

## **Bilagsrapport 2**

# **Analyse af registerdata for rygområdet**

Oktober 2005

## Indholdsfortegnelse

1. Formål .....	1
2. Metode .....	1
3. Resultater .....	3
3.1. Resultater: Kontakter til sygehussektoren.....	3
3.1.1. Forløbsanalyser .....	11
3.1.2. Skadestuebesøg .....	13
3.2. Resultater: Lænderygpatienters kontakter i primærsektoren .....	13
3.2.1. Forløbsanalyser .....	14
3.3. Resultater: Lænderygpatienters medicinforbrug.....	15
3.4. Resultater: Lænderygpatienters sygedage og sygedagpengeudbetalinger .....	17
4. Opsummering.....	18
4.1. MTV-rapportens anbefalinger.....	20
Appendiks 1. Lænderygdiagnoser .....	23
Appendiks 2. Diagnose- og specialefordeling for ambulante besøg og indlæggelser .....	26
Appendiks 3. Udvikling i udvalgte operationer .....	29

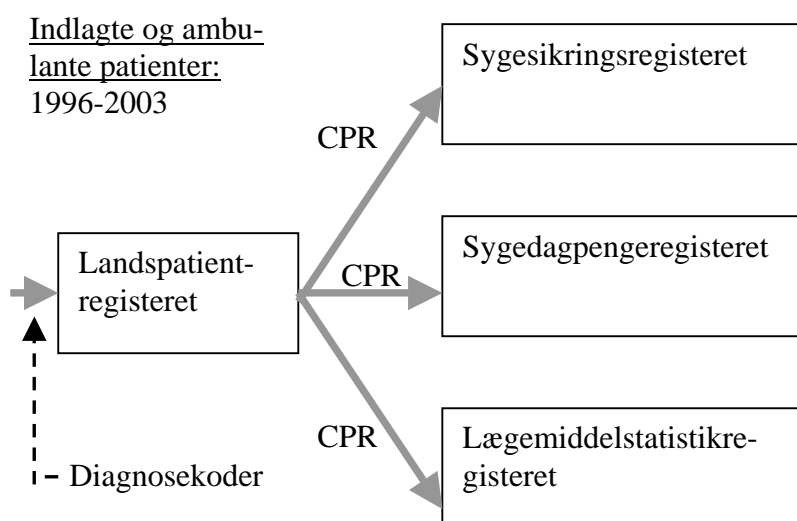
## 1. Formål

Med henblik på at bidrage til afdækningen af den klinisk-faglige udvikling inden for rygområdet, herunder især undersøgelsesspørgsmålene om, ”hvordan kvaliteten i undersøgelsen og behandlingen af rygpatienter i Danmark har udviklet sig siden 1999” og ”hvilke anbefalinger i MTV-rapporten, der skønnes at have været medvirkende til at påvirke denne udvikling og i hvilket omfang”, er der gennemført registerbaserede analyser. Endvidere har de registerbaserede analyser genereret data til den samfundsøkonomiske analyse i delundersøgelse 3.

## 2. Metode

I de registerbaserede analyser er der fra Sundhedsstyrelsen og Danmarks Statistik stillet registerdata til rådighed fra Landspatientregisteret (LPR), Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Sygedagpengeregisteret. Analyserne er foretaget på lænderygpatienter, der havde haft én eller flere kontakter til sygehusvæsenet – dvs. ambulante besøg, skadestuebesøg eller indlæggelser – i årene 1996-2003 (begge år inkl.). Patienterne er defineret ved at have haft en *lænderygdiagnose* som aktionsdiagnose, og der er kun medtaget kontakter, hvor aktionsdiagnosen var en lænderygdiagnose. Speciallæger i reumatologi og ortopædkirurgi med stor erfaring i behandling af rygpatienter har afgrænset de ICD10-koder, der defineres som lænderygdiagnoser. Diagnoserne fremgår af appendiks 1. Patienterne er med andre ord identificeret via LPR. Tidsserien – 1996-2003 – har gjort det muligt at sammenligne perioden hhv. før og efter MTV-rapportens publicering i 1999. For de CPR-numre (personer), som identificeredes i LPR, er der lavet et udtræk fra Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Sygedagpengeregisteret, dvs. at der er sket en kobling på individniveau mellem LPR, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Sygedagpengeregisteret. Dataudtrækket er illustreret i figur 1.1.

**Figur 1.1. Overblik over registeradgangen og dataudtrækket.**



Sundhedsstyrelsen har foretaget udtrækket fra LPR (dvs. defineret populationen ud fra diagnoserne i appendiks 1), og Danmarks Statistik har efterfølgende koblet data fra de øvrige registre på. Analyserne er foretaget på Danmarks Statistiks forskermaskiner. Alle individdata har været krypteret.

Overordnet set har disse registerdata gjort det muligt at analysere på udviklingen over tid i antal ydelser i den primære og sekundære sundhedssektor, forbrug af receptindløst medicin og antallet af eventuelle sygedage for patienter, der er defineret som rygpatienter i hospitalsregi. For sygesikringsdata, data vedrørende medicinforbrug samt sygedagpengedata gælder det, at der fx ikke findes information om, hvorvidt den enkelte konsultation hos egen læge eller den enkelte sygedagpengeudbetaling skyldes lænderyglidelse eller andre sygdomme. Men forbruget af ydelser i primærsektoren og af medicin i denne patientgruppe er sammenlignet med forbruget i den generelle befolkning, idet det således implicit antages, at det forbrug, som overstiger den generelle befolknings forbrug, skyldes lænderyglidelse.

Mere specifikt er der analyseret på udviklingen i antallet af indlæggelser, ambulante besøg og genindlæggelser, indlæggelsestid, antallet af rygopererede, antallet af sygedage, forbruget af receptindløst medicin målt ved DDD<sup>1</sup> (opdelt efter ATC-kode) samt antallet af kontakter og ydelser i primærsektoren. Ved analysen af medicinforbruget er der opereret med en opdeling af medicinen i 12 grupper, hvoraf de 11 består af smertestillende medicin, mens den 12. gruppe er en residualgruppe ("Andet"). Grupperingen er foretaget af en reumatolog med stor erfaring i behandling af lænderygpatienter. I det omfang der er præsenteret resultater som beløb i kr., er alle beløb angivet i 2003-prisniveau, idet beløbsstørrelser for år før 2003 er fremskrevet vha. forbrugerprisindekset. For LPR-data gælder det, at aktivitetstal for privathospitaler er inkluderet. I de resultater, hvor der er analyseret på amtsniveau, er opdelingen sket på baggrund af oplysninger om patientens bopælsamt.

En væsentlig implikation af de registerbaserede analyser er, at der kun analyseres på patienter, som har været i udredning/behandling i sekundærsektoren – dvs. en lille andel af det samlede antal lænderygpatienter, idet langt de fleste patienter udelukkende behandles i primærsektoren (hos egen læge, speciallæge, kiropraktor eller fysioterapeut), jf. MTV-rapporten. Imidlertid findes der ingen systematisk diagnoseregistrering i primærsektoren, hvorfor en tilsvarende identifikation af rygpatienter udelukkende behandlet i denne sektor ikke har været mulig. Andre delundersøgelser i nærværende rapport har vedrørt patientforløb, hvor behandlingen udelukkende har fundet sted i primærsektoren. Endvidere baserer analyserne af registerdata sig på, at disse data er korrekte og ikke behæftede med fejl, idet det ikke har været muligt at tjekke og kontrollere for dette.

---

<sup>1</sup> Den definerede døgndosis (DDD) for et lægemiddel fastsættes ud fra en antaget gennemsnitsdosis pr. døgn for en voksen person, som får lægemidlet for dets hovedindikation.

### 3. Resultater

#### 3.1. Resultater: Kontakter til sygehussektoren

I årene 1996-2003 blev 206.259 personer i Danmark udredt og behandlet for en lænderyglidelse i sygehusregi. For 1.562 personer er der ikke oplysninger om køn og alder på grund af kryptering. Tabel 1.1 viser køns- og aldersfordeling.

**Tabel 1.1. Køns- og aldersfordeling for lænderygpatienter for årene 1996-2003.**

	Antal personer	Gns. alder	Median alder	Min. alder	Nedre kvartil	Øvre kvartil	Maks. alder
Mænd	99.908	46 år	45 år	0 år	34 år	57 år	106 år
Kvinder	104.789	50 år	49 år	0 år	36 år	64 år	102 år
Manglende data	<u>1.562</u>	-	-	-	-	-	-
Total	206.259	-	-	-	-	-	-

Det fremgår af tabellen, at gennemsnitsalderen for mænd med lænderyglidelser er lidt lavere end gennemsnitsalderen for kvinder med lænderyglidelser. Blandt de 206.259 personer er der for 19.672 personer kun registreret indlæggelser, dvs. at disse personer ikke har haft nogen ambulante kontakter i perioden 1996-2003. Tilsvarende er der for 132.138 personer kun registreret ambulante kontakter og ingen indlæggelser.

**Tabel 1.2. Antal indlæggelser og ambulante besøg for lænderygpatienter for årene 1996-2003.**

År	Antal ambulante besøg <sup>a</sup>	Antal indlæggelser	Antal patienter <sup>b</sup>	Antal ambulante patienter <sup>c</sup>	Antal indlagte patienter <sup>d</sup>	Antal ambulante besøg pr. patient	Antal indlæggelser pr. patient
1996	71.008	16.523	35.529	31.242	12.368	2,00	1,34
1997	72.579	15.292	35.999	32.031	11.594	2,02	1,32
1998	75.853	15.012	37.774	33.713	11.497	2,01	1,31
1999	81.374	14.233	38.146	34.334	11.066	2,13	1,29
2000	69.055	13.846	36.673	32.782	10.924	1,88	1,27
2001	68.783	13.317	36.295	32.523	10.515	1,90	1,27
2002	84.009	13.312	38.016	34.360	10.780	2,21	1,23
2003	<u>83.079</u>	<u>13.119</u>	38.969	35.611	10.549	2,13	1,24
Total	605.740	114.654	-	-	-	-	-

<sup>a</sup> Ambulante besøg inkluderer også skadestuebesøg og deldøgnsindlæggelser.

<sup>b</sup> Angiver det samlede antal patienter det pågældende år. Dvs. at én patient kan have været indlagt én eller flere gange og/eller have haft et eller flere ambulante besøg, ligesom den samme patient kan have haft kontakter i et eller flere af årene.

<sup>c</sup> Angiver det samlede antal patienter, som har haft én eller flere ambulante kontakter det pågældende år. Såfremt én patient både har haft ambulante kontakter og været indlagt, er patienten både medregnet i kolonne fem og seks, hvorfor "Antal ambulante patienter" og "Antal indlagte patienter" ikke summerer til "Antal patienter".

<sup>d</sup> Angiver det samlede antal patienter, som har været indlagt én eller flere gange i det pågældende år. Såfremt en patient både har haft ambulante kontakter og været indlagt, er patienten både medregnet i kolonne fem og seks, hvorfor "Antal ambulante patienter" og "Antal indlagte patienter" ikke summerer til "Antal patienter".

