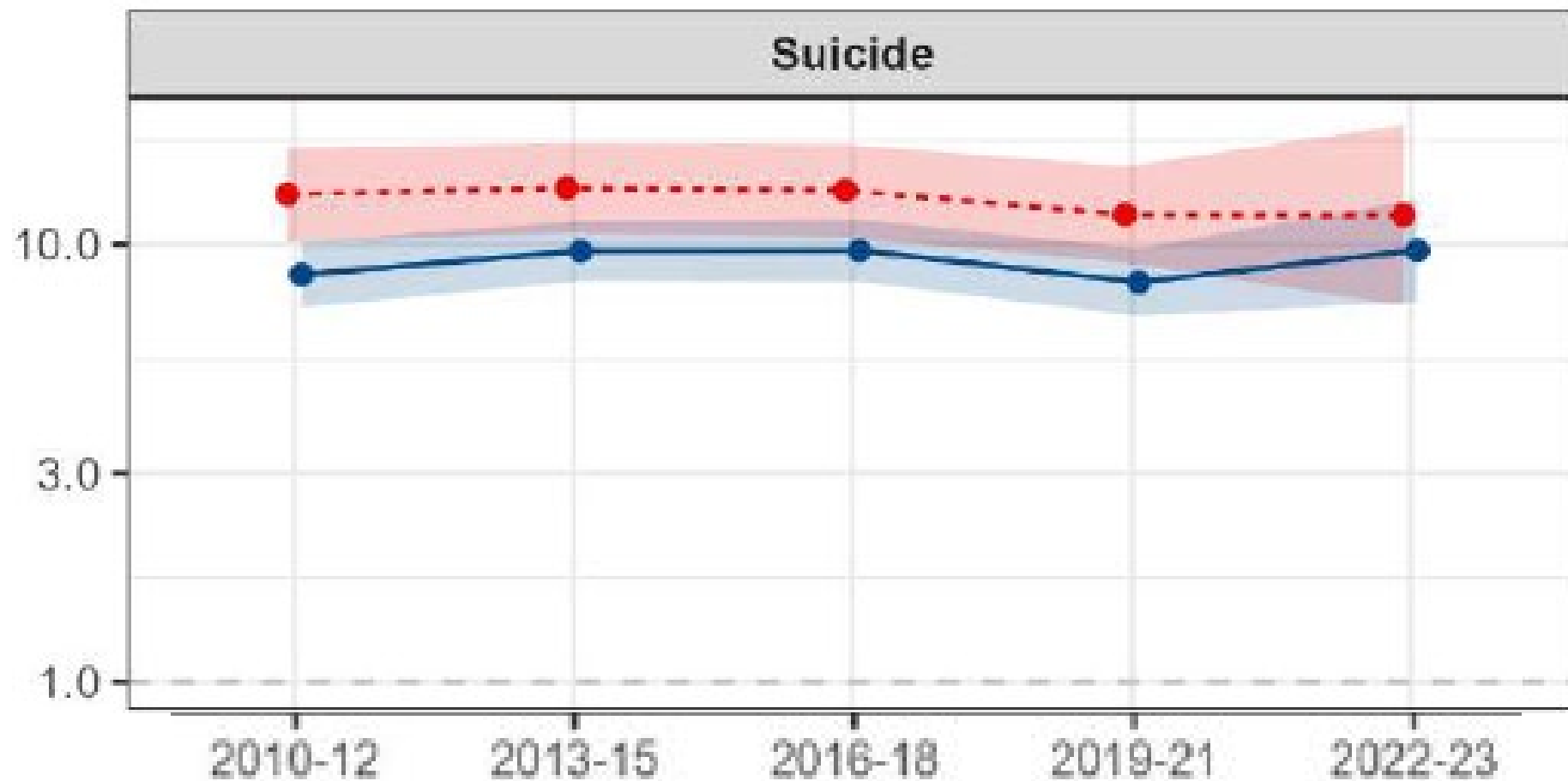


Erlangsen et al
Lancet Psychiatry, 2017

Standardiserede dødsrater for mænd og kvinder med skizofreni (F2)

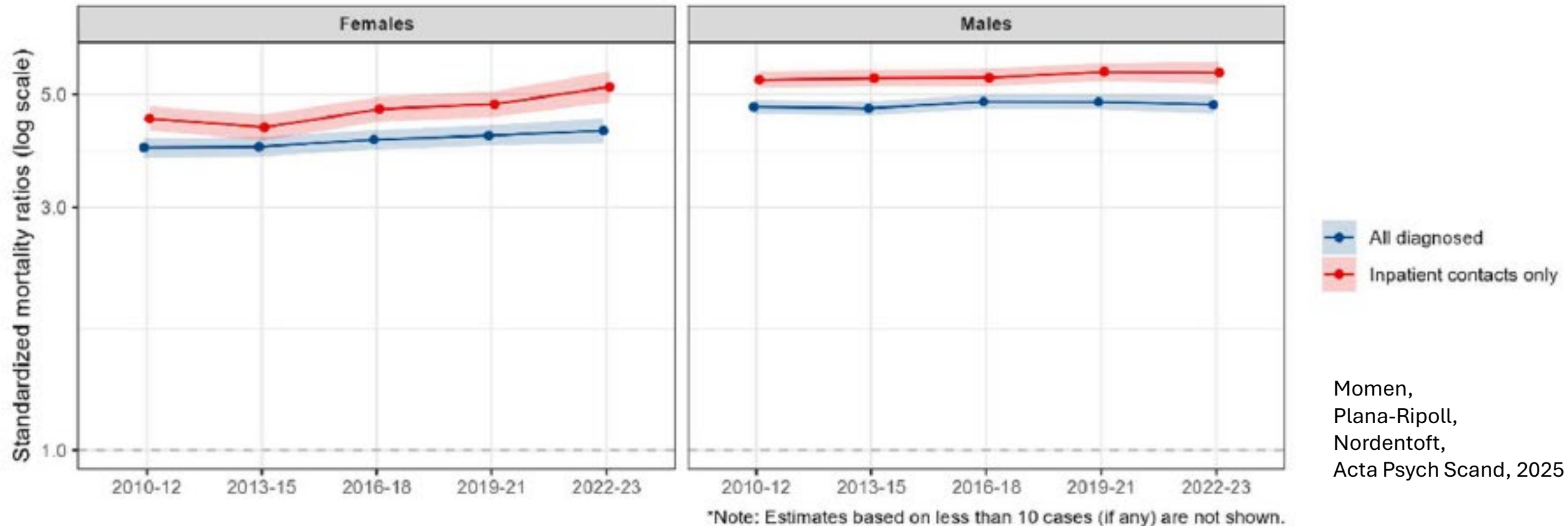


Standardiserede selvmordsrater for mænd og kvinder med skizofreni (F2)

