

Mental-fysisk multisygdom

Anders Prior & Mogens Vestergaard

STATUSARTIKEL

Forskningsenheden for Almen Praksis og Sektion for Almen Medicin, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger
2018;180:V08170625

Formålet med denne artikel er at give en introduktion til begrebet mental-fysisk multisygdom med fokus på konsekvenserne for patienterne og betydningen for klinisk praksis.

Stigningen i middelevetiden og forbedringen af behandlingen af kroniske lidelser betyder, at stadig flere personer lever med to eller flere kroniske lidelser (multisygdom eller multimorbiditet) [1-3]. Multisygdomsbegrebet udtrykker patientens samlede sygdomsbyrde og tager således ikke udgangspunkt i én af sygdommene (indekssygdom) – modsat komorbiditetsbegrebet (**Figur 1**). Multisygdom er udbredt; således har 33% af danskere over 16 år multisygdom ifølge selvrapporterede data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013 [5] og 29% ifølge data fra danske registre om diagnoser og receptudskrivelser [6]. Prævalensen afhænger dog af, hvilke og hvor mange sygdomme man ser på. Der er ikke konsensus om dette, men i danske og internationale studier medtages som oftest de klassiske folkesygdomme som hjerte-kar-sygdom, diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse, cancer, depression og muskuloskeletale sygdomme samt lidelser, der forekommer med en vis hyppighed og har stor betydning for livskvalitet eller prognose. De mentale lidelser opgøres nogle gange samlet eller som enkelte sygdomme efter gruppe, f.eks. affektive og psykotiske lidelser.

Når langvarige mentale og fysiske lidelser optræder samtidig hos den samme person, kalder man det mental-fysisk multisygdom. Der findes en stærk og bidirektionel sammenhæng mellem fysiske og psykiske sygdomme, hvor både biologiske, psykosociale og livsstilsmæssige forhold synes at spille en rolle [7]. I Danmark er forekomsten af psykiatrisk lidelse høj (8-10% af alle voksne har en psykiatrisk lidelse) [5, 6], og den synes at stige med stigende antal somatiske sygdomme; således har 19% af patienterne med multisygdom en mental lidelse. Hyppige mentale belastninger er stress,

angst og depression [6, 8]. Patienter med svære psykiske lidelser som skizofreni og bipolar affektiv lidelse har særlig høj forekomst af kroniske somatiske lidelser som diabetes og hjerte-kar-sygdomme [9].

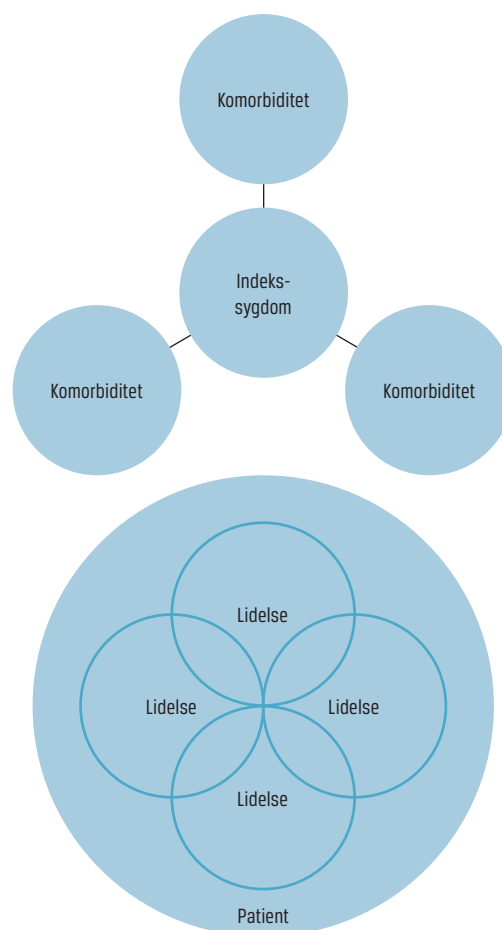
Forekomsten af kroniske somatiske lidelser hos personer med psykisk lidelse stiger med faldende socioøkonomisk status og bidrager dermed til den sociale ulighed i sundhed [3].