Af tabel 1.2 fremgår udviklingen i antallet af indlæggelser og ambulante besøg. Der ses en tendens i retning af færre indlæggelser, idet der noteres et fald hvert år, ligesom der ses en tendens mod en øget ambulant aktivitet, dog med undtagelse af årene 2000 og 2001. Af tabellens fjerde kolonne fremgår det, at der også har været en vis øgning i det samlede antal patienter. Endvidere gælder det, at der er en tendens i retning af flere ambulante kontakter og færre indlæggelser pr. patient (jf. kolonne syv og otte)<sup>2</sup>.

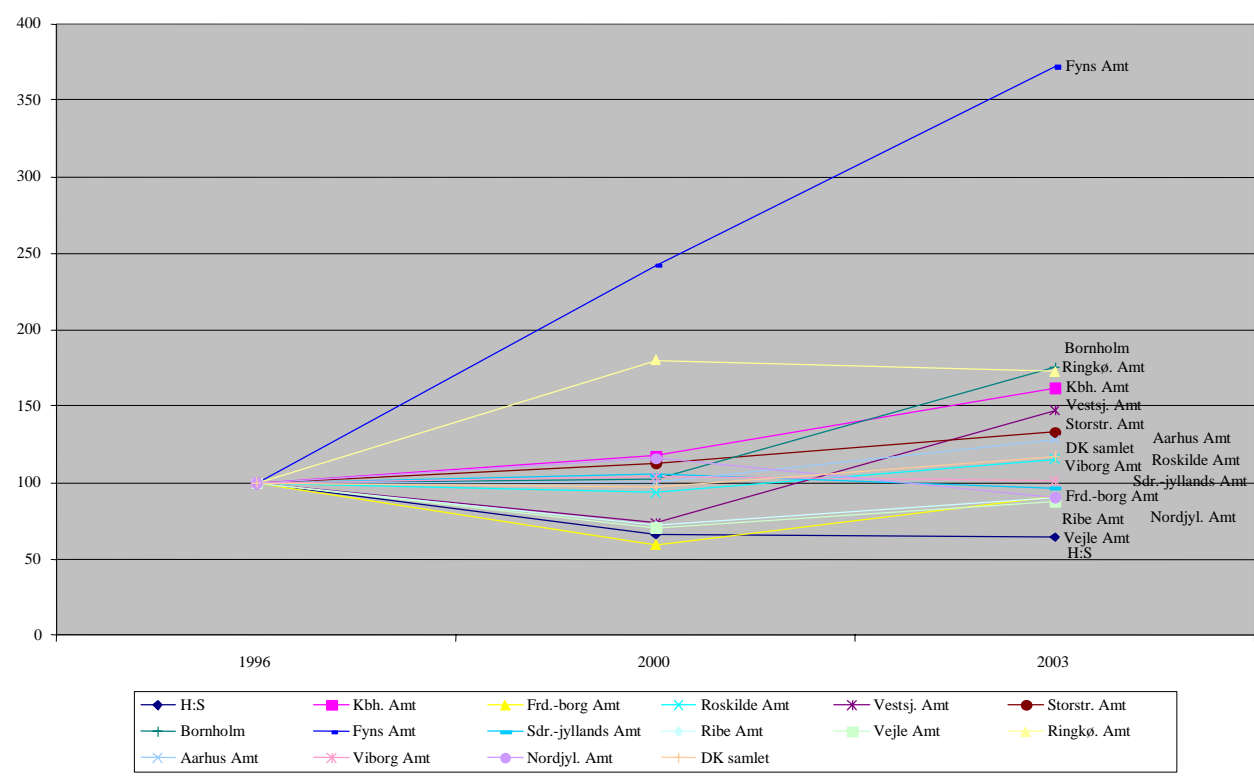
I tabel 1.3 og figur 1 og 2 ses udviklingen i antallet af ambulante besøg og indlæggelser opdelt efter bopælsamt. Selv om det totale billede indikerer en stigende ambulant aktivitet og færre indlæggelser, så viser tabel 1.3, at denne overordnede tendens er mere udtalt i nogle amter end i andre – fx var antallet af indlæggelser blandt patienter bosat i Vejle Amt højere i 2003 sammenlignet med 1996, mens der var en markant reduktion i antallet af indlæggelser i Vestsjællands Amt.

---

<sup>2</sup> Aktivitetstallene, som præsenteres i dette afsnit, indeholder også oplysninger fra privathospitaler.

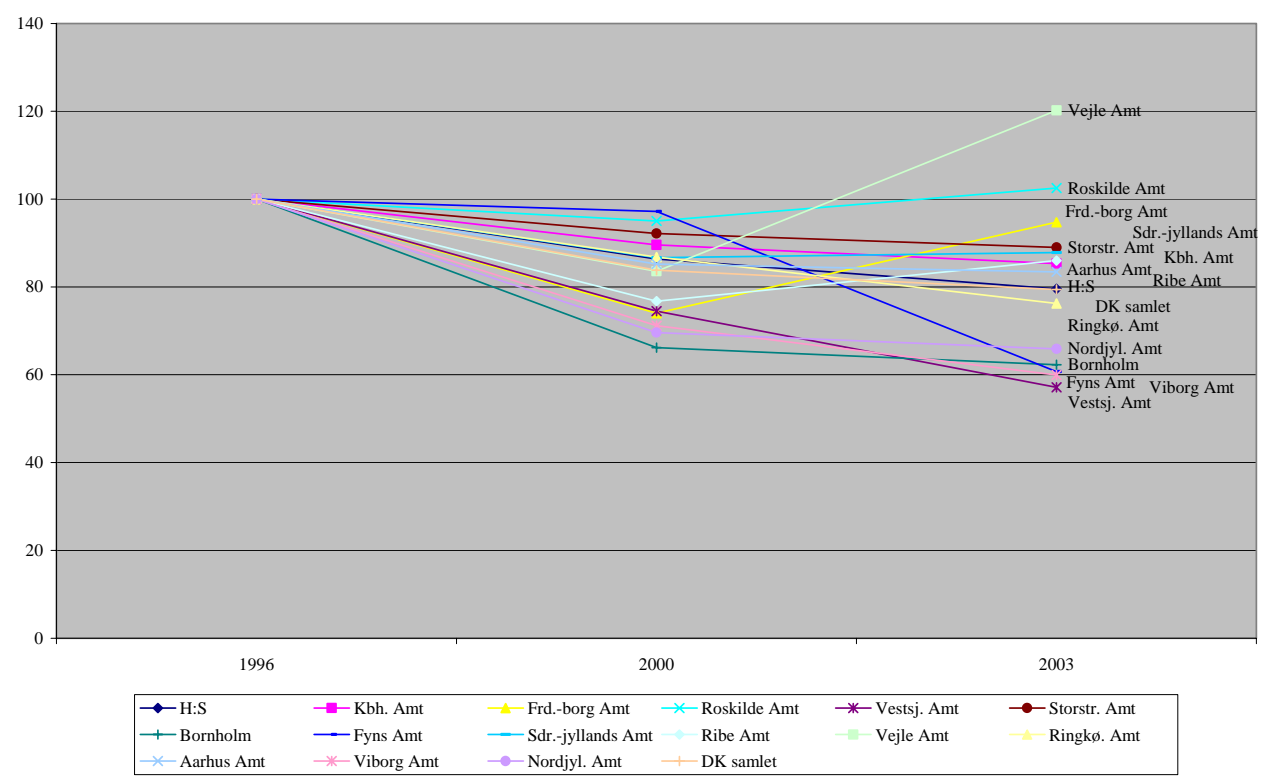


**Figur 1. Udvikling i antal ambulante besøg<sup>a</sup> (indeks: 1996=100) opdelt efter bopælsamt for årene 1996, 2000 & 2003.**



<sup>a</sup> Ambulante besøg inkluderer også skadestuebesøg og deldøgnsindlæggelser.

**Figur 2. Udvikling i antal indlæggelser (indeks: 1996=100) opdelt efter bopælsamt for årene 1996, 2000 & 2003.**





**Tabel 1.4. Antal lænderygpatienter pr. 1.000 indbyggere opdelt efter bopælsamt/-kommune for årene 1996-2003.**

	<u>1996</u>	<u>1997</u>	<u>1998</u>	<u>1999</u>	<u>2000</u>	<u>2001</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>
	Antal patienter pr. 1.000 indbyggere	Antal patienter pr. 1.000 indbyggere	Antal patienter pr. 1.000 indbyggere	Antal patienter pr. 1.000 indbyggere	Antal patienter pr. 1.000 indbyggere	Antal patienter pr. 1.000 indbyggere	Antal patienter pr. 1.000 indbyggere	Antal patienter pr. 1.000 indbyggere
H:S <sup>1</sup>	12,6	12,4	12,6	11,8	9,0	8,2	7,8	8,1
Københavns Amt	6,3	6,7	6,9	7,0	7,5	7,8	8,4	8,8
Frederiksborg Amt	4,9	5,2	5,5	5,5	5,1	5,3	5,5	6,0
Roskilde Amt	6,0	5,5	6,3	6,1	6,3	6,1	6,6	7,0
Vestsjællands Amt	6,5	6,2	5,7	5,7	5,4	4,9	5,4	5,3
Storstrøms Amt	5,4	5,7	6,4	6,7	7,0	6,7	6,6	6,7
Bornholms Reg.	5,3	4,9	4,6	5,2	5,2	5,4	6,6	6,1
Fyns Amt	5,0	5,0	5,5	6,6	6,9	7,1	7,8	8,2
Sønderjyllands Amt	7,4	7,3	8,3	8,3	8,4	8,4	8,1	8,0
Ribe Amt	5,6	5,5	5,4	5,3	4,9	4,9	5,1	5,6
Vejle Amt	7,5	7,2	7,1	6,6	6,1	6,7	7,0	7,5
Ringkjøbing Amt	4,6	5,1	6,0	6,8	7,1	7,0	7,9	7,3
Århus Amt	6,3	6,3	6,9	6,8	6,5	6,5	6,8	6,8
Viborg Amt	6,2	6,0	6,3	7,0	6,6	6,5	7,2	6,5
Nordjyllands Amt	6,1	6,5	6,5	6,5	6,5	5,9	6,1	6,3

Antallet af patienter pr. 1.000 indbyggere er beregnet som antal patienter med den pågældende kommune/det pågældende amt som bopælskommune/-amt sat i forhold til indbyggertallet i kommunen/amtet i det pågældende år.

<sup>1</sup> Københavns og Frederiksberg Kommuner.

**Tabel 1.5. Udvikling i antal lænderygpatienter (indeks: 1996=100) opdelt efter bopælsamt for årene 1996-2003.**

	<u>1996</u>	<u>1997</u>	<u>1998</u>	<u>1999</u>	<u>2000</u>	<u>2001</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	
	Indeks antal ptt. (1996=100)	Indeks antal ptt. (1996=100)	Indeks antal ptt. (1996=100)	Indeks antal ptt. (1996=100)	Indeks antal ptt. (1996=100)	Indeks antal ptt. (1996=100)	Indeks antal ptt. (1996=100)	Indeks antal ptt. (1996=100)	
H:S <sup>1</sup>	7.144	100	100	102	96	74	68	65	67
Københavns Amt	3.830	100	107	110	112	120	125	135	142
Frederiksborg Amt	1.727	100	107	116	115	109	114	119	129
Roskilde Amt	1.352	100	93	107	103	109	106	115	123
Vestsjællands Amt	1.894	100	96	89	89	84	77	85	84
Storstrøms Amt	1.381	100	107	121	125	132	126	124	128
Bornholms Reg.	240	100	92	85	96	95	100	121	113
Fyns Amt	2.359	100	101	111	131	138	143	157	166
Sønderjyllands Amt	1.865	100	100	113	113	114	115	110	109
Ribe Amt	1.252	100	99	97	95	88	89	92	101
Vejle Amt	2.553	100	97	96	90	83	91	96	104
Ringkjøbing Amt	1.239	100	111	132	150	156	155	174	162
Århus Amt	3.949	100	100	111	109	106	106	112	112
Viborg Amt	1.444	100	97	102	114	107	105	116	106
Nordjyllands Amt	3.016	100	106	106	106	107	98	100	103

<sup>1</sup> Københavns og Frederiksberg Kommuner.