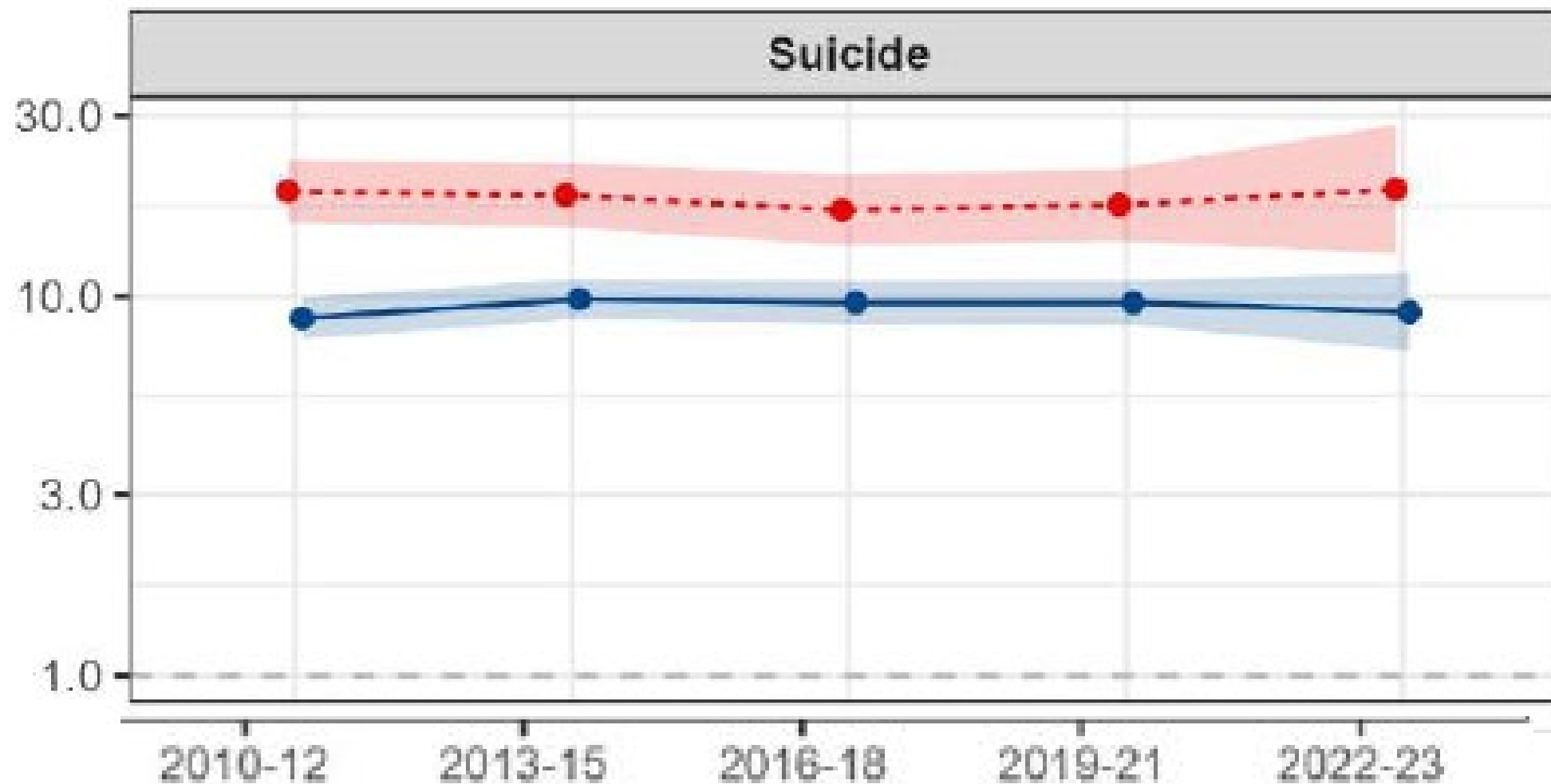


Momen,
Plana-Ripoll,
Nordentoft,
Acta Psych Scand, 2025

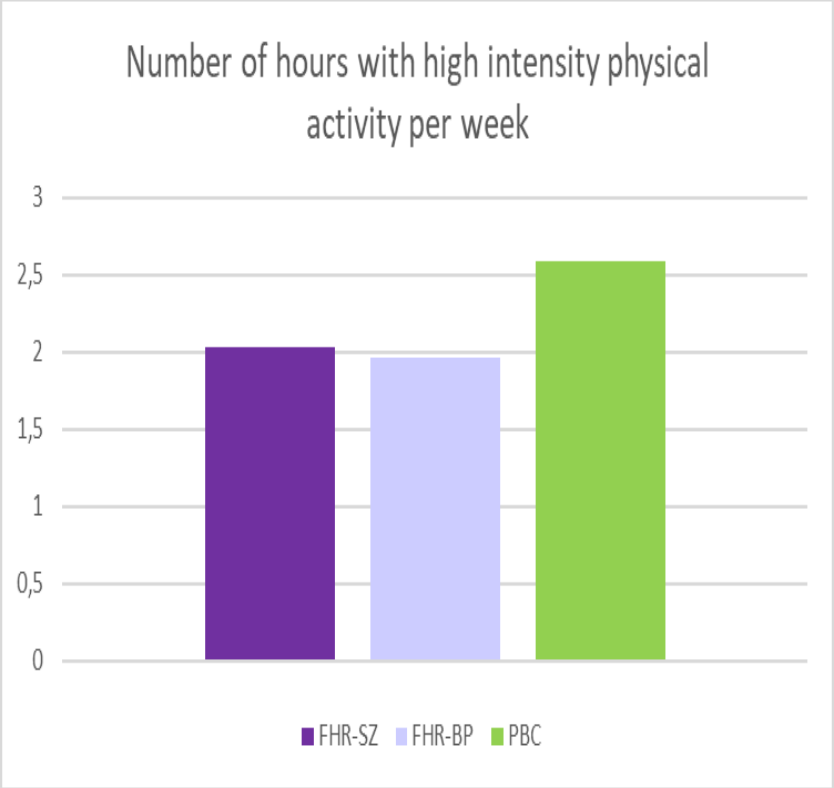
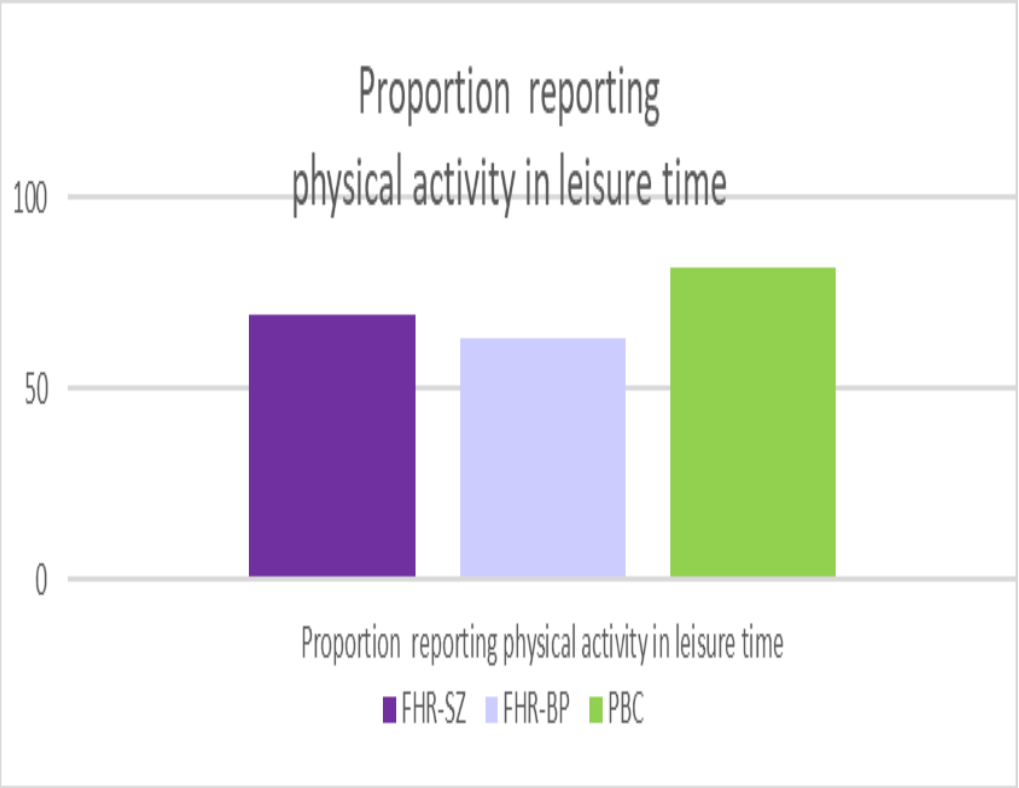
Standardiserede dødsrater for mænd og kvinder med substance use disorder (F1)



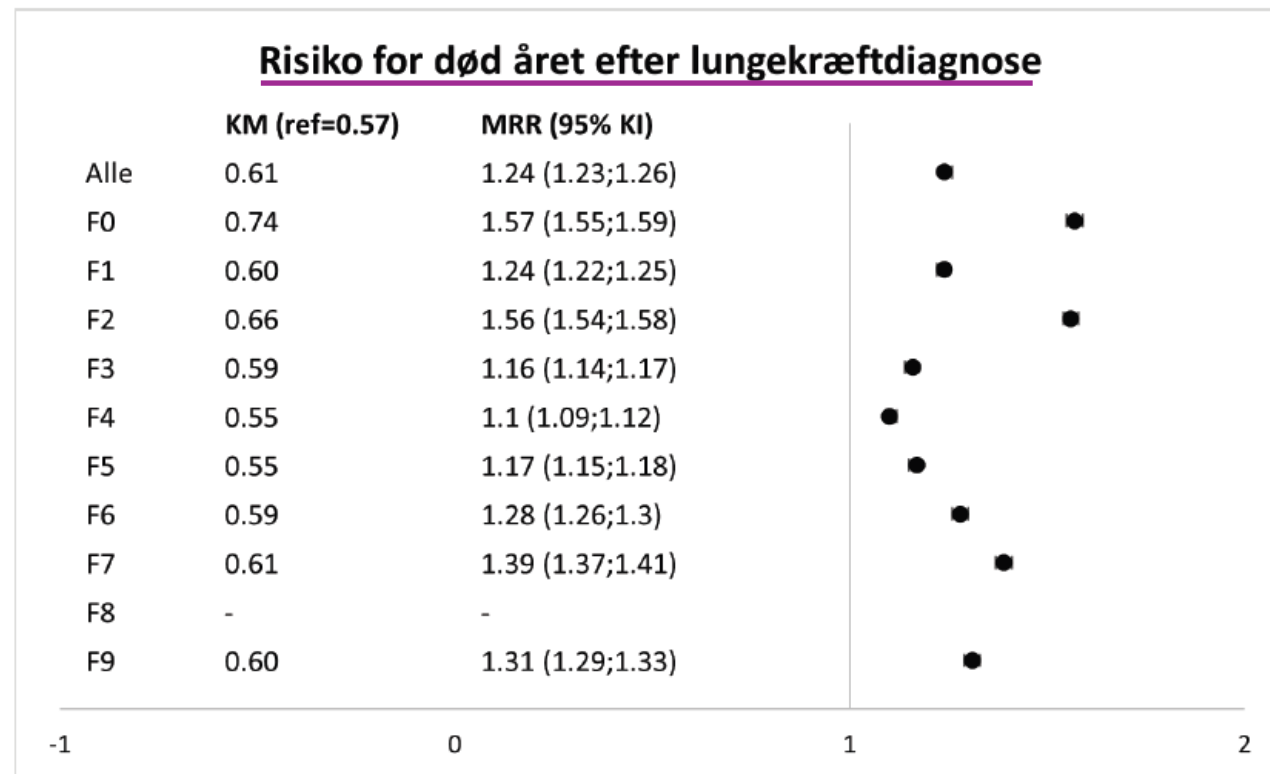
Standardiserede selvmordsrater for mænd og kvinder med substance use disorder (F1)



The Danish High Risk and Resilience Study VIA 11: Selvrappporteret fysisk aktivitet og antal timer med højintensiv fysisk aktivitet per uge (actigraf)



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: Adfældsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer

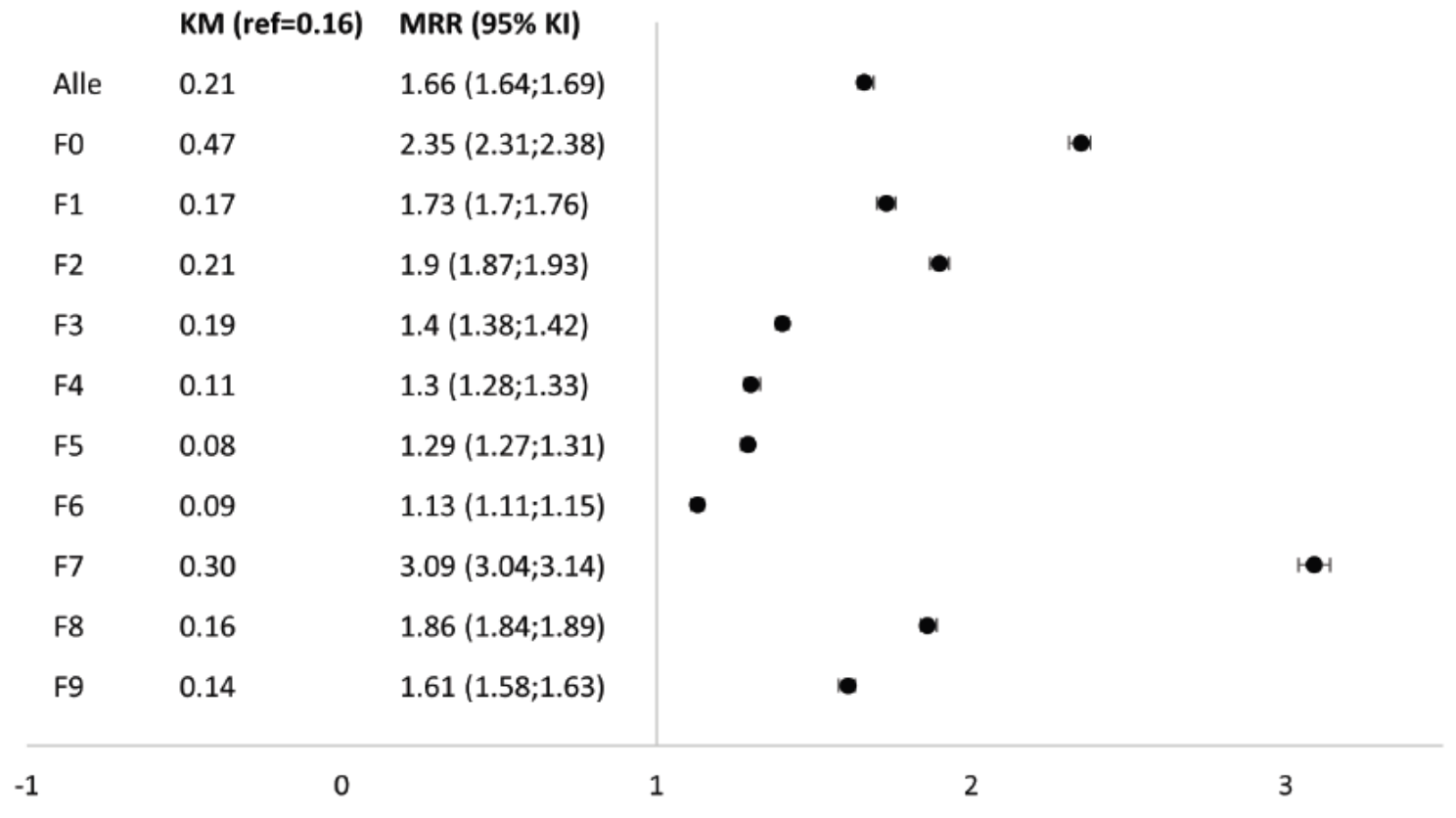
F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen

F7: Mental retardering

F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser

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

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: Adfærsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer

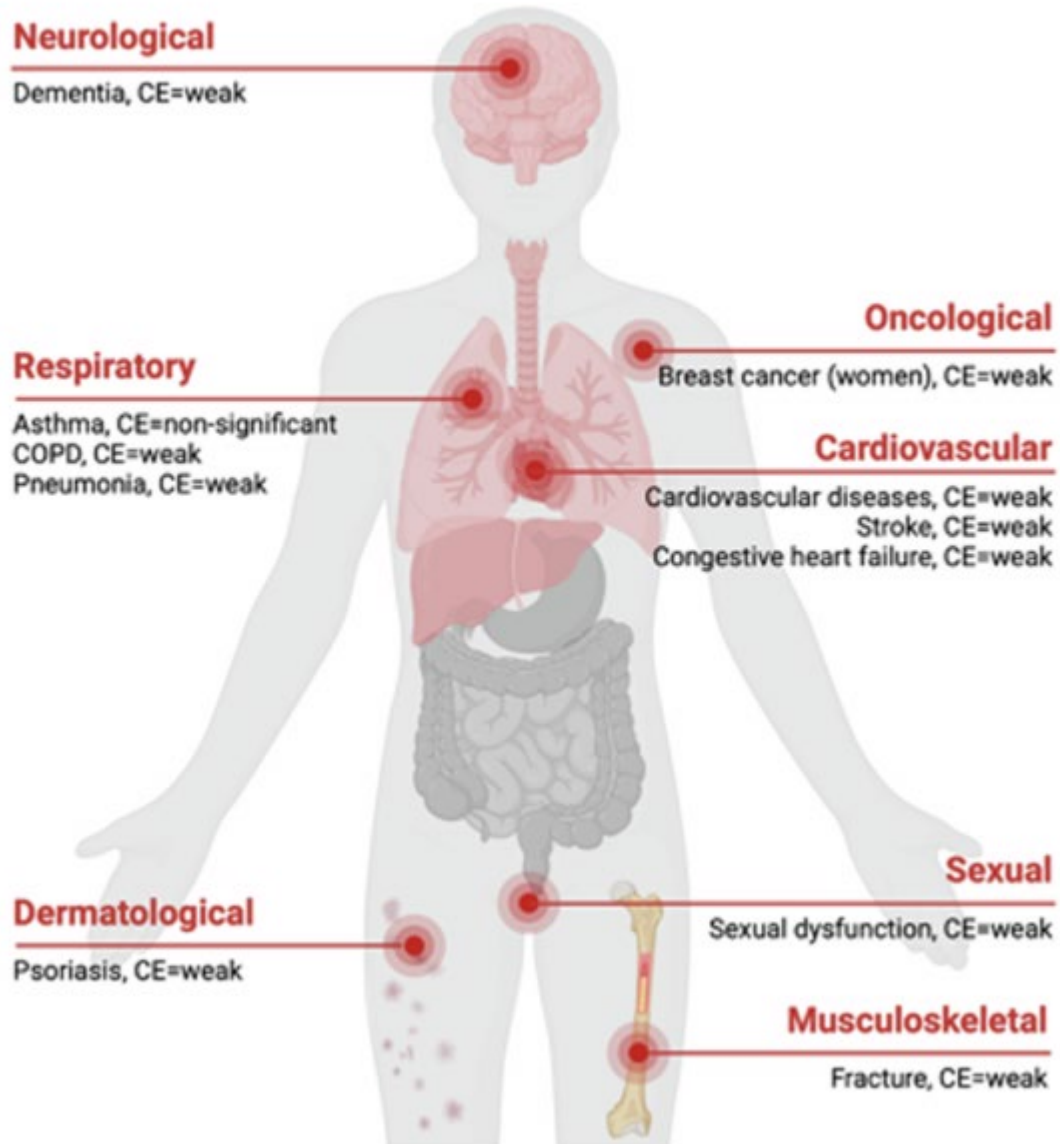
F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen

F7: Mental retardering

F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser

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

Comorbid health outcomes in patients with schizophrenia



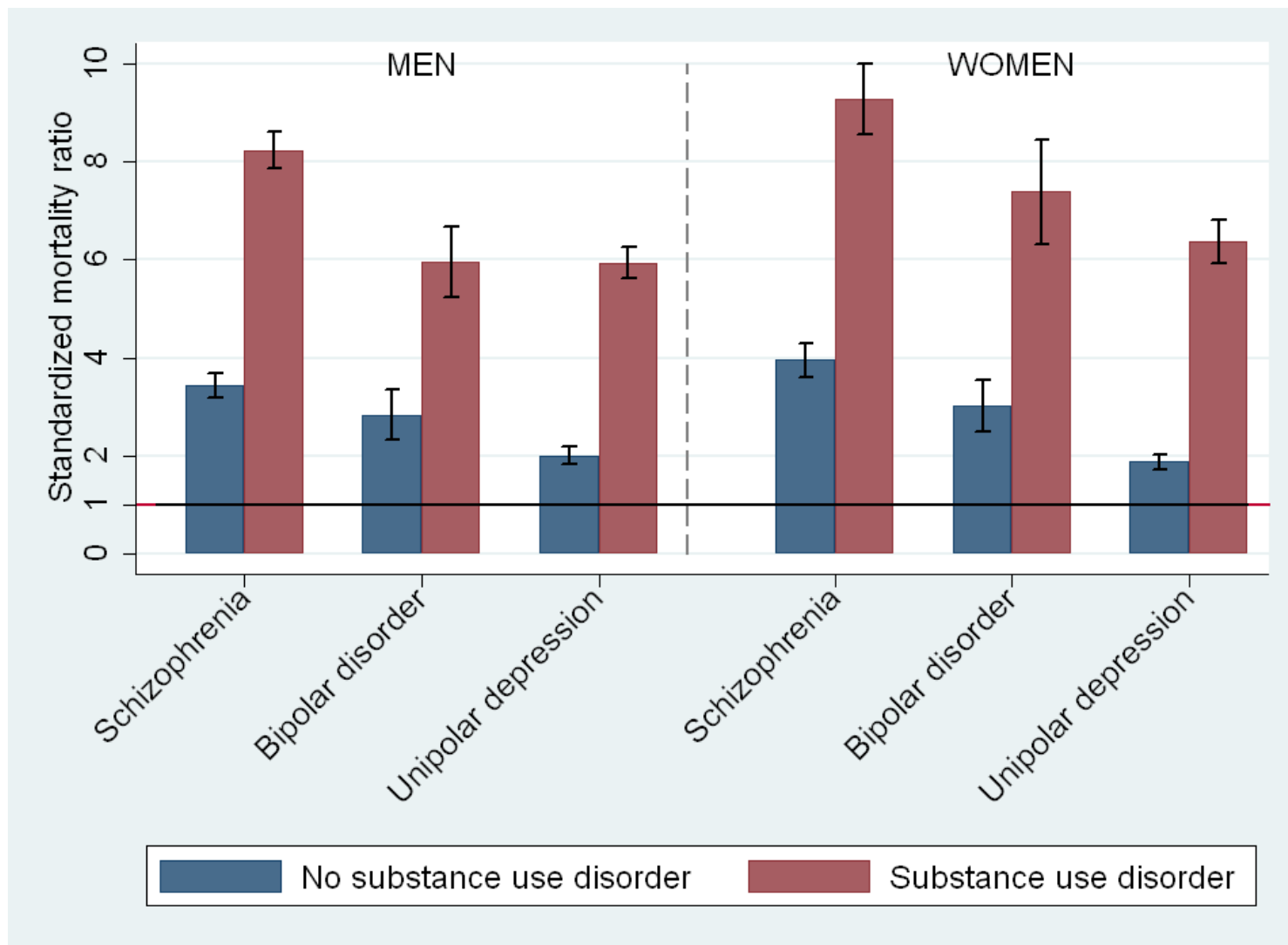
Abbreviation: CE, class and quality of evidence; COPD, chronic obstructive pulmonary disease