KONSEKVENSER AF SAMTIDIG PSYKISK OG FYSISK LIDELSE

At leve med mental-fysisk multisygdom er ofte forbundet med nedsat funktionsniveau og dårlig livskvalitet, som forringes med et stigende antal sygdomme

FIGUR 1

Komorbiditet versus multimorbiditet. Adapteret fra [4].



HOVEDBUDSKABER

- ▶ Mental-fysisk multisygdom er hyppig og vil blive endnu hyppigere i fremtiden.
- ▶ Psykisk og fysisk sygdom forekommer ofte samtidig og er ofte forbundet med nedsat livskvalitet, dårlig prognose og uhensigtsmæssige forløb i sundhedsvæsenet.
- ▶ En overgang til multisygdomsparadigmet med et tværsektorielt og patientcentreret fokus er nødvendigt for at give sammenhæng, tryk og kvalitet i behandlingen af personer med både psykisk og fysisk sygdom.

[10]. Patienter med psykisk lidelse lever i gennemsnit ti år kortere end baggrundsbefolkningen [11], og denne nedsatte forventede levetid er særligt kort for patienter med skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse, idet de lever op til 15-20 år kortere end baggrundsbefolkningen [12]. Ulykker og selvmord er hyppige hos personer med psykiske lidelser, men de fleste tabte leveår skyldes underdiagnostik og underbehandling af somatiske lidelser [8, 13]. Det psykiske symptombillede kan overskygge fysiske symptomer, hvilket kan resultere i, at behandlingen af de somatiske sygdomme bliver iværksat for sent [14]. Patientrelaterede årsager til den dårligere behandling er legio, men kan bl.a. være, at personer med psykiske symptomer har sværere ved at opfylde de ret omfattende krav til kompliance og egenomsorg, som optimal håndtering af flere samtidige kroniske sygdomme kræver [14, 15]. Ud over en belastning fra symptomer fra flere sygdomme (sygdomsbyrden) oplever patienter med multisygdom en betydelig belastning fra de krav, som sundhedsvæsenet stiller i forbindelse med behandling, såsom medicinindtagelse, koordinering af aftaler, adfærdændringer samt forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb (behandlingsbyrden) [16]. Patientens evne til at imødegå og håndtere de helbredsmæssige udfordringer er omvendt proportional med det selvoplevede psykiske stressniveau [17], som generelt er højt for patienter med mental-fysisk multisygdom. På Figur 2 ses, hvordan andelen af personer med højt stressniveauet stiger med antallet af kroniske sygdomme i et udsnit af den danske befolkning [6].

KONTAKTEN TIL SUNDHEDSVÆSENET FOR PERSONER MED MENTAL-FYSISK MULTISYGDOM

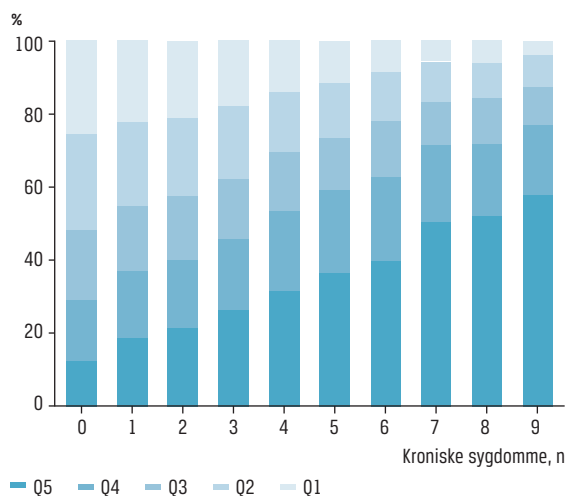
Det sekundære sundhedsvæsen er i dag højt specialiseret mhp. at sikre den bedst tænkelige behandling af enkeltsygdomme i almindelighed og akutte lidelser i særdeleshed. Patienter med mental-fysisk multisygdom har ofte komplicerede behandlingsforløb, der vanskeliggøres af polyfarmaci og mange, til tider modstridende, behandlingsvejledninger for de forskellige sygdomme. Dette kræver en høj grad af prioritering og koordinering af behandlingen, som typisk varetages af den praktiserende læge. En dansk undersøgelse har vist, at praktiserende læger oplevede, at konsultationer med personer med multisygdom var komplekse, udfordrende og tidskrævende, specielt hvis der var både fysisk og psykisk sygdom til stede. De praktiserende læger rapporterede ligeledes, at konsultationer med multisyge og depressive patienter var svære at uddelegere til klinisygeplejersker [18].