I tabel 1.4 er vist udviklingen i antallet af lænderygpatienter pr. 1.000 indbyggere i de enkelte amter for årene 1996-2003. Især for de første år ses der en relativt stor variation i antallet af patienter amterne imellem, og generelt gælder det, at der er en vis forskel. Som udgangspunkt kan disse forskelle skyldes følgende forhold: amtslige/regionale forskelle i sygelighed og/eller amtslige/regionale forskelle i mønsteret for henvisning til sygehussektoren, hvor udrednings- og behandlingstilbuddet kan være forskelligt.

I tabel 1.5 er vist de tilsvarende tal for udviklingen i antallet af lænderygpatienter i de enkelte amter, Frederiksberg og Københavns Kommuner samt Bornholms Regionskommune. Der ses visse forskelle i udviklingen i antallet af patienter med markante fald i H:S og Vestsjællands Amt og markant flere patienter i specielt Københavns, Fyns og Ringkjøbing Amter. Faldet i antallet af rygpatienter for H:S fra 2000 skyldes, at det år åbnede Københavns Kommunes Rygcenter, som i regi af primærsektoren behandler rygpatienter fra Københavns Kommune – patienter som tidligere behandles i sekundærsektorregi på H:S-hospitaler. Imidlertid er der i nærværende analyse kun inkluderet patienter, som har haft én eller flere kontakter i sekundærsektoren, og derfor ses der et fald for H:S, da en række lænderygpatienter bosiddende i Københavns Kommune fra og med 2000 udelukkende er blevet behandlet i primærsektoren på kommunens rygcenter. Tilsvarende skyldes den markante stigning i antallet af lænderygpatienter i Fyns Amt fra 1998 åbningen af Rygcenteret i Ringe, idet en række patienter, som tidligere behandles i primærsektoren, fra da af blev henvist til Rygcenteret i Ringe – dvs. at behandlingen flyttedes fra primærsektoren til sekundærsektoren. Aktivitetsstigningen i Fyns Amt – og for den sags skyld i andre amter – kan også skyldes en udvidelse af indikationerne.

**Tabel 1.6. Indlæggelsestid for rygpatienter for årene 1996-2003.**

	Gns. liggetid	Median liggetid	Liggetid – nedre kvartil	Liggetid – øvre kvartil
1996	10,4	7	3	14
1997	10,0	7	3	14
1998	9,6	7	2	13
1999	9,1	6	2	12
2000	8,8	6	2	11
2001	8,2	5	2	11
2002	7,7	5	2	10
2003	7,1	5	2	9

Tabel 1.6 viser den gennemsnitlige liggetid for lænderygpatienter for årene 1996-2003. Det ses, at der over alle årene har været en tendens i retning af kortere indlæggelsestid. For årene 1997-2003 er der tale om et fald i indlæggelsestiden for rygpatienter på 29%, mens det tilsvarende tal for perioden

for alle indlæggelser i Danmark var 15,8%<sup>3</sup>, så tendensen med faldende indlæggelsestid har altså været mere markant for lænderygpatienter end for befolkningen generelt.

Tabel 1.7 viser udviklingen i indlæggelsestiden inden for de specialer, som har langt de fleste rygpatienter indlagt (jf. tabel A.2.4). Liggetiden er længst for patienter indlagt på reumatologiske afdelinger, og for specialerne reumatologi, neurokirurgi, intern medicin og ortopædkirurgi ses der et fald i den gennemsnitlige indlæggelsestid over årene – faldet er mest udtalt for de internmedicinske specialer.

**Tabel 1.7. Indlæggelsestid for rygpatienter fordelt på speciale for årene 1996-2003.**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	Gns. liggetid	Gns. Liggetid	Gns. liggetid	Gns. liggetid	Gns. liggetid	Gns. liggetid	Gns. liggetid	Gns. liggetid
Reumatologi	14,4	14,1	12,8	12,7	12,0	11,8	11,9	10,3
Neurokirurgi	7,1	6,8	6,9	6,8	6,8	6,0	6,3	6,0
Intern medicin	9,7	9,0	8,7	7,7	7,7	7,3	6,7	6,5
Ortopædkirurgi	7,5	8,0	8,0	7,4	7,5	7,2	6,5	6,2
Neurologi	6,5	5,4	6,7	4,9	5,8	6,1	5,1	6,6

Tabel 1.8 viser udviklingen i antallet af operationer for diskusprolaps og stenose. Det ses, at antallet af diskusprolapsoperationer har ligget nogenlunde konstant på lidt over 2.000 operationer pr. år, mens antallet af operationer for spinalstenose er øget med mere end 400 operationer siden 1996, med den største stigning i de seneste år.

**Tabel 1.8. Udvikling i antal operationer for diskusprolaps og spinalstenose for årene 1996-2003.**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Operation for diskusprolaps <sup>a</sup>	2.055	2.036	1.900	1.926	2.077	2.011	2.186	2.223
Operation for spinalstenose <sup>b</sup>	1.283	1.328	1.215	1.245	1.269	1.341	1.569	1.719
	3.338	3.364	3.115	3.171	3.346	3.352	3.755	3.942

<sup>a</sup> Operation for (lumbal) diskusprolaps er afgrænset ved følgende operationskoder: KABC07, KABC16 & KABC26.

<sup>b</sup> Operation for stenose er afgrænset ved følgende operationskoder: KABC36, KABC56 & KABC66.

I tabel 1.9 er der vist en samlet amts-/kommuneopdelte oversigt over antallet af rygoperationer pr. 1.000 indbyggere, hvor ”rygoperationer” omfatter operationer for diskusprolaps eller spinalstenose. Rygoperationerne er opgjort efter bopælsamt, hvorfor der er taget højde for udenamtspatientproblematikken. Der konstateres visse interamtslige forskelle, hvor forskellen i 2003 mellem Nordjyllands og Ribe Amter er en af de mest iøjnefaldende. For alle amter – med undtagelse af Århus og Nordjyllands Amter – ses der et (svagt) stigende antal rygoperationer.

<sup>3</sup> Kilde: www.sundhedsdata.sst.dk. På landsplan er den gennemsnitlige indlæggelsestid faldet fra 5,7 dage til 4,8 dage.

**Tabel 1.9. Udvikling i antal rygoperationer pr. 1.000 indbyggere for årene 1996-2003.**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
H:S	0,55	0,65	0,61	0,55	0,70	0,67	0,68	0,71
Kbh. Amt	0,77	0,84	0,65	0,64	0,71	0,69	0,87	0,93
Frederiksborg. Amt	0,16	0,16	0,19	0,33	0,44	0,51	0,57	0,61
Roskilde Amt	0,49	0,56	0,43	0,44	0,50	0,44	0,39	0,50
Vestsjællands Amt	0,63	0,64	0,62	0,51	0,59	0,66	0,61	0,66
Storstrøms Amt	0,45	0,58	0,48	0,57	0,65	0,67	0,69	0,77
Bornholms Reg.	0,66	0,38	0,58	0,52	0,84	0,34	0,74	0,98
Fyns Amt	0,65	0,65	0,63	0,68	0,68	0,58	0,69	0,83
Sønderjyllands Amt	0,74	0,88	0,90	1,09	0,73	0,92	0,93	0,75
Ribe Amt	0,99	0,90	0,91	0,85	0,91	0,84	1,03	1,09
Vejle Amt	0,57	0,36	0,41	0,39	0,40	0,51	0,64	0,64
Ringkjøbing Amt	0,65	0,64	0,57	0,70	0,73	0,82	0,85	0,87
Århus Amt	0,74	0,67	0,68	0,69	0,63	0,66	0,76	0,68
Viborg Amt	0,55	0,60	0,62	0,51	0,57	0,52	0,65	0,58
Nordjyllands Amt	0,76	0,69	0,50	0,44	0,46	0,38	0,38	0,52
Hele landet	0,63	0,64	0,59	0,60	0,63	0,63	0,70	0,73

<sup>a</sup> Rygoperation er operation for diskusprolaps og spinalstenose, jf. tabel 1.8.

I appendiks 2 er der vist en oversigt over de hyppigste aktionsdiagnoser for henholdsvis ambulante besøg (tabel A.2.1) og indlæggelser (tabel A.2.2) for årene 1996-2003. Af tabel A.2.1 ses det, at diskusprolaps (DM511, DM511D, DM511E og DM511F) og lændesmerter (DM545) for alle årene tegner sig for 40-50% af diagnoserne. For de indlagte patienter (tabel A.2.2) ses det, at diskusprolaps (DM511, DM511A, DM511C, DM511D, DM511E og DM511F) og lændesmerter (DM545) tegner sig for 45%-50 % af diagnoserne.

Af tabel A.2.3 fremgår det, på hvilke afdelinger – angivet ved speciale – de ambulante besøg har fundet sted. For 2000-2003 ses der et markant fald i antallet af ambulante besøg på reumatologiske afdelinger sammenlignet med de foregående år. Til gengæld ses der for årene 1999 og frem en markant stigning i antallet af ambulante besøg på afdelinger, der har blandet medicin/kirurgi registreret som (hoved-) speciale, ligesom der ses en stigning i antallet af ambulante besøg på internmedicinske afdelinger. Det er usikkert, om noget af udviklingen i den ambulante aktivitet på de reumatologiske afdelinger blot skyldes, at specialeregistreringen for de reumatologiske afdelinger er ændret til *intern medicin* eller *medicin/kirurgi*, eller om det skyldes, at der er etableret flere blandede kirurgisk-medicinske afdelinger på især mindre sygehuse. Endvidere noteres der en øget ambulante aktivitet på de neurokirurgiske afdelinger og en uændret aktivitet på de ortopædkirurgiske afdelinger. Endelig ses der en lille stigning i antallet af ambulante besøg på arbejdsmedicinske klinikker – om end den ambulante aktivitet på de arbejdsmedicinske klinikker udgør en meget lille andel af den samlede aktivitet.

På tilsvarende vis fremgår det af tabel A.2.4, på hvilke afdelinger – angivet ved speciale – indlæggelserne har fundet sted. For specialerne reumatologi, neurokirurgi, intern medicin, ortopædkirurgi

og neurologi er det kun inden for reumatologien, neurologien og til dels neurokirurgien, at der notes et markant fald i antallet af indlæggelser.

I appendiks 3, tabel A.3.1, er der vist ”en udvidelse” af tabel 1.8 og 1.9, hvor udviklingen i antallet af operationer for diskusprolaps og spinalstenose for de forskellige amter er vist. Endvidere viser tabellen udviklingen i antallet af de to operationer i forhold til indbyggertallet (operationsraten, dvs. antal operationer pr. 1.000 indbyggere). I tabellen er det måske især værd at hæfte sig ved operationsraterne. Mht. operation for spinalstenose ses der for stort set alle amter – dog med visse undtagelser – en stigende udvikling i antallet af operationer pr. 1.000 indbyggere, mens det mht. operation for diskusprolaps ses, at der inden for det enkelte amt er visse udsving fra år til år, ligesom der for de fleste amter ikke kan konstateres noget væsentligt fald i operationsraten.