Lee et al, Molecular Psychiatry
2024

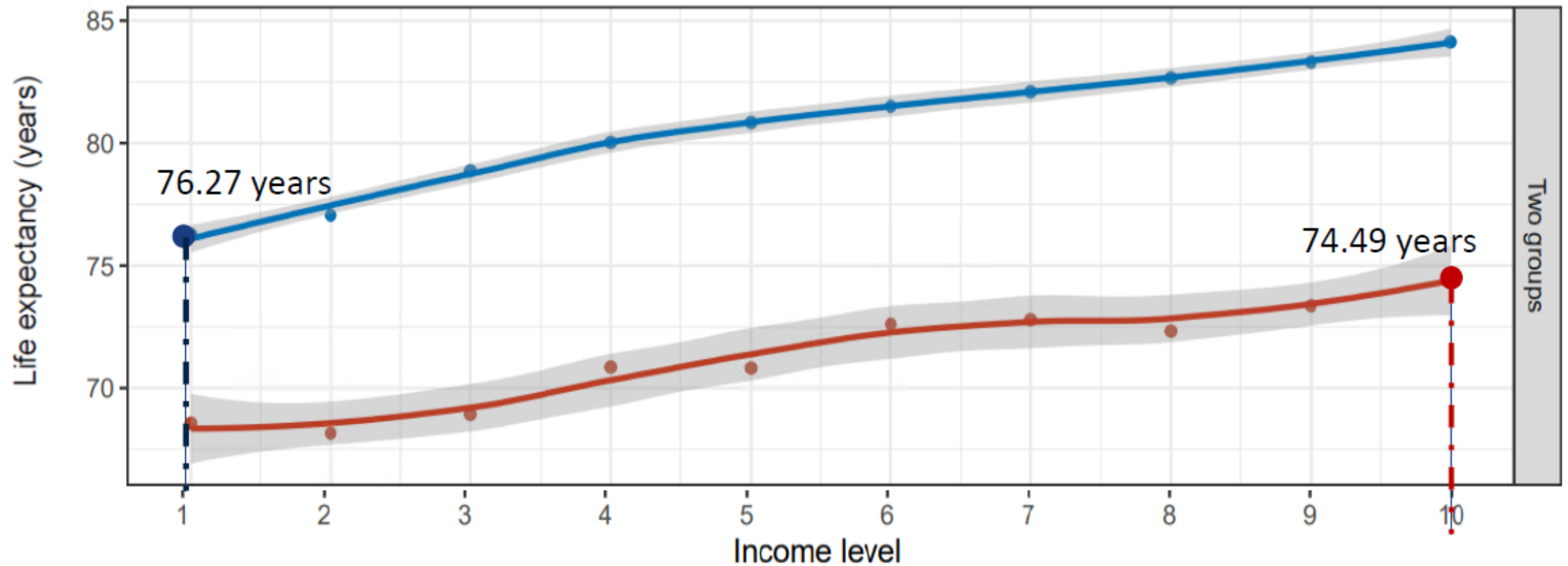
Comorbid health outcomes in
patients with schizophrenia:
an umbrella review of
systematic reviews and meta-
analyses

Standard Mortality Rate

Mental illness and substance use disorder



Average life expectancy for those with schizophrenia-spectrum disorder and the general Danish population according to baseline income category



Chen D, Momen NC, Ejlskov L, et al. Socioeconomic inequalities in mortality associated with mental disorders: a population-based cohort study. *World Psychiatry*. 2025;24(1):92-102. doi:[10.1002/wps.21278](https://doi.org/10.1002/wps.21278)

Diagnosed General Population



EQUALITY

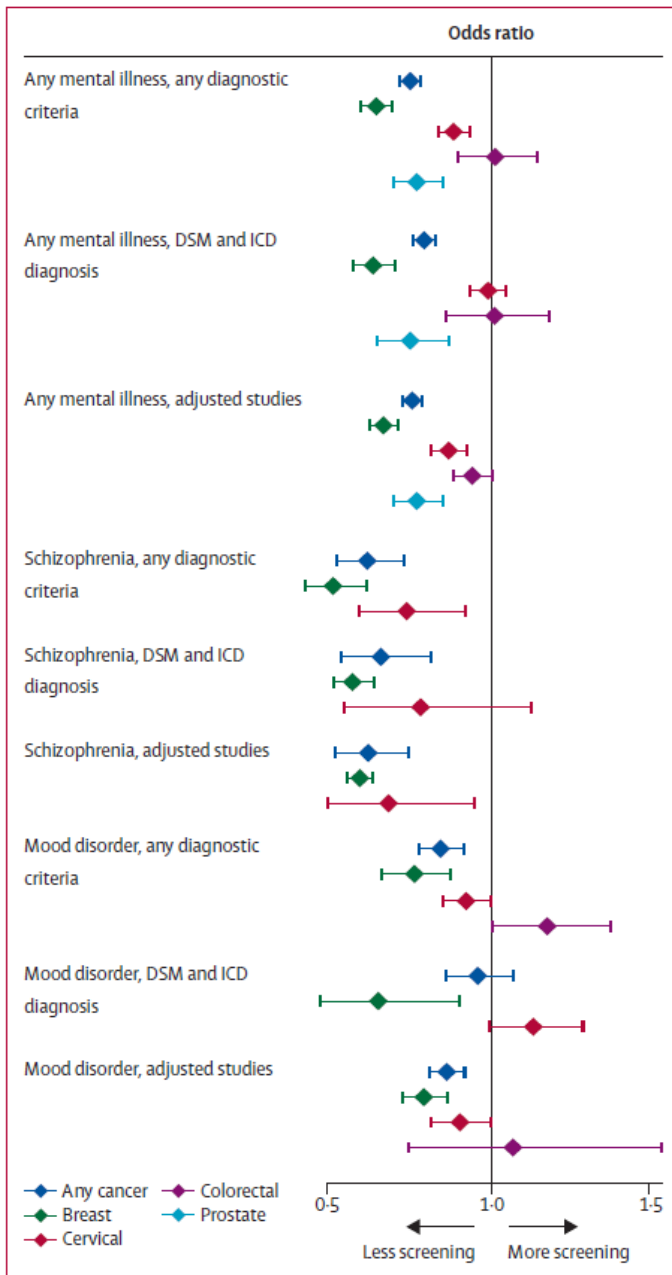


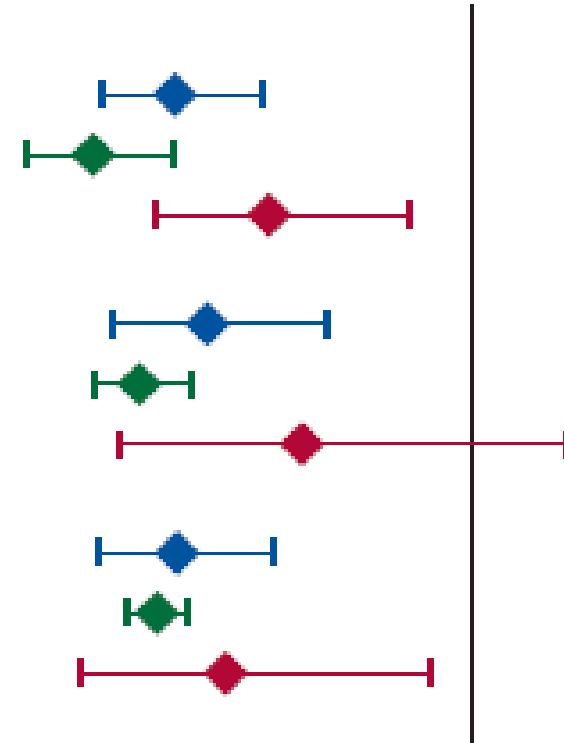
Figure 2: Forest plot with estimates of disparities in cancer screening between people with mental illness and the general population: main and sensitivity analyses