Patienter med multisygdom kan opleve behandling som fragmenteret og ukoordineret, når der kræves indsatser på tværs af behandlingssiloer (kommuner,



FIGUR 2

Sammenhængen mellem antallet af kroniske sygdomme og fordelingen af selvoplevet psykisk stressniveau opgjort i kvintiler af Perceived Stress Scale score [6].



Q1-Q5: mørk = højeste stressniveau; lys = laveste stressniveau.

praktiserende læger, privatpraktiserende speciallæger og sygehuse). Et engelsk studie har vist, at jo flere sygdomme en patient har, jo dårligere opleves kommunikationen med egen læge om behandlingstilbud, henvisninger og behandlingsansvar. Psykisk lidelse i patienternes sygehistorie forstærkede disse problemer, hvorimod brug af specifikke kronikerkontroller i almen praksis syntes at give større tilfredshed blandt patienterne [19].

Patienter med multisygdom har som følge af deres mange sygdomme generelt flere indlæggelser. Studier tyder på, at en del af disse muligvis kunne undgås, hvis det nære sundhedsvæsen (praktiserende læger og kommuner) havde tilstrækkelige ressourcer til optimal diagnostik, behandling, forebyggelse og rehabilitering. Forekomsten af potentielt forebyggelige indlæggelser er særlig høj hos personer med psykisk stress, depression, bipolar affektiv sindslidelse og skizofreni [20, 21]. Patienter med mental-fysisk multisygdom har typisk også flere genindlæggelser, ikkeplanlagte indlæggelser og skadestuekontakter [22].

HVORDAN HÅNTERER MAN MENTAL-FYSISK MULTISYGDOM I DEN KLINISKE HVERDAG?

Der findes meget begrænset viden om, hvordan man indretter et sundhedsvæsen, der imødekommer de udfordringer, som patienter med mental-fysisk multisygdom har. Det skyldes bl.a., at multisyge patienter ekskluderes i op til 80% af de store kontrollerede, randomiserede forsøg [23], og der findes kun en hånd-

fuld interventionsstudier, som specifikt er rettet mod patienter med mental-fysisk multisygdom [24]. I en række studier af *collaborative and integrated care*-modeller fra især USA [25] og England [26] har man forsøgt sig med konkrete løsningsmodeller til patienter med samtidig psykiatrisk lidelse og kronisk somatisk lidelse, hvor en dedikeret sundhedsperson, en *case manager*, for hver patient koordinerer behandlingen mellem psykiatere og praktiserende læger og dermed sikrer kontinuitet og motivation for behandlingen. I et Cochranereview konkluderedes det, at der med disse samarbejdende behandlingsforløb var god evidens for forbedringer af det psykiske helbred, mens prognosen for det fysiske helbred ikke bedredes betydeligt [24]. Der eksperimenteres i Danmark med forskellige innovative patientforløb, herunder afprøvning af *collaborative care*-modeller i København og Midtjylland [27]. Med etablering af Multisygdomsklinikken ved Regionshospitalet Silkeborg og Medicinsk Fælles Ambulatorium på Holbæk Sygehus har praktiserende læger også fået en mulighed for at få en samlet vurdering og plan for deres mental-fysisk multisyge patienter af specialister fra alle specialer, inklusive psykiatri, uden at »miste« patienten til en række ambulatorieforløb i hvert speciale. Der er endvidere truffet en principbeslutning om, at patienterne på de danske sygehuse skal opleve, at de har én læge, som tager ansvar for deres samlede behandlingsforløb. Den patientansvarlige læge på sygehuset har ansvaret for, at der foreligger en overordnet behandlingsplan på tværs af specialer, at indsatsen er koordineret, og at patienten er velinformeret og inddraget i forløbet – dette skal skabe tryghed og overblik for patienten. Det kræver en kultur og organisering, hvor sygehusvæsenet og den enkelte læge fokuserer på patientens oplevelse af sammenhæng og kontinuitet, og hvor forløbet bliver struktureret herefter. Modellen er pilotafprøvet i både somatikken og psykiatrien, men endnu ikke fuldt udrullet.