### 3.1.1. Forløbsanalyser<sup>4</sup>

Som tidligere nævnt er der for 19.672 personer blandt de 206.259 lænderygpatienter (9,5%) kun registreret indlæggelser, dvs. at disse personer ikke har haft et forløb med et eller flere ambulante besøg. Blandt de 19.672 patienter havde 16.953 personer været indlagt én gang i perioden, 2.116 personer havde været indlagt to gange, mens 603 patienter havde været indlagt tre eller flere gange. Antallet af indlæggelser var knap 3.500 i 1996, og antallet faldt til ca. 2.700 i 2003 (der er en faldende tendens for alle årene).

Tilsvarende er der for 132.141 lænderygpatienter (64%) kun registreret ambulante besøg og ingen indlæggelser. I tabel 1.10 er der vist en fordeling over, hvor mange ambulante besøg disse patienter havde haft i perioden 1996-2003. Det ses, at langt de fleste af disse patienter kun havde haft ganske få kontakter – 55% af patienterne havde kun haft et ambulante besøg i perioden. For disse patienter var antallet af ambulante besøg godt 38.000 i 1996, stigende til godt 48.000 besøg i 2003. Den høje andel med kun et ambulante besøg kan hænge sammen med, at der har været tale om kirurgiske patienter.

**Tabel 1.10. Antal ambulante besøg<sup>a</sup> for lænderygpatienter, som udelukkende har været behandlet ambulante i perioden 1996-2003 (n=132.141).**

	1 ambulante besøg	2 ambulante besøg	3 ambulante besøg	4 ambulante besøg	5 ambulante besøg	Mere end 5 ambulante besøg
Antal patienter	72.271	24.106	13.014	7.517	4.538	10.695

<sup>a</sup> Ambulante besøg inkluderer også skadestuebesøg og deldøgnsindlæggelser.

<sup>4</sup> Det skal bemærkes, at data er censurerede, idet det kun er data for årene 1996 til 2003, som er indeholdt i analyserne, og såfremt et forløb fx er startet med én indlæggelse i 1995, er denne indlæggelse ikke medtaget.

I tabel 1.11 er vist en oversigt (krydstabel) for de resterende 54.446 patienter (26,4 %), som både har været indlagt og haft ambulante besøg. Det fremgår, at langt de fleste patienter har været indlagt én eller to gange (84,2 % (=61,4%+22,8%)), men samtidig ses det også, at mange patienter har haft tre eller flere ambulante besøg (62,3 % (=12,7 % + 49,6 %)).

**Tabel 1.11. Antal indlæggelser og ambulante besøg (%) for patienter, som både har været indlagt og haft ambulante besøg<sup>a</sup> i perioden 1996-2003 (n=54.446).**

Procent	1 ambulante besøg	2 ambulante besøg	3 ambulante besøg	+3 ambulante besøg	Total
1 indlæggelse	16,7%	11,2 %	8,3%	25,2%	61,4%
2 indlæggelser	3,6%	3,4%	2,9%	12,9%	22,8%
3 indlæggelser	1,0%	1,0%	1,0%	6,1%	9,1%
+3 indlæggelser	0,4%	0,5%	0,5%	5,4%	6,7%
Total	21,6%	16,1%	12,7%	49,6%	100,0%

<sup>a</sup> Ambulante besøg inkluderer også skadestuebesøg og deldøgnsindlæggelser.

Blandt de patienter, som har været indlagt én eller to gange, og som har haft et eller flere ambulante besøg, er indlæggelsen registreret som den første kontakt for 40% af patienterne – dvs. forløbet er startet med en indlæggelse og er siden hen efterfulgt af et eller flere ambulante besøg.

**Tabel 1.12. Antal indlæggelser og ambulante besøg (%) for patienter, som både har været indlagt og haft ambulante besøg<sup>a</sup> i perioden 1996-2003, og hvor første indlæggelse var på en medicinsk afdeling (n=29.365).**

Procent	1 ambulante besøg	2 ambulante besøg	3 ambulante besøg	+3 ambulante besøg	Total
1 indlæggelse	18,7 %	11,3 %	7,4 %	20,7 %	58,2 %
2 indlæggelser	4,1 %	3,8 %	3,1 %	12,7%	23,7 %
3 indlæggelser	1,3 %	1,4 %	1,1 %	6,6 %	10,4 %
+3 indlæggelser	0,5 %	0,6 %	0,5 %	6,1 %	7,7 %
Total	24,6 %	17,1 %	12,3 %	46,1 %	100,0%

<sup>a</sup> Ambulante besøg inkluderer også skadestuebesøg og deldøgnsindlæggelser.

I tabel 1.12 og 1.13 er der lavet en opsplitning af tabel 1.11, således at forløbene for de patienter, som har haft deres første indlæggelse på en medicinsk afdeling, er skitseret i tabel 1.12, mens forløbene for de patienter, som har haft deres første indlæggelse på en kirurgisk afdeling, er skitseret i tabel 1.13. Det fremgår, at en lidt større andel af de ”kirurgiske” rygpatienter (tabel 1.13) kun har én eller to indlæggelser sammenlignet med de ”medicinske” rygpatienter (tabel 1.12) – 86,9 vs. 81,9 %. Til gengæld har en større andel af de ”kirurgiske” rygpatienter tre eller flere ambulante besøg (54,2 vs. 46,1%).

**Tabel 1.13. Antal indlæggelser og ambulante besøg for patienter, som både har været indlagt og haft ambulante besøg<sup>a</sup> i perioden 1996-2003, og hvor første indlæggelse var på en kirurgisk afdeling (n=24.200).**

Procent	1 ambulante besøg	2 ambulante besøg	3 ambulante besøg	+3 ambulante besøg	Total
1 indlæggelse	13,8 %	11,0 %	9,4 %	30,9 %	65,1 %
2 indlæggelser	3,0 %	3,0 %	2,6 %	13,2 %	21,8 %
3 indlæggelser	0,6 %	0,7 %	0,8 %	5,6 %	7,7 %
+3 indlæggelser	0,3 %	0,3 %	0,4 %	4,5 %	5,4 %
Total	17,7 %	14,9 %	13,2 %	54,2 %	100,0 %

<sup>a</sup> Ambulante besøg inkluderer også skadestuebesøg og deldøgnsindlæggelser.

### 3.1.2. Skadestuebesøg

Tabel 1.14 viser udviklingen i antallet af lænderygpatienter, som har søgt skadestue. Kun for 2003 ses der et vist fald i antallet af besøg sammenlignet med de tidligere år.

**Tabel 1.14. Udvikling i antal skadestuebesøg for lænderygpatienter.**

År	Antal skadestuebesøg
1996	5.696
1997	5.831
1998	5.945
1999	5.803
2000	5.813
2001	5.950
2002	5.693
2003	5.174

## 3.2. Resultater: Lænderygpatienters kontakter i primærsektoren

I tabel 1.15 er vist gennemsnitsomkostningerne i primærsektoren for henholdsvis lænderygpatienter og befolkningen generelt for årene 1997-2003. Det fremgår, at lænderygpatienternes forbrug af ydelser hos praktiserende læger, speciallæger, fysioterapeuter og kiropraktorer ligger væsentligt over det gennemsnitlige forbrug af ydelser for befolkningen som helhed. Fx er lænderygpatienters forbrug af ydelser hos praktiserende læger (målt ved gennemsnitsomkostningen) ca. 70% højere end det, der gælder for befolkningen generelt.

Rygpatienternes forbrug af ydelser hos praktiserende læger, speciallæger og fysioterapeuter udviser en (svag) stigende tendens over årene, mens antallet af kontakter hos kiropraktorer ligger på et konstant niveau (det gør sig gældende, at der kun er medtaget kontakter, som har været omfattet af tilskud fra Sygesikringen).

**Tabel 1.15. Gennemsnitsomkostninger<sup>a</sup> for lænderygpatienter og for befolkningen generelt for forbrug af ydelser i primærsektoren (praktiserende læger, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter og kiropraktorer)<sup>a</sup> i perioden 1997-2003.**

	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	Gns. omk. pr. patient (kr.)	Gns. omk., befolk. generelt (kr.) <sup>c</sup>	Gns. omk. pr. patient (kr.)	Gns. omk., befolk. generelt (kr.) <sup>b</sup>	Gns. omk. pr. patient (kr.)	Gns. omk., befolk. generelt (kr.) <sup>b</sup>	Gns. omk. pr. patient (kr.)	Gns. omk., befolk. generelt (kr.) <sup>b</sup>	Gns. omk. pr. patient (kr.)	Gns. omk., befolk. generelt (kr.) <sup>b</sup>	Gns. omk. pr. patient (kr.)	Gns. omk., befolk. generelt (kr.) <sup>b</sup>	Gns. omk. pr. patient (kr.)	Gns. omk., befolk. generelt (kr.) <sup>b</sup>	Gns. omk. pr. patient (kr.)	Gns. omk., befolk. generelt (kr.) <sup>b</sup>
Prak. læge	841	-	1.050	619	1.057	634	1.075	634	1.119	653	1.152	680	1.180	691	1.221	714
Speciallæge	947	-	1.334	307	1.343	318	1.345	319	1.357	325	1.400	339	1.447	349	1.458	359
Fysioterapi <sup>c</sup>	-	-	1.508	12	1.643	12	1.765	12	1.758	12	1.712	12	1.789	12	1.948	12
Kiropraktor <sup>c</sup>	-	-	280	93	283	102	277	106	276	110	276	115	287	117	288	123

2003-prisniveau.

<sup>a</sup> Sygesikringens udbetalte honorarer udgør estimatet for omkostningerne, hvilket betyder, at patienternes eventuelle egenbetaling og kontakter/ydelser, som ikke har været omfattet af tilskud fra Sygesikringen, ikke er medtaget, og at de praktiserende lægers basishonorarer ikke er indeholdt i omkostningsestimatet.

<sup>b</sup> Kilde: sundhedsdata.sst.dk.

<sup>c</sup> Data for 1996 findes ikke på sundhedsdata.sst.dk.

### 3.2.1. Forløbsanalyser

**Tabel 1.16. Fordeling af første kontakt til sundhedsvæsenet på hhv. primær- og sekundærsektoren for lænderygpatienter i perioden 1997-2003<sup>a</sup>.**

Første kontakt	Fordeling
Primærsektoren	99,5 %
Sygehussektoren	0,5 %
	100 %

<sup>a</sup> Det skal bemærkes, at data er censurerede, idet det kun er data for årene 1997-2003, som er indeholdt i analyserne. Data for 1996 er ikke medtaget, da sygesikringsdata for dette år ikke indeholdt dato- eller periodeangivelse for kontakten/konsultationen. Ved primærsektoren menes der her praktiserende læge eller praktiserende speciallæge.

Tabel 1.16 viser, at næsten alle patienter i populationen (99,5 %) først havde opsøgt deres praktiserende læge eller en speciallæge, inden de blev udredt og behandlet i sekundærsektoren. Kun for 0,5 % af patienterne havde den første kontakt været i sygehussektoren. Dette mønster er naturligvis i overensstemmelse med den normale praksis for visitering og patientforløb.