Schizophrenia, any diagnostic criteria

Schizophrenia, DSM and ICD diagnosis

Schizophrenia, adjusted studies

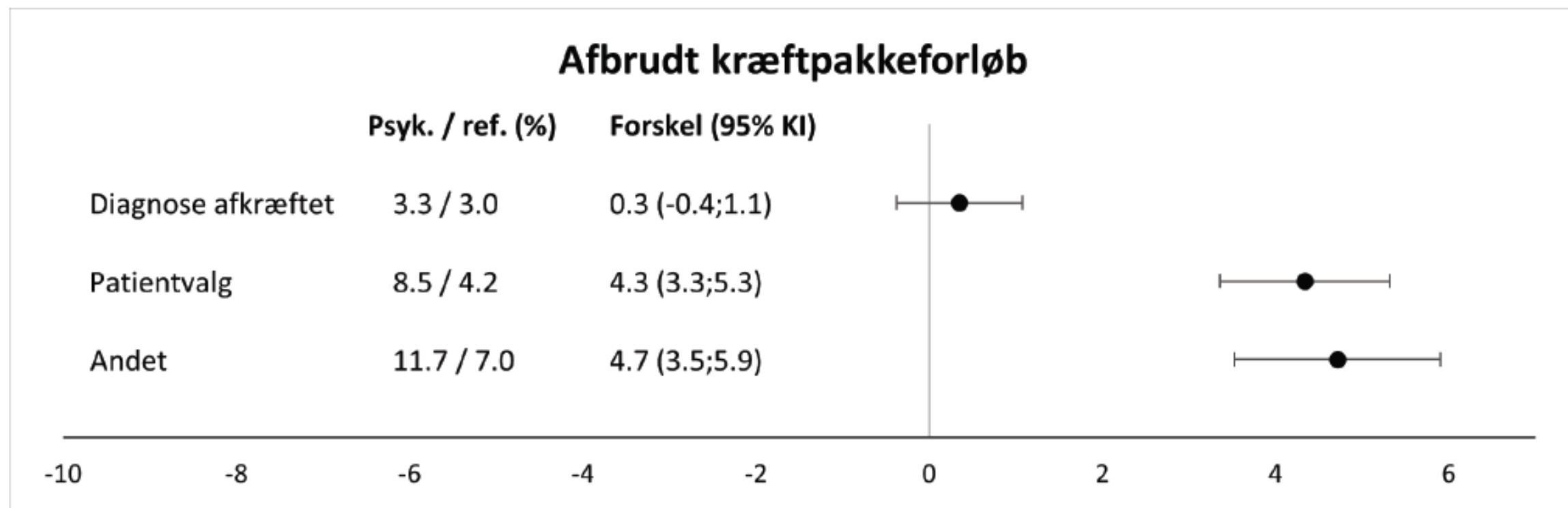
- Any cancer
- Breast
- Cervical



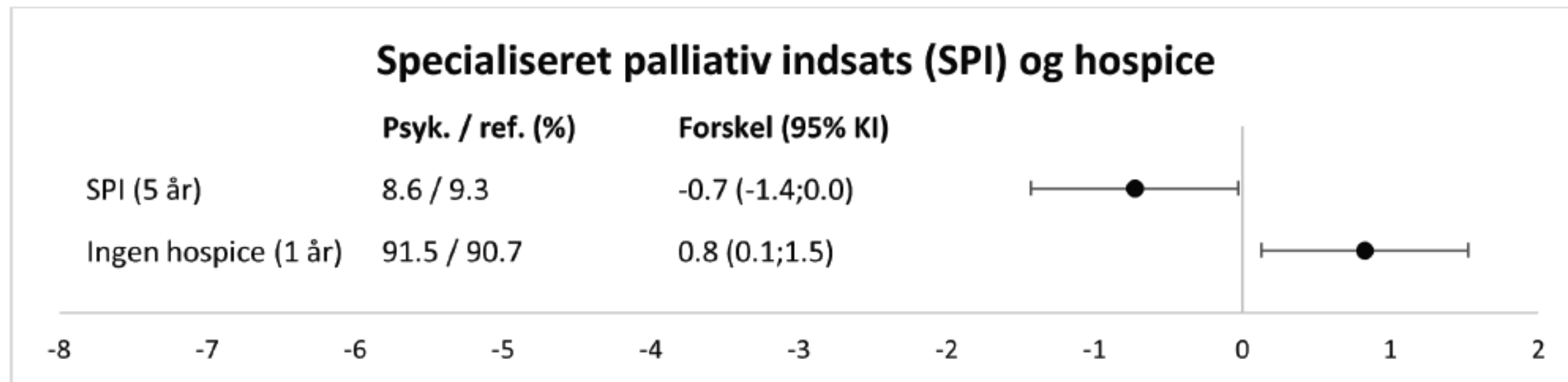
Solmi et al. Disparities in cancer screening in people with mental illness

Lancet Psychiatry, 2020

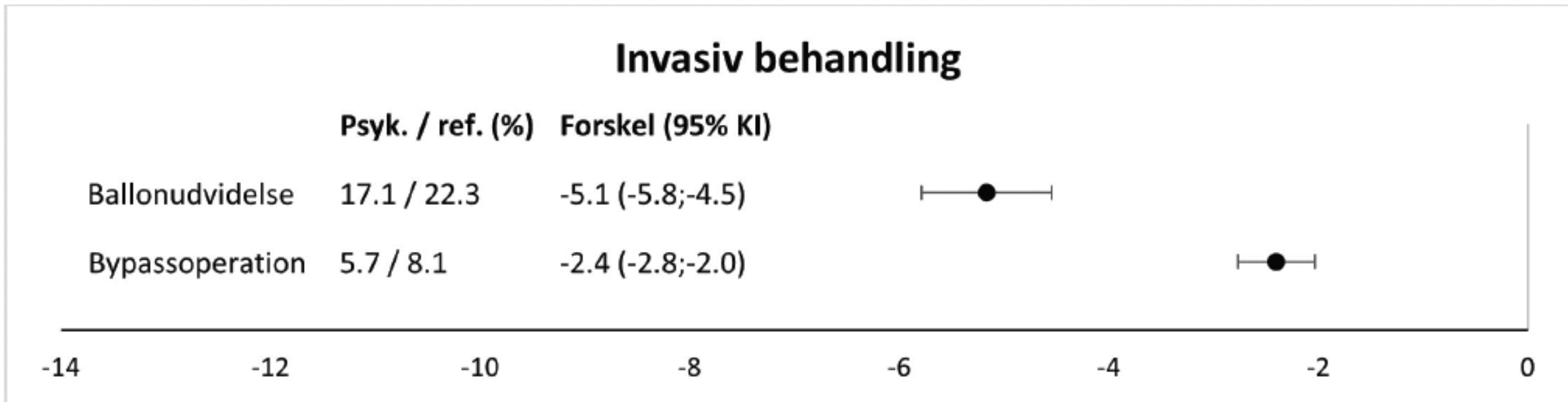
Figur 16 – Forskelle (angivet i procentpoint med 95 % konfidensinterval, markeret med streger ud fra punktet) i andelen af patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter uden psykisk lidelse (referencegruppen), hvis kræftpakkeforløb afbrydes inden behandling enten fordi diagnosen afkræftes, på grund af patientønske, eller "andet", der primært dækker over vedbleven udeblivelse uden formelt at have frabedt sig udredning eller behandling. Estimerterne 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



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 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