God behandling af den enkelte multisyge patient forudsætter, at man prioriterer de mange og somme tider modsatrettede forslag til behandlinger fra relevante guidelines [28]. Behandlingen bør individualiseres og gives i samråd med patienterne iht. den patientcentrede behandling. Planlægningen af behandlingen kan med fordel afklares i en målsamtale, hvor patienter, pårørende og behandlere mødes for at prioritere, forventningsafstemme og tilrettelægge indsatsen. Dette kræver god kommunikation, empati, tillid og kontinuitet i behandlingen samt en forståelse af, at sygdom har både biologiske, psykologiske og sociale aspekter for det enkelte individ. Gode svar på, hvordan dette gøres bedst i klinisk praksis er undervejs i flere studier [29, 30]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannien har udgivet en vejledning om multisygdom, hvor en række af de kliniske udfordrin-

ger ved psykisk lidelse og deres håndtering beskrives, men der findes ikke noget lignende i Danmark endnu. Der er dog netop udkommet en hvidbog om multisygdom, hvor viden og anbefalinger af relevans for det danske sundhedsvæsen er opsamlet; bogen kan gratis (som følge af en donation fra TrykFonden) downloades på www.multisygdom.dk.

KONKLUSION

Mental-fysisk multisygdom forekommer hyppigt og komplicerer ofte patientbehandlingen. Der findes en stærk sammenhæng mellem psykisk og fysisk helbred, og mental-fysisk multisygdom har store konsekvenser for patienterne i form af nedsat funktionsniveau, livskvalitet og forventet levetid. På trods af den høje forekomst af multisygdom, herunder mental-fysisk multisygdom, er forskning, uddannelsen af læger og sundhedsvæsenets struktur primært baseret på håndtering af enkeltstående sygdomme. Der er behov for yderligere forskning, hvor man tager udgangspunkt i multisygdomsparadigmet, samt interventionsstudier med fokus på at optimere behandlingen for patienter med mental-fysisk multisygdom. Patientrapporterede indikatorer, f.eks. livskvalitet og tryghed, kunne være særligt vigtige for denne heterogene gruppe af patienter med dårlig prognose. Læger bør gennem deres præ- og postgraduate uddannelse få bedre kendskab til problemstillingerne ved multisygdom. Endvidere bør det overvejes, om man kan optimere incitamentstrukturen i både primær- og sekundærsektoren, således at de lægeklinikker og hospitalsafdelinger, som har lange og komplekse konsultationer med sårbare patienter, og som tilstræber at nedsætte behandlingsbyrden ved at koordinere indsatsen og levere flere sundhedsydelse på samme dag, ikke straffes. I den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet, forskningen og lægeuddannelsen bør man fokusere på patienterne, som de ser ud i virkeligheden – mange patienter har kroniske lidelser, og de fleste af dem har mere end én.

SUMMARY

Anders Prior & Mogens Vestergaard:
Mental-physical multimorbidity
Ugeskr Læger 2018;180:V08170625

Mental-physical multimorbidity is highly prevalent and challenges the conventional thinking of the single disease paradigm in healthcare systems. Mental and physical health are closely related in a bidirectional manner. Persons with mental-physical multimorbidity experience a heavy symptom and treatment burden in addition to a lower quality of life and an impaired medical prognosis. Healthcare is complicated by symptom overlap, poor communication and uncoordinated care. New cross-sectional and patient-centred approaches are necessary to counter the adversities of mental-physical multimorbidity.

KORRESPONDANCE: Anders Prior. E-mail: anders.prior@ph.au.dk

ANTAGET: 9. februar 2018

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 4. juni 2018

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSE: Dette studie er støttet af en rammebevilling fra Lundbeck-fonden (grant number: R155-2012-11280) til forskningsgruppen Mental Health in Primary Care (www.MEPRICA.au.dk) ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.