Blandt de patienter, som havde haft deres første kontakt i primærsektoren, havde 85% både været i kontakt med en praktiserende læge og en speciallæge, mens 15% kun havde haft kontakt til deres egen læge (jf. tabel 1.17)<sup>5</sup>. Supplerende analyser viste, at den fordeling, der er præsenteret i tabel 1.17, gælder for begge de to perioder 1997-1999 og 2000-2003 – dvs. henholdsvis før og efter MTV-rapportens udsendelse.

<sup>5</sup> I sygesikringsdata er det ikke muligt at se, hos hvilken speciallæge i primærsektoren (reumatolog, ortopædkirurg etc.) kontakten har fundet sted, ligesom diagnosen eller årsagen til besøget hos egen læge heller ikke fremgår af Sygesikringens data.



**Tabel 1.17. Fordeling af kontakt for lænderygpatienter, hvis første kontakt har fundet sted i primærsektoren<sup>a</sup> i perioden 1997-2003.**

	Fordeling
Har haft kontakt til både praktiserende læge og speciallæge	85 %
Har kun haft kontakt til praktiserende læge	15 %
	100 %

<sup>a</sup> Det skal bemærkes, at data er censurerede, idet det kun er data for årene 1997 til 2003, som er indeholdt i analyserne. Ved primærsektoren menes der her praktiserende læge eller praktiserende speciallæge.

### 3.3. Resultater: Lænderygpatienters medicinforbrug

Tabel 1.18 viser udviklingen i forbruget af receptindløst medicin for befolkningen generelt og for lænderygpatienter.

**Tabel 1.18. Forbrug af receptindløst medicin (målt i DDD<sup>1</sup> og kr.) for hhv. befolkningen generelt og lænderygpatienter i perioden 1996-2003.**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
DDD pr. indbygger pr. år (DDD) <sup>2</sup>	-	-	-	281	288	304	322	340
Forbrug pr. indbygger pr. år (kr.) <sup>2/3</sup>	-	-	-	1.533	1.608	1.667	1.802	1.822
DDD pr. rygpatient pr. år (DDD)	505	537	573	614	656	713	777	835
Forbrug pr. rygpatient pr. år (kr.) <sup>3</sup>	2.901	3.039	3.262	3.453	3.791	4.074	4.510	4.611

<sup>1</sup> Den definerede døgndosis.

<sup>2</sup> Beregnet vha. lægemiddelstatistik fra [www.laegemiddelstyrelsen.dk](http://www.laegemiddelstyrelsen.dk) og befolkningstal fra [www.dst.dk](http://www.dst.dk) (Danmark Statistiks hjemmeside).

<sup>3</sup> Forbrug inkluderer såvel patientens egenbetaling som Sygesikringens andel. 2003-prisniveau.

Det ses af tabellen, at medicinforbruget for en rygpatient er noget højere end medicinforbruget for en gennemsnitsdansker. Såvel for rygpatienter som for befolkningen generelt er forbruget steget gennem de seneste år, men for rygpatienterne har den procentvise stigning været højere (36% vs. 21% målt i forhold til DDD). For 2.601 lænderygpatienter i populationen er der ikke registreret noget forbrug af receptudskrevet medicin. 7.570 patienter havde kun indløst receptudskrevet medicin før deres første hospitalskontakt.

I tabel 1.19 og tabel 1.20 er forbruget af medicin opdelt på 12 grupper (hvor "Andet" er den 12. gruppe) – grupperingen er foretaget vha. ATC-koderne. Målt ved DDD (tabel 1.19) ses der en generel stigning i forbruget, undtagen for benzodiazepiner. For paracetamol, tramadol, morfika og antidepressiva er forbruget målt i DDD, modsat anbefalingen i MTV-rapporten, to-, tre- eller firdoblet. Der er som nævnt tale om en opgørelse over receptindløst medicin, hvilket betyder at medicin, som er givet under indlæggelse, ikke er medtaget, ligesom håndkøbsmedicin heller ikke er medtaget. Især for de første år i perioden har medicinforbruget under indlæggelse været højere, end det er i dag, da indlæggelserne på daværende tidspunkt var længere (jf. tabel 1.6 og 1.7).

**Tabel 1.19. Forbrug af receptindløst medicin (målt i DDD<sup>1</sup>) fordelt på grupper for lænderygpatienter i perioden 1996-2003.**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	DDD pr. patient pr. år	DDD pr. patient pr. år	DDD pr. patient pr. år	DDD pr. patient pr. år	DDD pr. patient pr. år	DDD pr. patient pr. år	DDD pr. patient pr. år	DDD pr. patient pr. år
Paracetamol	19	23	26	29	31	35	39	42
Tramadol	4	6	8	11	12	14	17	19
Kodein	6	7	7	7	7	7	8	8
Morfika	12	14	16	18	20	22	24	27
NSAID <sup>2</sup>	37	37	38	39	41	48	53	55
Psykofarmaka <sup>3</sup>	3	3	4	4	4	4	5	5
Benzodiazepiner	45	41	39	38	38	38	37	37
Antidepressiva	7	10	11	13	15	19	22	24
Steroid	6	6	7	8	8	8	9	9
Gabapentin	0,01	0,05	0,14	0,3	1	1	2	3
Glucosamin	-	-	-	-	-	-	-	1
Andet	359	382	408	440	469	507	552	597

<sup>1</sup> Den definerede døgndosis.

<sup>2</sup> Nonsteroid antiinflammatorisk medicin.

<sup>3</sup> Psykofarmaka, der også anvendes som smertestillende.

**Tabel 1.20. Forbrug af receptindløst medicin (målt i kr.<sup>1</sup>) opdelt på grupper for lænderygpatienter i perioden 1996-2003.**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	Forbrug pr. pati- ent pr. år (kr.)	Forbrug pr. pati- ent pr. år (kr.)	Forbrug pr. pati- ent pr. år (kr.)	Forbrug pr. pati- ent pr. år (kr.)	Forbrug pr. pati- ent pr. år (kr.)	Forbrug pr. pati- ent pr. år (kr.)	Forbrug pr. pati- ent pr. år (kr.)	Forbrug pr. pati- ent pr. år (kr.)
Paracetamol	57	70	82	87	101	109	117	117
Tramadol	89	85	95	123	141	153	147	126
Kodein	32	33	33	33	34	36	38	38
Morfika	167	192	219	247	291	331	414	478
NSAID <sup>2</sup>	173	173	178	176	227	279	317	311
Psykofarmaka <sup>3</sup>	17	17	16	13	13	13	13	14
Benzodiazepiner	106	92	84	80	78	77	75	70
Antidepressiva	90	115	131	137	154	184	174	133
Steroid	17	19	19	18	19	17	18	17
Gabapentin	1	3	7	16	31	46	61	49
Glucosamin	-	-	-	-	-	-	-	3
Andet	2.152	2.240	2.396	2.525	2.702	2.827	3.134	3.256

<sup>1</sup> Forbrug inkluderer såvel patientens egenbetaling som Sygesikringens andel. 2003-prisniveau.

<sup>2</sup> Nonsteroid antiinflammatorisk medicin.

<sup>3</sup> Psykofarmaka, der også anvendes som smertestillende.

Ud over at den generelle stigning i brugen af medicin blandt rygpatienter også ses blandt befolkningen generelt, dog med en mindre stigningstakst, kan stigningen i medicinudgifterne for lænderygpatienter til dels forklares ved, at flere rygpatienter har en kronisk lidelse og komorbiditet. Sidstnævnte faktor har en større effekt for gruppen af lænderygpatienter end for befolkningen som helhed, idet

dataudtrækkene for medicinforbruget ikke er diagnosespecifikke, men vedrører receptindløste lægemidler til alle typer af sygdomme. Overordnet set ligger årsagen til stigningen i udgifterne til rygbehandling dog i de stigende medicinudgifter.

### 3.4. Resultater: Lænderygpatienters sygedage og sygedagpengeudbetalinger

Tabel 1.21 viser antallet af patienter, som har modtaget sygedagpenge, fordelt på årene 1996-2003. Da man skal have været sygemeldt i mindst 14 dage for at modtage sygedagpenge, er der i tabellen kun medregnet personer, som én eller flere gange i det pågældende år har været sygemeldt i mindst 14 dage<sup>6</sup>.

**Tabel 1.21. Antal lænderygpatienter, som i det pågældende år har modtaget sygedagpenge for årene 1996-2003.**

År	Antal patienter/ sygedagpengemodtagere
1996	34.025
1997	35.239
1998	35.242
1999	34.142
2000	36.951
2001	37.358
2002	37.059
2003	35.896

Bemærkning: Til og med 1999 er almindelige sygedagpengesager for offentligt ansatte ikke med i data, da offentlige arbejdsgivere ikke fik sygedagpengerefusion. I data er ekskluderet sygedagpengesager/orlovsperioder vedr. fødsel, adoption og orlov i forbindelse med barns sygdom.

Som det fremgår af tabellens bemærkninger, indeholder data til og med 1999 ikke offentligt ansatte, hvorfor antallet af patienter/sygedagpengemodtagere for årene 1996-1999 er underestimeret. For årene 2001-2003 ses (måske) en faldende tendens i antallet af lænderygpatienter på sygedagpenge.

Ses der på alle årene, så har i alt 99.317 patienter på et eller andet tidspunkt i perioden modtaget sygedagpenge. Dette tal skal holdes op mod det samlede antal lænderygpatienter i perioden (206.259 personer (jf. tabel 1.1)), hvilket svarer til, at 48% af alle patienter på et eller andet tidspunkt i perioden har modtaget sygedagpenge.

Tabel 1.22 er en udvidelse af tabel 1.21, som også viser, hvor mange dage patienterne har været på sygedagpenge (kolonne 3), udbetalingerne pr. person samt det offentliges totale sygedagpengeudbetalinger til lænderygpatienter i populationen det pågældende år (det skal bemærkes, at udbetalingerne er sket til enten den sygemeldte selv eller dennes arbejdsgiver). For tabel 1.22 gælder det også, at

<sup>6</sup> Til forudsætningen om mindst 14 dages sygemelding inden udbetaling af sygedagpenge er der visse undtagelser, idet fx arbejdsløse modtager sygedagpenge fra første sygedag.

for årene 1996-1999 er antallet af sygedagpengemodtagere og de totale sygedagpengeudbetalinger underestimerede, da data ikke indeholder indberetninger for offentligt ansatte. Af tabellen ses det overordnet, at det gennemsnitlige antal dage på sygedagpenge ikke har været faldende, ligesom den gennemsnitlige udbetaling pr. person heller ikke har været faldende, hvilket samlet set implicerer øgede sygedagpengeudbetalinger – fx er sygedagpengeudbetalingerne til denne patientgruppe steget med 133 mio. kr. fra 2000 til 2003. Det fald i antallet af personer på sygedagpenge, der måske anes for 2003 sammenlignet med specielt 2001 og 2002, medfører altså ikke reducerede udgifter, idet den gennemsnitlige sygeperiode for 2003 modsat er højere.