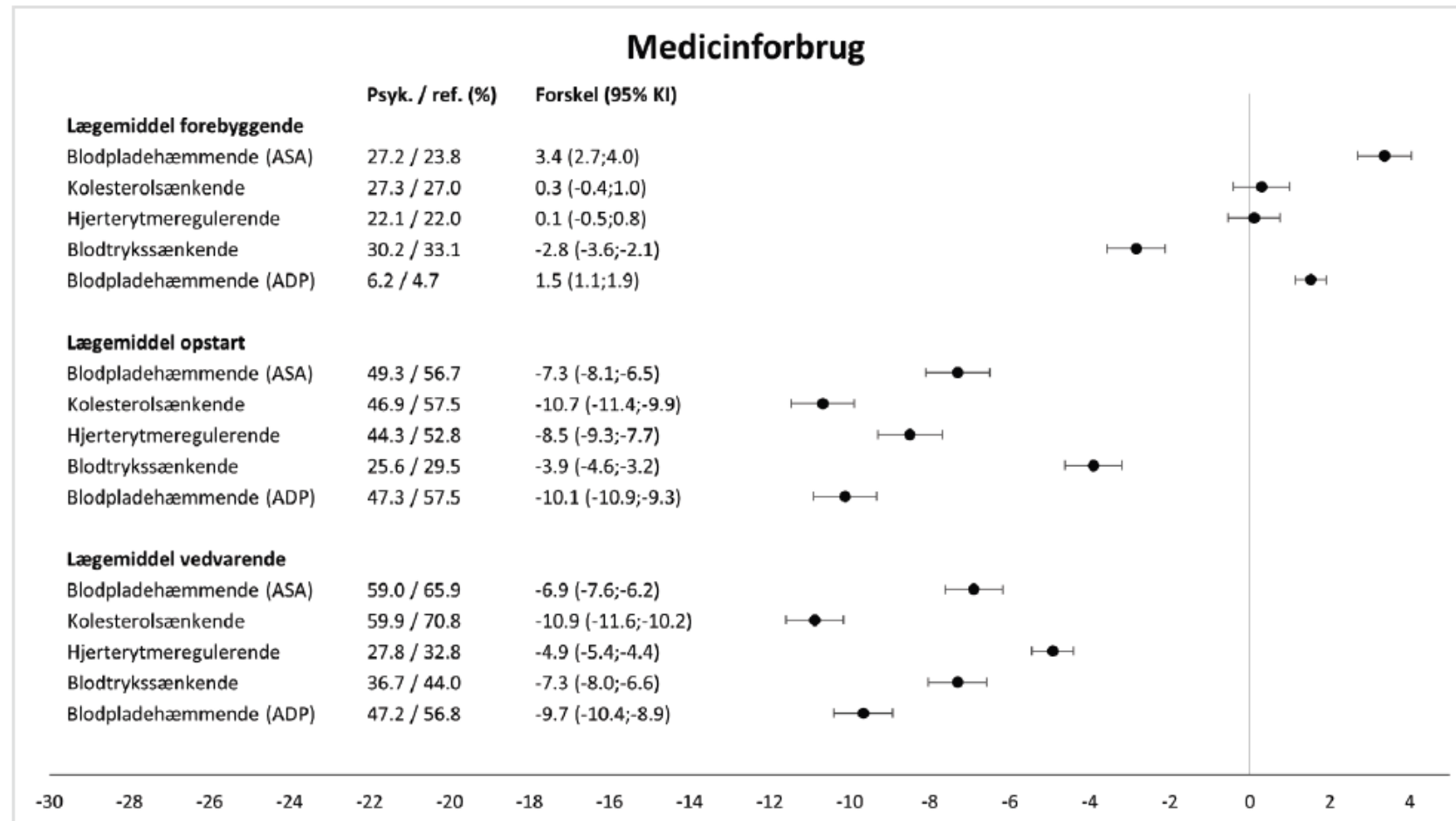
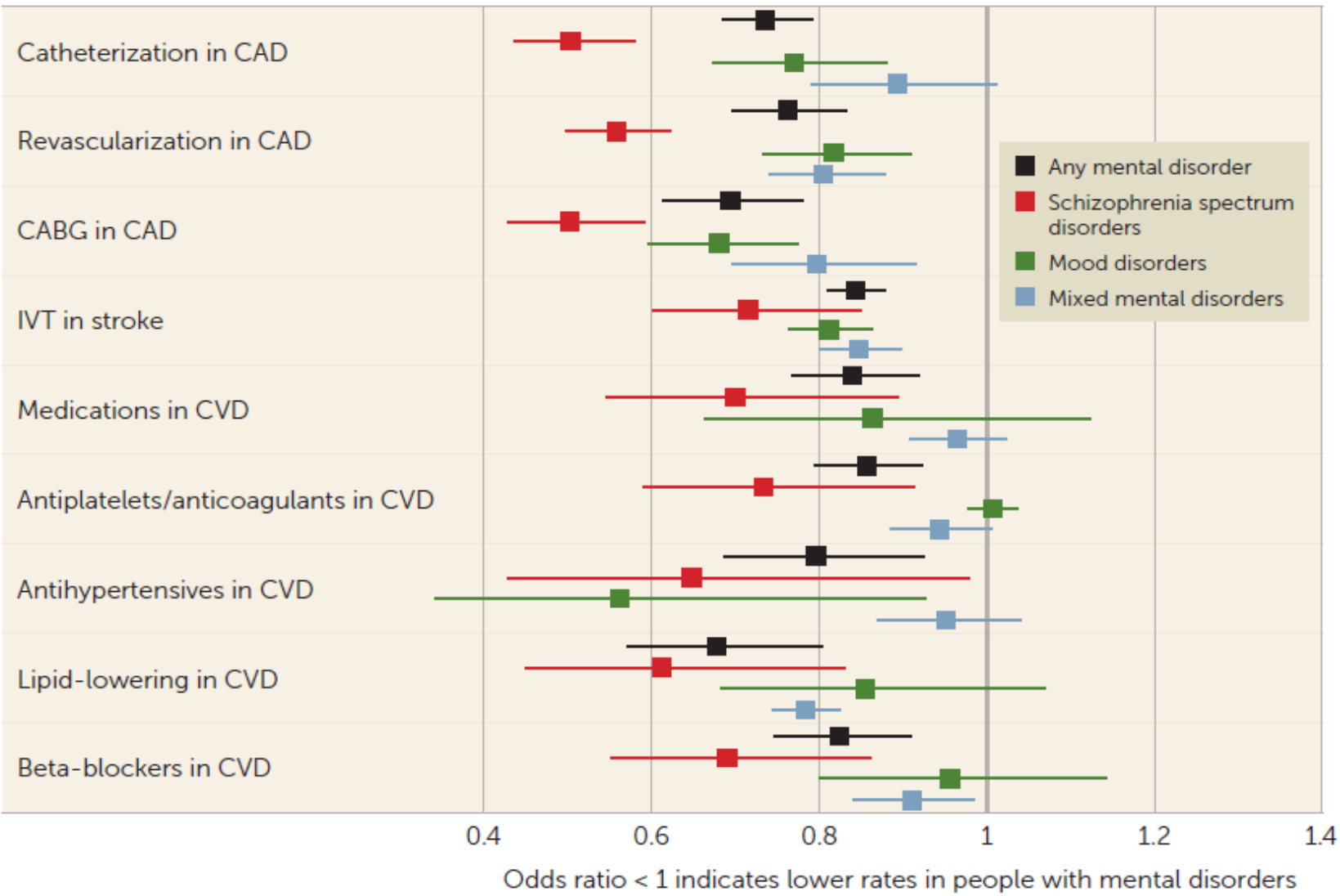
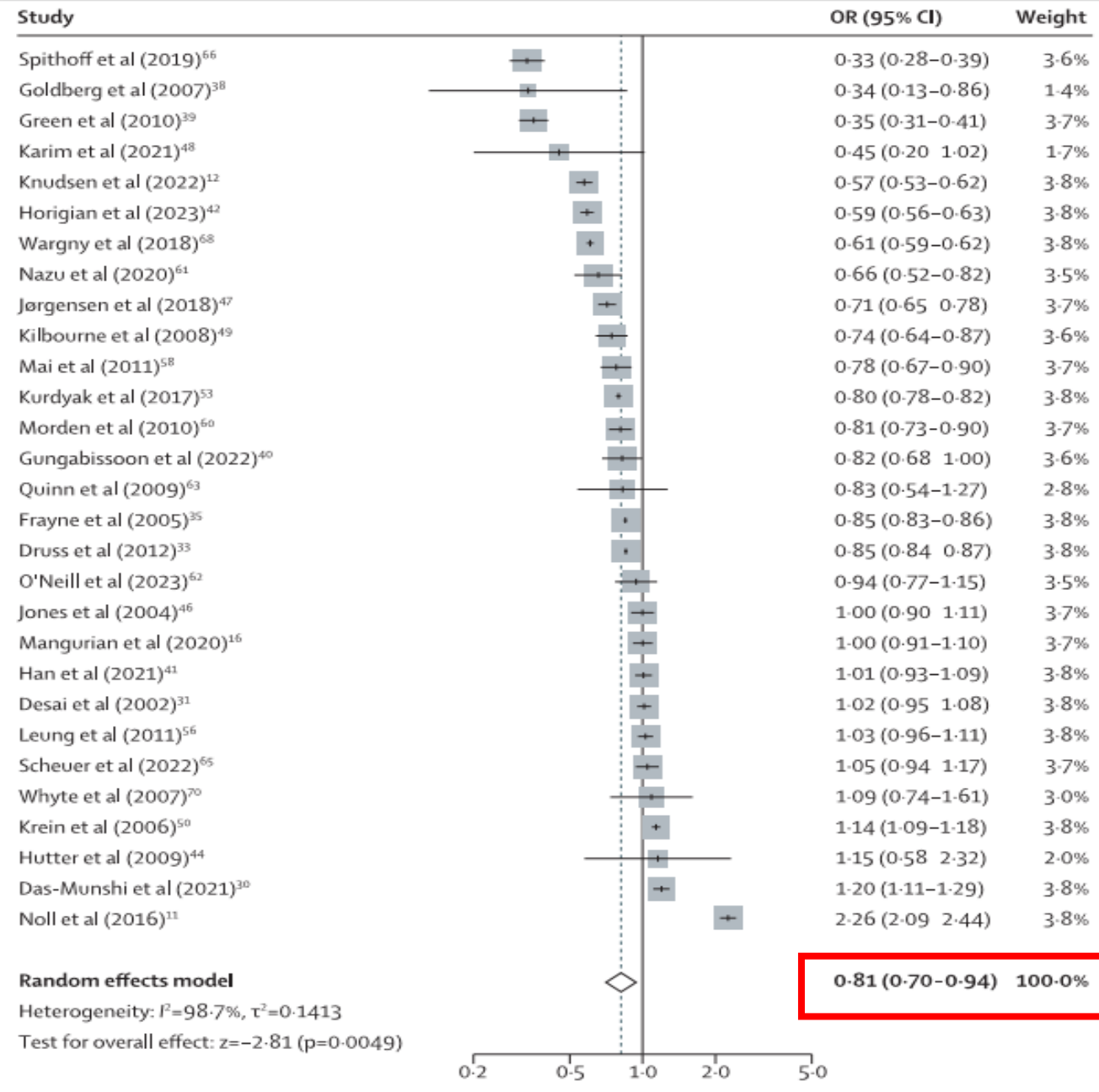


FIGURE 2. Frequency of specific screening, treatment procedures, and medications for cardiovascular disease in patients with and without mental disorders^a



^a CABG=coronary artery bypass grafting; CAD=coronary artery disease; CVD=cardiovascular disease; IVT=intravenous thrombolysis.

Solmi et al.
 Disparities in Screening and Treatment of Cardiovascular Diseases in Patients With Mental Disorders Across the World: Systematic Review and Meta-Analysis of 47 Observational Studies.
 Am J Psych 2021





Diabetes monitoring benchmarks in people with diabetes and with versus without any mental disorder :

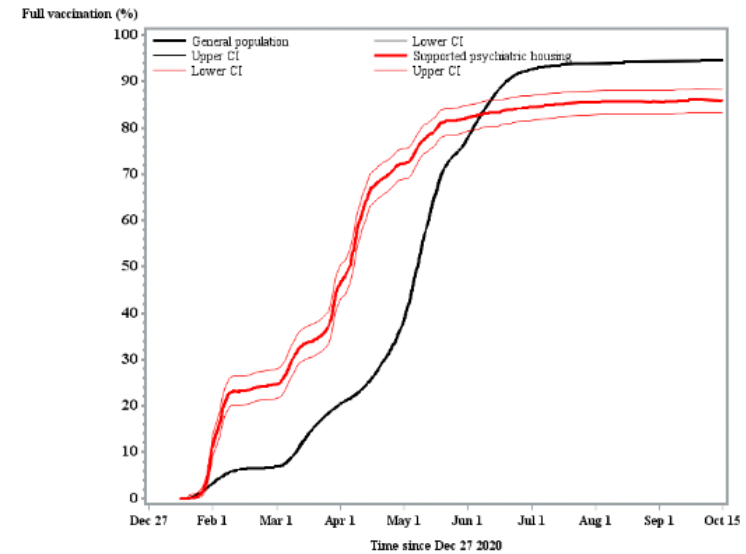
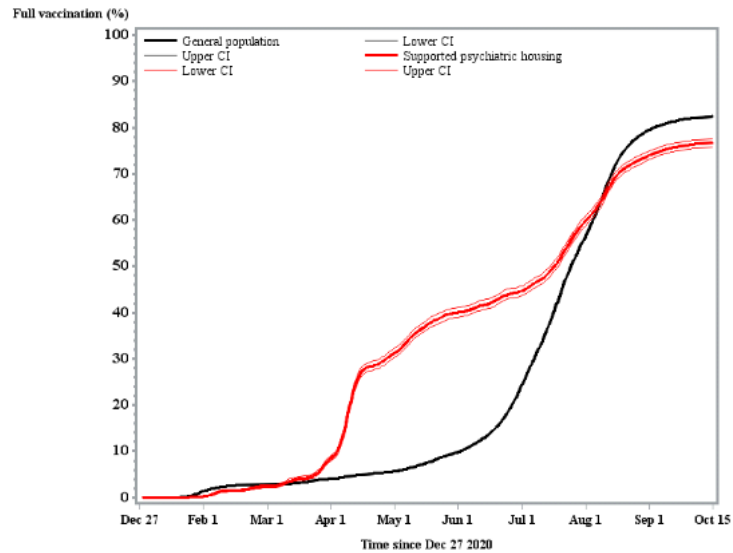
- Retinal screening
(0.77 [0.63–0.95], $p=0.013$)
- Renal investigation
(0.78 [0.63–0.96], $p=0.022$)
- HbA_{1c}
(0.81 [0.68–0.97], $p=0.024$)
- Lipids and cholesterol
(0.83 [0.69–0.99], $p=0.043$)
- Foot exam
(0.85 [0.76–0.95], $p=0.0044$)
- Use of GLP-1RA
(0.26 [0.13–0.49], $p < 0.0001$)