LITTERATUR

1. Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract* 2008;14(suppl 1):28-32.
2. van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? *Eur J Gen Pract* 1996;2:65-70.
3. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.
4. Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Rev* 2010;32:1-18.
5. Friis K, Pedersen MH, Larsen FB et al. A national population study of the co-occurrence of multiple long-term conditions in people with multimorbidity, Denmark, 2013. *Prev Chronic Dis* 2016;13:E12.
6. Prior A, Fenger-Grøn M, Larsen KK et al. The association between perceived stress and mortality among people with multimorbidity: a prospective population-based cohort study. *Am J Epidemiol* 2016;184:199-210.
7. Evans DL, Charney DS, Lewis L et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 2005;58:175-89.
8. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the world health surveys. *Lancet* 2007;370:851-8.
9. Laursen TM, Munk-Olsen T, Gasse C. Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One* 2011;6:e24597.
10. Brettschneider C, Leicht H, Bickel H et al. Relative impact of multimorbid chronic conditions on health-related quality of life – results from the MultiCare Cohort Study. *PLoS One* 2013;8:e66742.
11. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72:334-41.
12. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J 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* 2013;8:e55176.
13. Felker B, Yazel JJ, Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr Serv* 1996;47:1356-63.
14. Liddy C, Blazkho V, Mill K. Challenges of self-management when living with multiple chronic conditions: systematic review of the qualitative literature. *Can Fam Physician* 2014;60:1123-33.
15. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. 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* 2000;160:2101-7.
16. Sav A, King MA, Whitty JA et al. Burden of treatment for chronic illness: a concept analysis and review of the literature. *Health Expect* 2015;18:312-24.
17. Stewart DE, Yuen T. A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics* 2011;52:199-209.
18. Moth G, Vestergaard M, Vedsted P. Chronic care management in Danish general practice – a cross-sectional study of workload and multimorbidity. *BMC Fam Pract* 2012;13:52.2296-13-52.
19. Adeniji C, Kenning C, Coventry PA et al. What are the core predictors of 'hassles' among patients with multimorbidity in primary care? *BMC Health Serv Res* 2015;15:255.
20. Prior A, Vestergaard M, Davydow DS et al. Perceived stress, multimorbidity, and risk for hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions: a population-based cohort study. *Med Care* 2017;55:131-9.
21. Davydow DS, Ribe AR, Pedersen HS et al. Serious mental illness and risk for hospitalizations and rehospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions in Denmark: a nationwide population-based cohort study. *Med Care* 2016;54:90-7.
22. Payne RA, Abel GA, Guthrie B et al. The effect of physical multimorbidity, mental health conditions and socioeconomic deprivation on unplanned admissions to hospital: a retrospective cohort study. *CMAJ* 2013;185:E221-8.
23. van Spall HG, Toren A, Kiss A et al. Eligibility criteria of randomized controlled trials published in high-impact general medical journals: a systematic sampling review. *JAMA* 2007;297:1233-40.
24. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T et al. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;3:CD006560.
25. Katon WJ, Lin EH, von Korff M et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med* 2010;363:2611-20.
26. Coventry P, Lovell K, Dickens C et al. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ* 2015;350:h638.
27. Speyer H, Nørgaard HC, Birk M et al. The CHANGE trial: no superiority of lifestyle coaching plus care coordination plus treatment as usual compared to treatment as usual alone in reducing risk of cardiovascular disease in adults with schizophrenia spectrum disorders and abdominal obesity. *World Psychiatry* 2016;15:155-65.
28. Guthrie B, Payne K, Alderson P et al. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ* 2012;345:e6341.
29. Man MS, Chaplin K, Mann C et al. Improving the management of multimorbidity in general practice: protocol of a cluster randomised controlled trial (The 3D Study). *BMJ Open* 2016;6:e011261,2016-011261.
30. Mercer SW, Fitzpatrick B, Guthrie B et al. The CARE Plus study – a whole-system intervention to improve quality of life of primary care patients with multimorbidity in areas of high socioeconomic deprivation: exploratory cluster randomised controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Med* 2016;14:88.