**Table 1.22. Antal sygedagpengemodtagere, gennemsnitligt antal dage på sygedagpenge, gennemsnitlig udbetaling pr. modtager samt totale sygedagpengeudbetalinger gældende for lænderygpatienter i perioden 1996-2003.**

År	Antal sygedagpenge- modtagere	Gns. antal dage på sygedagpenge	Gns. sygedagpenge- udbetaling pr. person (kr.)	Totale sygedag- pengeudbetalinger (kr.)
1996	34.025	102	39.675	1.349.941.875
1997	35.239	108	42.169	1.485.993.391
1998	35.242	108	43.219	1.523.123.998
1999	34.142	105	41.556	1.418.804.952
2000	36.951	102	39.270	1.451.065.770
2001	37.358	105	40.728	1.521.516.624
2002	37.059	104	42.187	1.563.408.033
2003	35.896	109	44.127	1.583.982.792

Bemærkning: Til og med 1999 er almindelige sygedagpengesager for offentligt ansatte ikke med i data, da offentlige arbejdsgivere ikke fik sygedagpengerefusion. I data er ekskluderet sygedagpengesager/orlovsperioder vedr. fødsel, adoption og orlov i forbindelse med barns sygdom. 2003-prisniveau.

I tabel 1.22 er der foretaget en opdeling på år. Ses der til gengæld på hele perioden 1996-2003, så har der som nævnt været i alt 99.317 rygpatienter på sygedagpenge, og disse patienter har gennemsnitligt været på sygedagpenge i 303 dage over denne otteårige periode. Det offentliges totale sygedagpengeudbetalinger i perioden beløber sig til i alt 11,9 milliarder kr.

## 4. Opsummering

Nærværende delundersøgelse omhandler altså de godt 200.000 lænderygpatienter, der i perioden 1996-2003 havde haft én eller flere indlæggelser eller ambulante kontakter til sygehusvæsenet. Ud over analyser af disse patienters forløb inden for sygehusvæsenet er der analyseret på deres kontaktmønstre inden for primærsektoren, forbrug af receptindløst medicin samt omfanget af evt. sygedage og sygedagpengeudbetalinger.

Den præcise afgrænsning af lænderygpatienter i sekundærsektoren vha. de i LPR registrerede aktionsdiagnoser kombineret med CPR-oplysninger sikrer, at disse patienter kan følges i de forskellige

sektorer og over flere år. Svagheden ved denne registerbaserede tilgang er, at der kun er analyseret på patienter, som har været indlagt eller haft en eller flere ambulante sygehuskontakter. Den store gruppe af lænderygpatienter, som søger behandling, men som kun behandles i primærsektoren, er altså ikke indeholdt i nærværende analyser. Som nævnt findes der dog ikke en tilsvarende systematisk diagnoseregistrering i primærsektoren, hvilket umuliggør tilsvarende analyser for rygpatienter, som udelukkende er behandlet i primærsektoren.

I henhold til MTV-rapporten "Ondt i ryggen" har 35% af den danske befolkning svarende til 1.860.000 personer inden for de seneste år oplevet lænderygbesvær. Ifølge rapporten søger 37% af disse 1.860.000 personer behandling. (jf. side 25 i MTV-rapporten). Dette svarer til 670.000 personer.

Antallet af rygpatienter, som inden for en etårig periode har været behandlet i sygehussektoren, er 37.175 patienter<sup>7</sup>. Populationen i nærværende analyse (svarende til 37.175 patienter årligt) udgør således 5,4% af samtlige de lænderygpatienter (670.000 personer), som har søgt læge inden for det seneste år. Så analyserne i denne delundersøgelse går altså på en relativt lille del af hele patientgruppen. Til gengæld må det formodes, at der er tale om de sværeste og mest ressourcetunge patientforløb. Delundersøgelse 4 afdækker bl.a. kontaktmønstre og patientforløb for lænderygpatienter, som kun er behandlet i primærsektoren.

Det fremgår, at antallet af rygpatienter, som er blevet udredt eller behandlet i hospitalssektoren, har været stigende fra ca. 35.500 i 1996 til knap 39.000 patienter i 2003 (jf. tabel 1.2). Antalsmæssigt er der således tale om en relativt stor og måske fortsat stigende patientgruppe, hvorfor fokus på kvalitet og optimering af udredning og behandlingsforløb til stadighed er relevant, bl.a. af hensyn til patienternes livskvalitet og effektiv udnyttelse af behandlingsressourcerne inden for dette område.

Analyserne i nærværende delundersøgelse forudsætter, at de anvendte registerdata er valide. Data er til en vis grad valideret, idet der bl.a. er kontrolleret for ekstreme observationer, men data i de anvendte registre bygger på lokale registreringer, og fx er der i "processen" fra behandling til registrering i Landspatientregisteret en række fejlkilder. Det må dog formodes, at bl.a. indførelse af DRG-afregning, hvor korrekt afregning forudsætter korrekt registrering, har gjort, at registerdata inden for de seneste år er blevet mere valide. Selv om der er foretaget en vis validering af data, og selv om registreringspraksis er forbedret, kan fejl dog ikke undgås<sup>8</sup>. På den anden side er der tale om en re-

---

<sup>7</sup> Beregnet som gennemsnittet af antallet af patienter for årene 1996-2003 (dvs. gennemsnittet af tallene i kolonne 4 i tabel 1.2).

<sup>8</sup> Af bilagstabel A.3.1 ses det fx, at antallet af diskusprolapsoperationer i Nordjyllands Amt er urealistisk lavt, hvorfor der må være tale om en registreringsfejl. En sandsynlig forklaring er, at diskusprolapsoperationer er kodet med en anden kode. Et generelt problem er anvendelsen af forskellige diagnose- og operationskoder for de samme lidelser og operationer.

lativt stor patientpopulation (n=206.259), hvorfor andelen af fejlregistreringer formentlig udgør en så lille andel, at det ikke påvirker resultaterne af denne delundersøgelse.

#### **4.1. MTV-rapportens anbefalinger**

MTV-rapporten indeholder en række anbefalinger i relation til behandlinger, som anbefales anvendt generelt, behandlinger, som anbefales anvendt i visse tilfælde, samt behandlinger, som ikke anbefales anvendt. Selv om det på baggrund af registerdata ikke er muligt at bestemme omfanget og udviklingen i anvendelsen af specifikke behandlinger, er det alligevel muligt på baggrund af analyserne i denne delundersøgelse at vurdere visse aspekter af udviklingen i behandlingen af rygpatienter i forhold til konkrete anbefalinger i rapporten.

##### *Indlæggelse versus ambulante behandling*

I henhold til MTV-rapporten er det ”aldrig dokumenteret, at indlæggelse i sig selv er gavnlige overfor lænderygsbesvær. Indlæggelse er således kun indiceret i særlige tilfælde. Udrednings- og behandlingsforløb kan gennemføres ambulante for langt de fleste patienter med akutte rygsmerter såvel som kroniske rygsmerter” (side 45-46).

Resultaterne fra nærværende analyser viser, at antallet af indlæggelser på landsplan i hele perioden (1996-2003) er faldet hvert eneste år, samtidig med at antallet af ambulante besøg har været stigende (jf. tabel 1.2). Dette indikerer en udvikling i overensstemmelse med anbefalingerne i MTV-rapporten, men udviklingen gør sig gældende for alle årene og ikke kun for årene efter rapportens udgivelse (dvs. 1999 og frem). Endvidere ses det, at denne generelle udviklingstendens ikke gælder for alle amter. I nogle amter er antallet af indlæggelser og ambulante besøg faldet (jf. figur 1 og 2), hvilket ikke er i overensstemmelse med MTV-rapporten, da anbefalingen er, at indlæggelser skal erstattes af ambulante besøg. Det er ikke en anbefaling at ”spare patienter væk”, hvilket såvel et fald i antal indlæggelser som antal ambulante besøg kunne indikere.

Forløbsanalyser (afsnit 3.1.1) viste også, at 64% af alle patienter udelukkende var blevet behandlet i ambulante regi. Derudover ses det, at indlæggelsestiden for lænderygspatienter er faldet (jf. tabel 1.6 og 1.7), hvilket indikerer, at unødige indlæggelsestider søges elimineret. Det skal dog understreges, at dette er en generel trend i forhold til alle sygdomme og sygehusindlæggelser, der ikke kun gør sig gældende på rygområdet.

##### *Konsultationer i skadestue*

Det anbefales, at patienter med akut opståede rygsmerter informeres om at undgå konsultationer i skadestue, idet der på de fleste skadestuer er ringe mulighed for at foretage en gennemgribende vurdering af sygdomstilfældet. Undtagelser herfra er, hvis der er mistanke om knoglebrud (s. 38).

For årene 1996-2002 lå antallet af skadestuebesøg for lænderygpatienter på et uændret niveau på ca. 5.700-5.900 besøg pr. år, mens antallet i 2003 faldt til knap 5.200 besøg – altså en tendens for dette år i overensstemmelse med anbefalingerne i rapporten.

#### *Patientforløb i primær- og sekundærsektoren*

I henhold til MTV-rapporten anbefales det, at al behandling så vidt mulig bør foregå i primærsektoren. Henvisning til speciallæge bør i almindelighed ikke ske, før anden relevant udredning/behandling i primærsektoren er forsøgt, og henvisning til speciallæge eller specialafdeling skal ske umiddelbart, hvis der optræder alarmerende symptomer på alvorlig rygsygdom, eller hvis patienten ikke bedres trods regelret behandling i primærsektoren gennem fire uger (s. 38). Ikke overraskende er lænderygpatienters efterspørgsel efter ydelser i primærsektoren højere end gennemsnittet for hele befolkningen – dvs. at disse patienter bl.a. søger konsultation hos praktiserende læger og speciallæger oftere end gennemsnittet.

Af afsnit 3.2.1 fremgår det, at stort set alle patienter (99,5 %) har haft kontakt med deres praktiserende læge eller speciallæge inden deres første kontakt med hospitalssektoren. Der er altså som minimum sket en vurdering i primærsektoren for stort set alle patienter, inden de er blevet visiteret videre til sygehussektoren. Dette indikerer patientforløb, som er i overensstemmelse med anbefalingerne i rapporten, selv om det dog ikke vides, om der initialt er sket en fyldestgørende vurdering og udredning i primærsektoren. Endvidere fremgår det, at 85% af patienterne også havde haft kontakt til en praktiserende speciallæge – ud over egen læge – hvilket indikerer, at der henvises til praktiserende speciallæge, inden der henvises til en sygehusafdeling. Som nævnt var denne praksis dog også gældende før 1999.

#### *Rygoperationer*

I MTV-rapporten beskrives indikationen for tre typer af rygoperationer: operation for diskusprolaps, operation for spinalstenose og stabiliserende rygoperationer. For alle tre operationer anføres det, at der kun skal opereres på indikationen, og rapporten forholder sig ikke til ændringer i antallet af operationer, men konstaterer, at operation er forbundet med et betydeligt ressourceforbrug (s. 78-82).

I denne delundersøgelse er der analyseret på udviklingen i antallet af operationer for hhv. diskusprolaps og spinalstenose. Overordnet set har antallet af operationer for diskusprolaps ligget på et konstant niveau gennem årene, mens antallet af operationer for spinalstenose er steget. Derudover gælder det, at antallet af rygoperationer varierer meget fra amt til amt som tegn på, at der i et eller andet omfang er forskellig praksis på dette område. Endelig må det anføres, at forskelle i praksis for registrering af operationskoder her kan have en vis indflydelse på det opgjorte antal operationer for det enkelte amt.