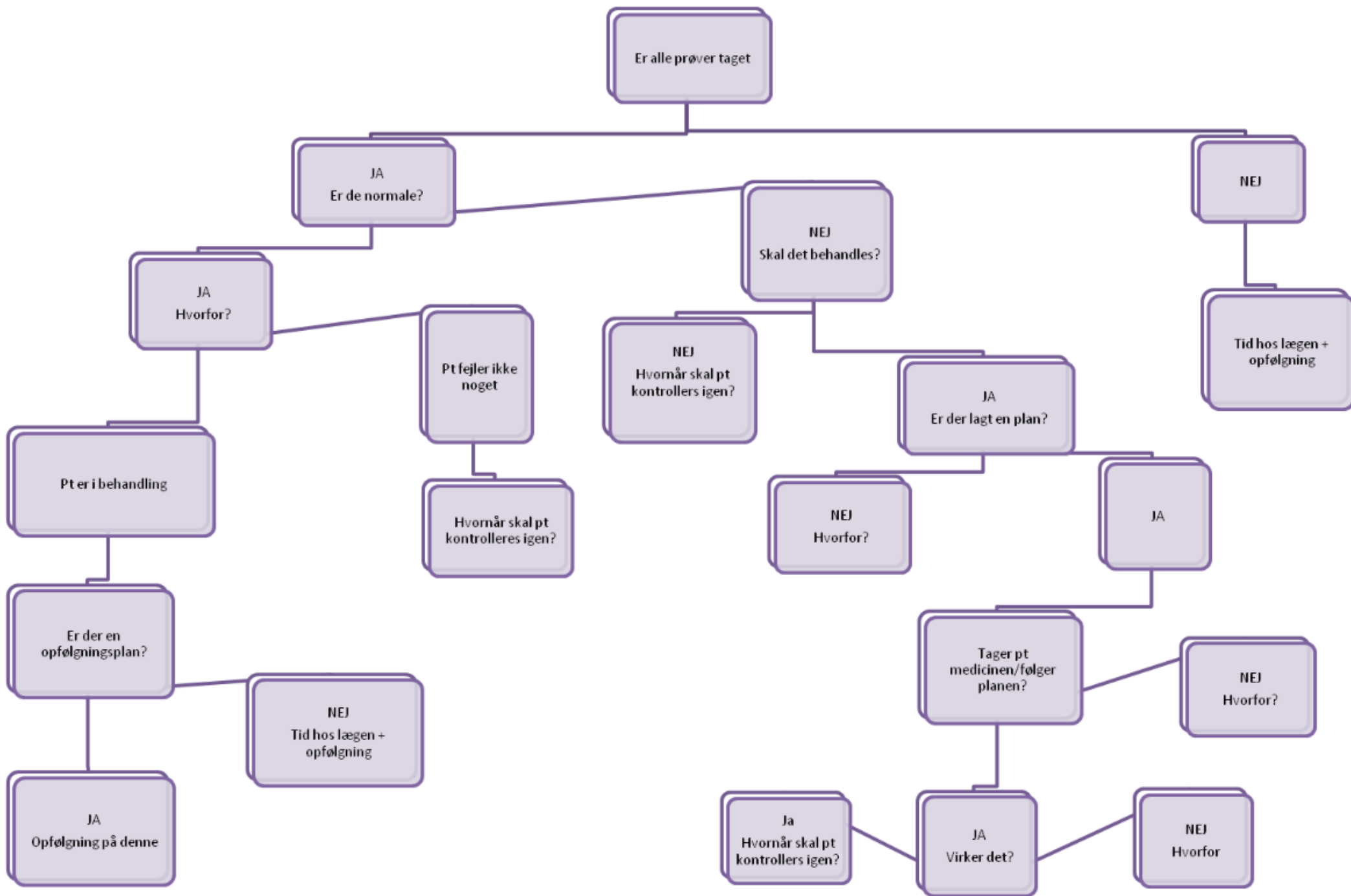
Wagner E et al. Disparities in diabetes treatment and monitoring for people with and without mental disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry 2026

Figure 2: ORs for diabetes monitoring in people with diabetes and a mental disorder versus people with diabetes and no mental disorder
 OR=odds ratio. SE=standard error.

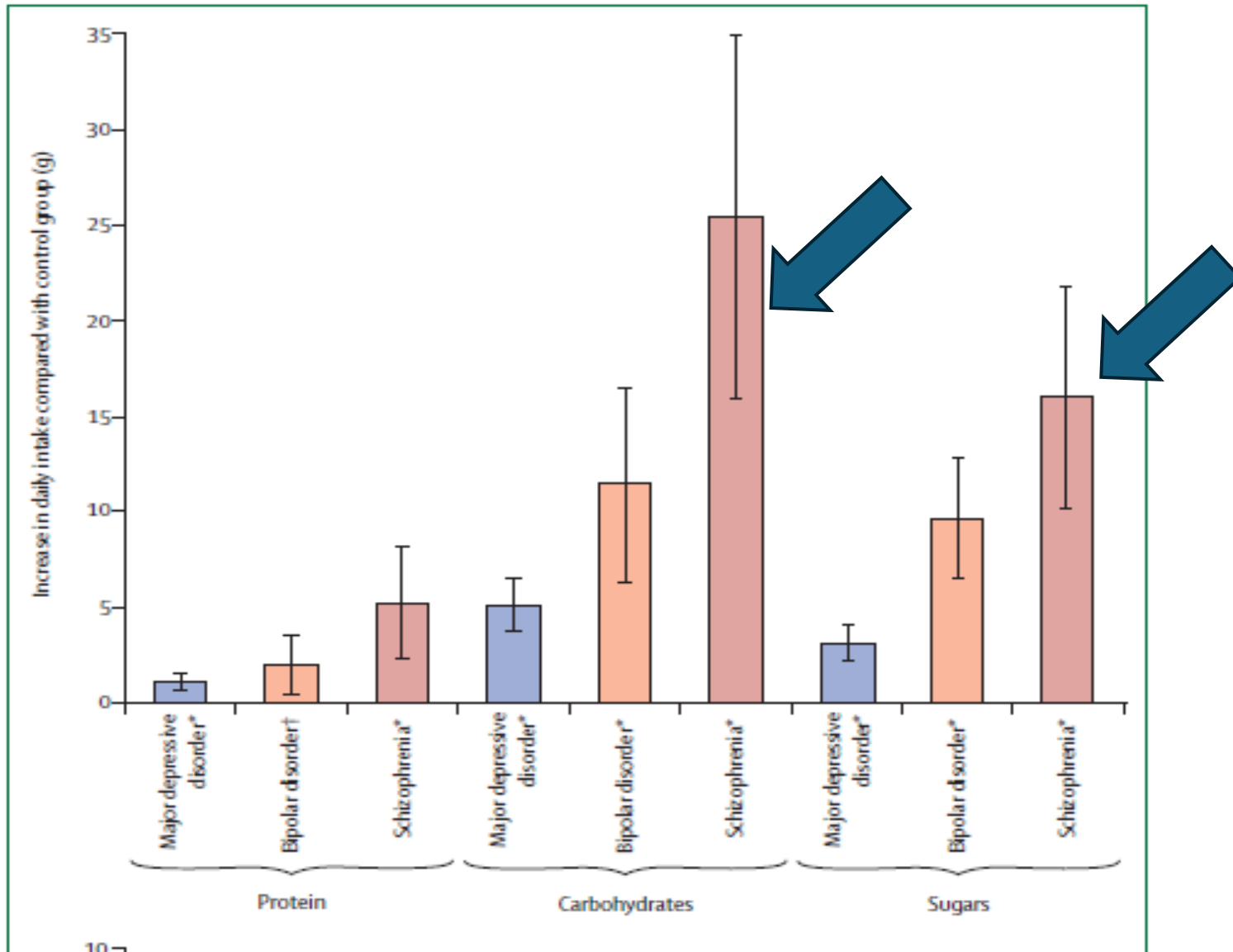
Supported housing facility 15-64 og 65 +

Generel befolkning 
Indskrevet på bosted 





Øget indtag af protein, kulhydrat og sukker ved skizofreni, bipolar lidelse og MDD



The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness.

Firth et al, 2020

BRIDGE THE GAP
Research Centre

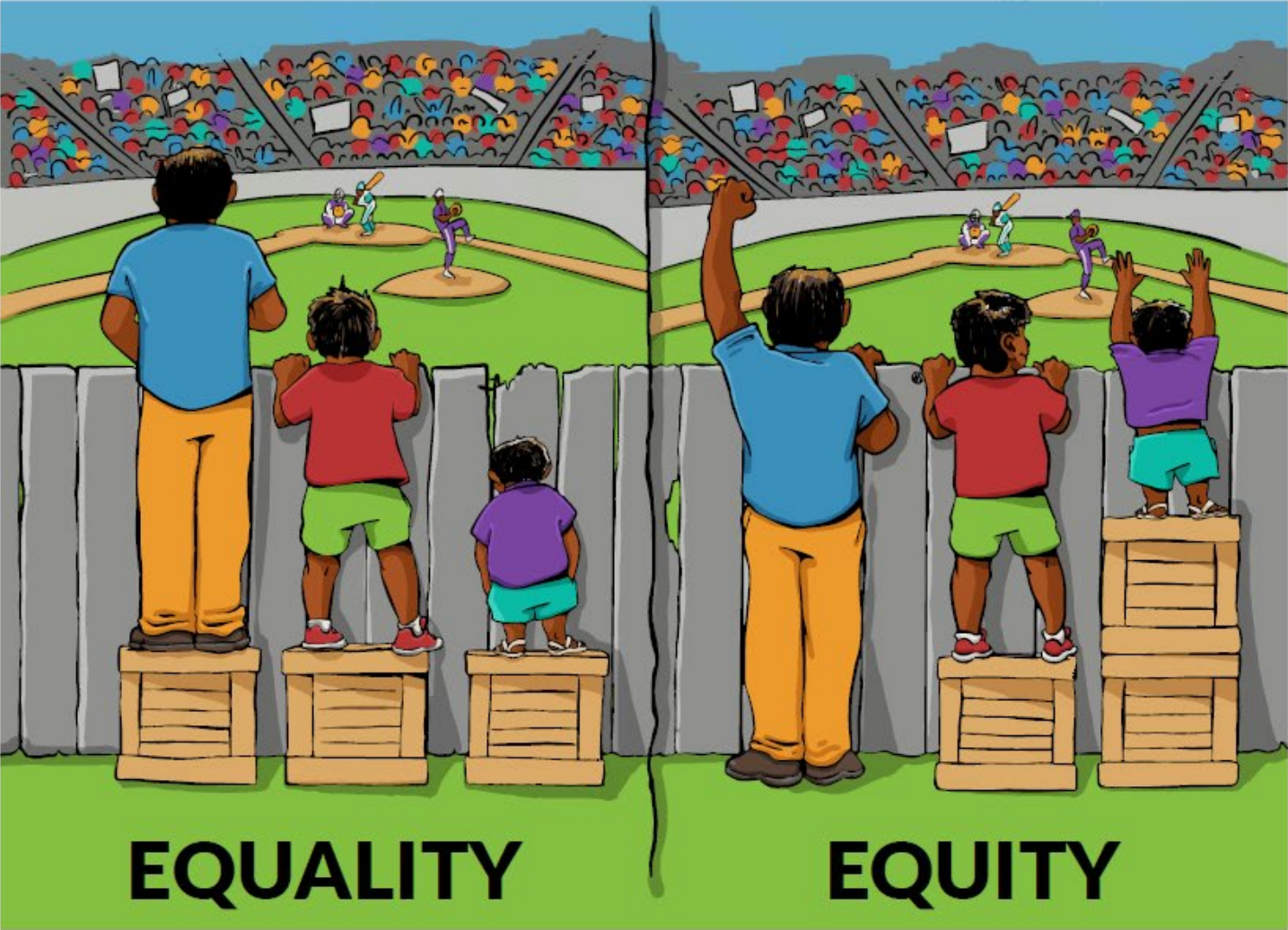
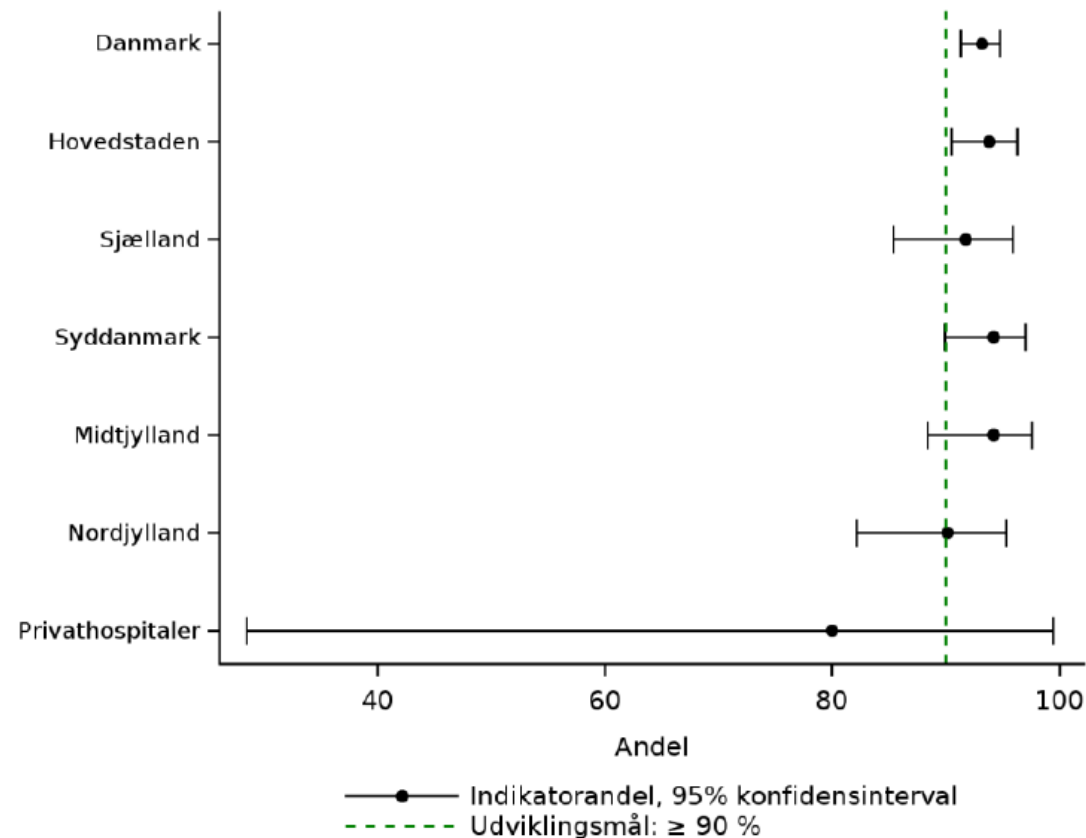


Figure 1: One of three values in this centre is “Equity”.
– meaning not only equal access and equal care, but equal outcome for all.

Source: Interaction Institute for Social Change | Artist: Angus Maguire.

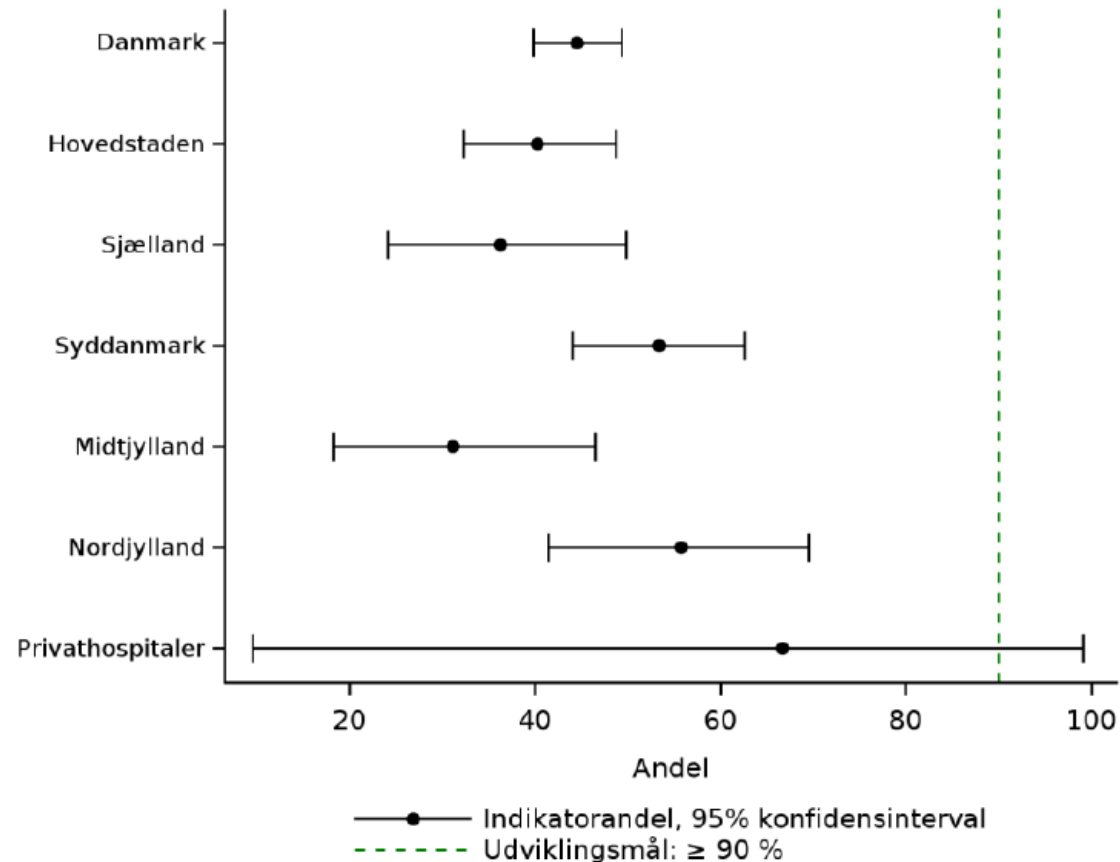
Skizofrenidatabasen: Antidiabetisk behandling

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



Skizofrenidatabasen: Lipidsænkende medicin

Indikator 6b: Andelen af patienter med hjertekarsygdom/diabetes og forhøjet LDL-kolesterol, som er sat i behandling med lipidsænkende lægemiddel. Forest plot på regionsniveau.



Behandling og forebyggelse af fysisk sygdom skal blive lettere tilgængelig

- **Strukturel forebyggelse**
 - Sund mad
 - Rygestop
 - Misbrugsbehandling
- **Bringing healthcare closer**
 - Mobile klinikker
 - Udgående sundhedspersonale
- **Individualiseret behandling**, (hensyntagen til kognitive, fysiske og økonomiske forhold)
 - Care koordinatorer
 - Vederlagsfri behandling
 - Transport

Directors, leaders and clinicians should ensure

Primary prevention of comorbid physical illness

- Smoking
- Diet
- Sedentary lifestyle
- Vaccination

Secondary prevention of comorbid physical illness

- Screening for cancer and cardiovascular diseases

Tertiary prevention/ treatment

Ensuring treatment by

- Bringing healthcare closer
 - Mobile clinics
 - Outreach staff to ensure treatment
- Individualised treatment
 - Care coordinators
 - Transportation

[The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness.](#)

Firth et al, 2020

Resume

- Skizofreni er ofte forbundet med somatisk komorbiditet
- Skizofreni er forbundet med øget dødelighed af alle dødsårsager.
- Komorbid stofmisbrug spiller en væsentlig rolle.
- Personer med skizofreni er udsat for flere risikofaktorer for somatiske sygdomme,
 - Rusmiddelbrug,
 - Rygning,
 - Kostvaner
 - Stillesiddende adfærd.
- Vaccinationsraterne er lavere end i den generelle befolkning.
- Screeningrater for kræft og hjerte-kar-sygdomme er lavere end i den generelle befolkning.
- Personer med skizofreni modtager mindre optimal behandling for somatiske sygdomme og risikomarkører for somatisk sygdom.
- Forbedret forebyggelse og behandling er mulig.

Vision

- At sikre, at patienter med skizofreni og andre alvorlige psykiske lidelser modtager samme høje niveau af forebyggelse, behandling og pleje som personer uden psykisk sygdom.