#### *Medicinforbrug*

MTV-rapporten beskriver anvendelsen af smertestillende medicin, idet det konstateres, at en række undersøgelser påviser en effekt af paracetamol, NSAID og stærkere medicin som fx morfika. Der anbefales et trinvist princip, hvorved der først ordineres mildere smertestillende medicin og siden hen stærkere medicin, såfremt effekten af det første er utilstrækkelig (s. 67-68). Rapporten forholder sig ikke til ændringer i antallet af ordinationer eller ændringer i forbruget.

Som nævnt kan det konstateres, at såvel for rygpatienter som for den generelle befolkning er medicinforbruget steget gennem de seneste år, men for rygpatienterne har den procentvise stigning været højere, idet der også ofte er tale om kroniske patienter (36% vs. 21% målt i forhold til DDD). For nogle medicintyper, fx morfika, er forbruget mere end fordoblet med en jævn stigning over alle årene (1996-2003). Det skal endvidere bemærkes, at smertestillende håndkøbsmedicin ikke er med i nærværende opgørelse, hvilket betyder, at forbruget af smertestillende medicin kan være endnu højere.

### *Sygedagpenge*

Analyserne i nærværende delundersøgelse viser, at selv om der måske kan konstateres en faldende tendens i forhold til antallet af personer, som modtager sygedagpenge, så er der ikke sket fald i det gennemsnitlige antal dage på sygedagpenge, ligesom udbetalingerne heller ikke er faldet. For årene 2000-2003 – hvor data er mest valide – kan det konstateres, at både de gennemsnitlige og de totale udbetalinger er steget. Der er altså tilsyneladende ikke sket en udvikling inden for rygområdet, som har bevirket et fald i udgifterne til sygedagpenge.

Rapporten anbefaler, at der tages initiativ til at udvikle og fastholde et formaliseret samarbejde mellem behandlere, sociale myndigheder og arbejdspladserne med henblik på at sikre en velkoordineret indsats for den enkelte patient (s. 91). I det omfang det er sket, kan det ikke aflæses i tallene for sygedagpengeudbetalinger.



## Appendiks 1. Lænderygdiagnoser

Tabel A.1.1. ICD10-diagnoser, der som aktionsdiagnose definerer en lænderygpatient.

---

DM400	Kyphosis posturalis
DM401	Kyphosis secundaria, andre former
DM401A	Kyphosis secundaria uden specifikation
DM402	Kyfose, anden og ikke specificeret form
DM402A	Kyphosis uden specifikation
DM403	Columna recta
DM404	Lordose, specificerede former
DM404A	Lordosis acquisita
DM404B	Lordosis posturalis
DM404C	Hyperlordosis columnae vertebralis
DM405	Lordose uden specifikation
DM430	Spondylolysis
DM431	Spondylolisthesis
DM438	Deformerende ryglidelse, andre specificerede former
DM439	Deformerende ryglidelse uden specifikation
DM460	Enthesopathia spinalis
DM461	Sacroiliit ikke klassificeret andetsteds
DM464	Diskit uden specifikation
DM468	Spondylit, anden specificeret form
DM469	Spondylit uden specifikation
DM471	Spondyloser med myelopati, andre
DM471A	Spondylosis med myelopati
DM471B	Compressio spondylogena medullae spinalis
DM472	Spondyloser med radikulopati, andre
DM472A	Spondylosis med radikulopati
DM472B	Spondylosis med neuropati
DM478	Spondyloser, andre
DM478B	Spondylosis totalis
DM478D	Spondylosis lumbosacralis
DM478E	Spondylosis lumbalis
DM479	Spondylose uden specifikation
DM480	Stenosis spinalis
DM481	Hyperostosis ankylotica (Forestier)
DM481A	Hyperostosis skeletalis idiopathica diffusa (DISH)
DM482	Arthrosis processus spinosi vertebrarum lumbalium
DM482A	Baastrup's sygdom

---

---

DM483	Spondylopathia traumatica
DM484	Stressfraktur af vertebra
DM485	Compressio vertebrae ikke klassificeret andetsteds
DM485A	Compressio vertebrae partialis, kileform
DM485B	Compressio vertebrae uden specifikation
DM488	Spondylopati, anden specificeret form
DM489	Spondylopati uden specifikation
DM510	Prolapsus disci intervert thoracalis et lumbalis m myelopati
DM510G	Prolapsus disci intervert thoracalis med myelopati
DM511	Prolapsus disci intervert thoracalis et lumb m radiculopati
DM511A	Prolapsus disci intervert lumbalis I/II med radiculopati
DM511B	Prolapsus disci intervert lumbalis II/III med radiculopati
DM511C	Prolapsus disci intervert lumbalis III/IV med radiculopati
DM511D	Prolapsus disci intervert lumbalis IV/V med radiculopati
DM511E	Prolapsus disci intervert lumbalis V/SI med radiculopati
DM511F	Prolapsus disci intervert lumbalis u spec med radiculopati
DM511I	Prolapsus disci intervert thoracal.lumb.(T12/L1)m radiculopati
DM512	Prolapsus disci intervert thorac et lumb, anden spec form
DM512A	Prolapsus disci intervert lumb I/II uden radiculopati
DM512B	Prolapsus disci intervert lumb II/III uden radiculopati
DM512C	Prolapsus disci intervert lumb III/IV uden radiculopati
DM512D	Prolapsus disci intervert lumb IV/V uden radiculopati
DM512E	Prolapsus disci intervert lumb V/SI uden radiculopati
DM512F	Prolapsus disci intervert lumb u spec u radiculopati
DM513	Deg disci intervert thoracalis og lumb, anden spec form
DM513A	Degeneratio disci intervert lumbalis uden radiculopati
DM513C	Calcificatio disci intervert
DM514	Schmorl'sk brusklegeme
DM518	Sygdom i bryst/lændehvirvelsøjle's bruskskiver, anden spec
DM519	Sygdom i bryst/lændehvirvelsøjle's bruskskiver uden specifi
DM532	Instabilitas columnae vertebralis
DM533	Morbi sacrococcygeales ikke klassificeret andetsteds
DM533A	Coccygodynia
DM538	Ryglidelser andre specificerede
DM539	Ryglidelse uden specifikation
DM541	Radiculopathia
DM541A	Radiculitis lumbosacralis
DM541B	Radiculitis lumbalis
DM543	Ischias
DM544	Lumbago med ischias

---

---

DM545	Lændesmerter
DM545A	Lumbago uden specificifikation
DM548	Dolores dorsi aliae
DM549	Rygsmarter uden specificifikation
DM760	Tendinitis glutealis
DM761	Tendinitis iliopsoas

---

## Appendiks 2. Diagnose- og specialefordeling for ambulante besøg og indlæggelser

Tabel A.2.1. Hyppigste aktionsdiagnoser for ambulante besøg<sup>a</sup> for årene 1996-2003.

Diagnose	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
DM511 Prolapsus disci intervert thoracalis et lumb m radiculopati	18.906	26,6%	20.642	28,4%	22.457	29,6%	22.997	28,3%	13.069	18,9%	-	-	-	-	-	-
DM511D Prolapsus disci intervert lumbalis IV/V med radiculopati	-	-	-	-	-	-	-	-	2.347	3,4%	7.240	10,5%	8.994	10,7%	9.353	11,3%
DM511E Prolapsus disci intervert lumbalis V/SI med radiculopati	-	-	-	-	-	-	-	-	3.051	4,4%	8.128	11,8%	10.273	12,2%	9.291	11,2%
DM511F Prolapsus disci intervert lumbalis u spec med radiculopati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.635	1,9%	-	-
DM545 Lændesmerter	13.350	18,8%	13.751	18,9%	14.722	19,4%	16.095	19,8%	14.178	20,5%	14.219	20,7%	16.383	19,5%	14.672	17,7%
DM513 Deg disci intervert thoracalis og lumb, anden spec form	6.183	8,7%	5.459	7,5%	5.642	7,4%	6.003	7,4%	5.209	7,5%	5.007	7,3%	6.025	7,2%	6.630	8,0%
DM544 Lumbago med ischias	4.688	6,6%	4.553	6,3%	4.809	6,3%	6.266	7,7%	5.611	8,1%	6.293	9,1%	7.388	8,8%	7.131	8,6%
DM480 Stenosis spinalis	3.818	5,4%	4.693	6,5%	5.344	7,0%	6.330	7,8%	6.203	9,0%	6.831	9,9%	8.986	10,7%	9.876	11,9%
DM548 Dolores dorsi aliae	3.127	4,4%	3.303	4,6%	3.222	4,2%	3.422	4,2%	2.190	3,2%	2.152	3,1%	2.520	3,0%	2.191	2,6%
DM431 Spondylolisthesis	3.045	4,3%	3.050	4,2%	2.995	3,9%	2.984	3,7%	2.828	4,1%	2.475	3,6%	2.869	3,4%	2.745	3,3%
DM549 Rygsmerter uden specifikation	2.646	3,7%	2.755	3,8%	2.851	3,8%	3.169	3,9%	2.489	3,6%	2.670	3,9%	3.785	4,5%	4.045	4,9%
DM478 Spondyloser, andre	2.340	3,3%	2.130	2,9%	1.862	2,5%	1.554	1,9%	-	-	-	-	-	-	-	-
DM479 Spondylose uden specifikation	1.549	2,2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DM519 Sygdom i bryst/lændehvirvelsøjlels bruskskiver uden spe.	-	-	1.295	1,8%	1.324	1,7%	1.843	2,3%	-	-	1.301	1,9%	-	-	-	-
DM539 Ryglidelse uden specifikation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.160	2,6%

<sup>a</sup> Ambulante besøg inkluderer også skadestuebesøg og deldøgnsindlæggelser.

Tabel A.2.2. Hyppigste aktionsdiagnoser for indlæggelser for årene 1996-2003.

Diagnose	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
DM511 Prolapsus disci intervert thoracalis et lumb m radiculopati	5.047	30,5%	4.458	29,2%	4.173	27,8%	3.912	27,5%	3.006	21,7%	-	-	-	-	-	-
DM511A Prolapsus disci intervert lumbalis I/II med radiculopati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	113	0,8%	129	1,0%
DM511C Prolapsus disci intervert lumbalis III/IV med radiculopati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	294	2,2%	284	2,1%	313	2,4%
DM511D Prolapsus disci intervert lumbalis IV/V med radiculopati	581	3,5%	486	3,2%	506	3,4%	471	3,3%	729	5,3%	1.840	13,8%	1.890	14,2%	1.903	14,5%
DM511E Prolapsus disci intervert lumbalis V/SI med radiculopati	528	3,2%	497	3,3%	514	3,4%	441	3,1%	730	5,3%	1.834	13,8%	1.748	13,1%	1.670	12,7%
DM511F Prolapsus disci intervert lumbalis u spec med radiculopati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	162	1,2%	213	1,6%	168	1,3%
DM545 Lændesmerter	2.516	15,2%	2.321	15,2%	2.596	17,3%	2.353	16,5%	2.477	17,9%	2.188	16,4%	1.965	14,8%	1.790	13,6%
DM480 Stenosis spinalis	1.519	9,2%	1.610	10,5%	1.709	11,4%	1.767	12,4%	1.874	13,5%	2.113	15,9%	2.337	17,6%	2.393	18,2%
DM544 Lumbago med ischias	944	5,7%	929	6,1%	862	5,7%	894	6,3%	824	6,0%	823	6,2%	790	5,9%	695	5,3%
DM513 Deg disci intervert thoracalis og lumb, anden spec form	874	5,3%	815	5,3%	665	4,4%	631	4,4%	659	4,8%	600	4,5%	690	5,2%	690	5,3%
DM431 Spondylolisthesis	562	3,4%	453	3,0%	468	3,1%	521	3,7%	448	3,2%	398	3,0%	384	2,9%	397	3,0%
DM519 Sygdom i bryst/lændehvirvelsøjlels bruskskiver uden spec.	474	2,9%	413	2,7%	423	2,8%	409	2,9%	353	2,5%	326	2,4%	279	2,1%	251	1,9%
DM472 Spondyloser med radikulopati, andre	466	2,8%	417	2,7%	319	2,1%	257	1,8%	262	1,9%	223	1,7%	251	1,9%	327	2,5%
DM472A Spondylosis med radikulopati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	79	0,6%	-	-	-	-
DM548 Dolores dorsi aliae	423	2,6%	438	2,9%	418	2,8%	391	2,7%	332	2,4%	302	2,3%	291	2,2%	291	2,2%
DM478 Spondyloser, andre	394	2,4%	346	2,3%	273	1,8%	256	1,8%	205	1,5%	166	1,2%	162	1,2%	135	1,0%

Tabel A.2.3. Fordeling af ambulante besøg på afdelingsspeciale for årene 1996-2003.

	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	Antal besøg	%	Antal besøg	%	Antal besøg	%	Antal besøg	%	Antal besøg	%	Antal besøg	%	Antal besøg	%	Antal besøg	%
Reumatologi	38.101	53,7%	37.923	52,3%	41.092	54,2%	41.991	51,6%	28.275	40,9%	27.181	39,5%	32.671	38,9%	26.611	32,0%
Ortopædkirurgi	15.011	21,1%	15.426	21,3%	15.173	20,0%	15.604	19,2%	15.914	23,0%	14.358	20,9%	16.295	19,4%	16.546	19,9%
Neurokirurgi	5.523	7,8%	6.156	8,5%	5.768	7,6%	5.677	7,0%	5.857	8,5%	7.917	11,5%	10.650	12,7%	8.766	10,6%
Intern medicin	3.424	4,8%	3.254	4,5%	4.261	5,6%	4.398	5,4%	5.150	7,5%	5.521	8,0%	9.005	10,7%	6.311	7,6%
Kirurgi	1.978	2,8%	2.100	2,9%	1.677	2,2%	1.832	2,3%	1.720	2,5%	1.604	2,3%	1.289	1,5%	1.301	1,6%
Geriatrici	1.894	2,7%	2.418	3,3%	2.039	2,7%	2.111	2,6%	1.727	2,5%	845	1,2%	680	0,8%	744	0,9%
Anæstesiologi	1.397	2,0%	1.337	1,8%	1.195	1,6%	1.737	2,1%	1.147	1,7%	1.131	1,6%	963	1,1%	970	1,2%
Neurologi	1.243	1,8%	976	1,3%	976	1,3%	1.154	1,4%	922	1,3%	923	1,3%	1.089	1,3%	763	0,9%
Arbejdsmedicin	1.110	1,6%	1203	1,7%	1.504	2,0%	1.460	1,8%	1.697	2,5%	1.442	2,1%	1.516	1,8%	1.527	1,8%
Medicin/kirurgi	470	0,7%	631	0,9%	575	0,8%	3.868	4,8%	5.111	7,4%	5.594	8,1%	8.158	9,7%	8.369	10,1%
Andre specialer	857	1,2%	1.155	1,6%	1.593	2,1%	1.542	1,9%	1.535	2,2%	2.267	3,3%	1.693	2,0%	11.171	13,4%
Total	71.008	100%	72.579	100,0%	75.853	100,0%	81.374	100,0%	69.055	100,0%	68.783	100,0%	84.009	100,0%	83.079	100,0%

Tabel A.2.4. Fordeling af indlæggelser på afdelingsspeciale for årene 1996-2003.

	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	Antal indl.	%	Antal indl.	%	Antal indl.	%	Antal indl.	%	Antal indl.	%	Antal indl.	%	Antal indl.	%	Antal indl.	%
Reumatologi	5.594	33,9%	5.018	32,8%	5.035	33,5%	4.726	33,2%	3.967	28,7%	3.472	26,1%	3.351	25,2%	3.467	26,4%
Neurokirurgi	3.483	21,1%	3.515	23,0%	3.261	21,7%	3.009	21,1%	3.086	22,3%	3.218	24,2%	3.074	23,1%	3.196	24,4%
Intern medicin	2.830	17,1%	2.641	17,3%	2.701	18,0%	2.558	18,0%	2.812	20,3%	2.919	21,9%	2.967	22,3%	2.749	21,0%
Ortopædkirurgi	2.587	15,7%	2.246	14,7%	2.293	15,3%	2.452	17,2%	2.575	18,6%	2.243	16,8%	2.791	21,0%	2.459	18,7%
Neurologi	554	3,4%	553	3,6%	532	3,5%	452	3,2%	282	2,0%	279	2,1%	273	2,1%	267	2,0%
Andre specialer	1.475	8,9%	1.319	8,6%	1.190	7,9%	1.036	7,3%	1.124	8,1%	1.186	8,9%	856	6,4%	981	7,5%
Total	16.523	100%	15.292	100,0%	15.012	100,0%	14.233	100,0%	13.846	100,0%	13.317	100,0%	13.312	100,0%	13.119	100,0%

### Appendiks 3. Udvikling i udvalgte operationer

Tabel A.3.1. Antal operationer for diskusprolaps og spinalstenose samt antal operationer pr. 1.000 indbyggere fordelt på amter for årene 1996-2003.

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>H:S</b>	Opr. for diskusprolaps	178	214	202	175	216	204	194	193
	Opr. for spinalstenose	134	157	148	145	193	188	207	227
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,31	0,37	0,35	0,30	0,37	0,35	0,33	0,33
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,24	0,27	0,26	0,25	0,33	0,32	0,35	0,38
<b>Kbh. Amt</b>	Opr. for diskusprolaps	332	336	247	257	247	252	291	310
	Opr. for spinalstenose	138	176	150	135	191	171	246	265
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,55	0,55	0,40	0,42	0,40	0,41	0,47	0,50
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,23	0,29	0,25	0,22	0,31	0,28	0,40	0,43
<b>Fred.borg. Amt</b>	Opr. for diskusprolaps	18	25	20	69	104	130	142	148
	Opr. for spinalstenose	38	34	48	51	57	60	68	80
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,05	0,07	0,06	0,19	0,28	0,35	0,38	0,40
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,11	0,09	0,13	0,14	0,16	0,16	0,18	0,21
<b>Roskilde Amt</b>	Opr. for diskusprolaps	88	95	77	82	99	82	69	96
	Opr. for spinalstenose	22	33	22	19	18	20	22	22
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,39	0,42	0,34	0,36	0,43	0,35	0,29	0,41
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,10	0,15	0,10	0,08	0,08	0,09	0,09	0,09
<b>Vestsj. Amt</b>	Opr. for diskusprolaps	122	129	108	86	95	117	95	130
	Opr. for spinalstenose	60	59	73	65	79	80	87	68
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,42	0,44	0,37	0,29	0,32	0,39	0,32	0,43
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,21	0,20	0,25	0,22	0,27	0,27	0,29	0,23
<b>Storstrøms Amt</b>	Opr. for diskusprolaps	76	96	83	97	115	116	118	112
	Opr. for spinalstenose	40	53	41	50	54	58	62	89
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,30	0,37	0,32	0,37	0,44	0,45	0,45	0,43
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,16	0,21	0,16	0,19	0,21	0,22	0,24	0,34
<b>Bornholms Reg.</b>	Opr. for diskusprolaps	16	7	10	8	23	6	22	28
	Opr. for spinalstenose	14	10	16	15	14	9	11	15
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,35	0,16	0,22	0,18	0,52	0,14	0,50	0,64
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,31	0,22	0,36	0,34	0,32	0,20	0,25	0,34

Operation for (lumbal) diskusprolaps er afgrænset ved følgende operationskoder: KABC07, KABC16 & KABC26. Operation for spinalstenose er afgrænset ved følgende operationskoder: KABC36, KABC56 & KABC66.

Tabel A.3.1. Antal operationer for diskusprolaps og spinalstenose samt antal operationer pr. 1.000 indbyggere fordelt på amter for årene 1996-2003.

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Fyns Amt</b>	Opr. for diskusprolaps	210	200	187	196	217	150	167	181
	Opr. for spinalstenose	95	107	109	127	105	125	160	212
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,45	0,42	0,40	0,42	0,46	0,32	0,35	0,38
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,20	0,23	0,23	0,27	0,22	0,26	0,34	0,45
<b>Sønderjyl. Amt</b>	Opr. for diskusprolaps	121	147	145	171	128	145	147	104
	Opr. for spinalstenose	66	77	84	106	58	87	88	86
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,48	0,58	0,57	0,67	0,50	0,57	0,58	0,41
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,26	0,30	0,33	0,42	0,23	0,34	0,35	0,34
<b>Ribe Amt</b>	Opr. for diskusprolaps	189	173	177	169	166	159	184	205
	Opr. for spinalstenose	33	28	28	21	38	30	48	41
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,85	0,77	0,79	0,75	0,74	0,71	0,82	0,91
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,15	0,13	0,12	0,09	0,17	0,13	0,21	0,18
<b>Vejle Amt</b>	Opr. for diskusprolaps	135	81	95	83	116	96	111	112
	Opr. for spinalstenose	59	42	46	54	25	82	115	116
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,40	0,24	0,28	0,24	0,33	0,27	0,32	0,32
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,17	0,12	0,13	0,16	0,07	0,23	0,33	0,33
<b>Ringkjøb. Amt</b>	Opr. for diskusprolaps	142	135	109	130	156	149	167	173
	Opr. for spinalstenose	35	39	47	61	44	76	66	67
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,52	0,50	0,40	0,48	0,57	0,54	0,61	0,63
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,13	0,14	0,17	0,22	0,16	0,28	0,24	0,24
<b>Århus Amt</b>	Opr. for diskusprolaps	303	280	299	280	264	280	326	291
	Opr. for spinalstenose	159	140	134	159	137	144	168	152
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,48	0,44	0,47	0,44	0,41	0,44	0,50	0,45
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,25	0,22	0,21	0,25	0,21	0,22	0,26	0,23
<b>Viborg Amt</b>	Opr. for diskusprolaps	93	103	111	88	109	104	124	109
	Opr. for spinalstenose	35	36	33	32	24	18	29	28
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,40	0,44	0,47	0,38	0,47	0,44	0,53	0,46
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,15	0,15	0,14	0,14	0,10	0,08	0,12	0,12
<b>Nordjyl. Amt</b>	Opr. for diskusprolaps	23	8	16	24	10	9	13	17
	Opr. for spinalstenose	348	331	232	194	215	181	177	241
	Antal opr. for diskusprolaps pr. 1.000 indbyg.	0,05	0,02	0,03	0,05	0,02	0,02	0,03	0,03
	Antal opr. for spinalstenose pr. 1.000 indbyg.	0,71	0,67	0,47	0,39	0,43	0,37	0,36	0,49