



EVALUERING AF UDVIKLINGEN PÅ  
RYGOMRÅDET I DANMARK  
1999-2004

2006

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

Evaluering af udviklingen på rygområdet i Danmark  
1999-2004

## Evaluering af udviklingen på rygområdet i Danmark 1999-2004

Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering  
URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: ryg, evaluering

Sprog: Dansk

Format: pdf

Version: 1,0

Versionsdato: 9. februar 2006

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, februar 2006

Design: Sundhedsstyrelsen

Layout: P.J.Schmidt Grafisk produktion

Foto (forside): Erik Bredahl

Elektronisk ISBN: 87-7676-238-6

Denne rapport citeres således:  
Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering.  
Evaluering af udviklingen på rygområdet i Danmark 1999-2004  
København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Sundhedsstyrelsen  
Center for Evaluering og MTV  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
Tlf. 72 22 74 00  
E-mail: [cemtv/sst.dk](mailto:cemtv/sst.dk)  
Hjemmeside: [www.cemtv.dk](http://www.cemtv.dk)

## Forord

Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering udgav 1999 MTV-rapporten »Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv«. Rapporten indeholdt en række klinisk-faglige og organisatoriske anbefalinger til, hvordan undersøgelsen og behandlingen af personer med ondt i ryggen fremover kunne forbedres. Ryggen afgrænses i MTV-rapporten til ryggens nedre del, lænderyggen.

Der er nu gået seks år siden MTV-rapporten udkom. For at undersøge om rapportens anbefalinger efterfølgende er blevet fulgt i praksis og i så fald, hvad dette har betydet for udviklingen på rygområdet, har Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV), Sundhedsstyrelsen igangsat denne evaluering af udviklingen på rygområdet i Danmark 1999-2004.

Evalueringen, som er blevet gennemført af et konsortium bestående af Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning (CAST) ved Syddansk Universitet og MUUSMANN Research & Consulting A/S, bygger på et omfattende undersøgelsesdesign bestående af en række kvalitative og kvantitative undersøgelsesmetoder.

Evalueringen består overordnet af seks bilagsrapporter, som kan læses hver for sig samt denne sammenfatningsrapport, der samler trådene fra de seks bilagsrapporter og præsenterer de væsentligste resultater herfra. Sammenfatningsrapporten kan således læses selvstændigt. Men ønsker man at fordybe sig i resultaterne og komme bagom de præsenterede data anbefales det også at læse bilagsrapporterne.

Evalueringen viser blandt andet, at flere af de behandlingsmetoder, som ikke anbefales anvendt i MTV-rapporten i dag fortsat er i brug. Således angiver 20% af de lægefaglige behandlere, at de anvender muskelafslappende medicin i behandlingen af rygpatienterne, mens 40% af fysioterapeuterne stadigvæk giver ultralydsbehandling til denne gruppe af patienter. Blandt kiropraktorer og fysioterapeuter anvender knap 20% laserbehandling.

Evalueringen viser dog også, at øvelsesterapi/rygskole, smertestillende medicin og manuel behandling, der alle anbefales anvendt i MTV-rapporten, benyttes i høj grad af de respektive behandlergrupper. Eksempelvis anvender 100% af alle fysioterapeuter ofte eller jævnligt øvelsesterapi/rygskole.

At rygområdet er både et stort og omkostningstungt sygdomsområde dokumenteres også i evalueringen, som viser, at 35.611 personer i 2003 havde et ambulant sygehusbesøg som følge af en ryglidelse, ligesom 10.549 samme år blev indlagt for selv samme lidelse. Medtages sygedagpenge, var den årlige samlede samfundsmæssige omkostning i 2003 for landet som helhed på 6,2 mia. kr. som følge af lænderyglidelser.

CEMTV, Sundhedsstyrelsen ønsker afslutningsvist at takke alle de patienter, fysioterapeuter, kiropraktorer, sygehuslæger, praktiserende læger og speciallæger, som har deltaget i undersøgelsen ved enten at besvare de udsendte spørgeskemaer eller deltage i enkelt- eller fokusgruppeinterview.

*CEMTV, Sundhedsstyrelsen*

# Indholdsfortegnelse

Resumé	6
1 Indledning	8
2 Formål	9
2.1 Organisering	9
3 Metode	11
4 Status for rygområdet i amterne i dag	14
5 Undersøgelse af det klinisk-faglige perspektiv	15
6 Undersøgelse af det økonomiske perspektiv	17
7 Undersøgelse af patientperspektiver	19
8 Undersøgelse af behandlernes perspektiv (klinisk-faglig og organisatorisk)	21
9 Vurdering af MTV-rapportens betydning for udviklingen	24
10 MTV-rapportens anbefalede indsatsområder	25
10.1 Behandlingsmetoder	25
10.2 Ventetider	26
10.3 Øget tværfagligt samarbejde	26
10.4 Patientinformation	27
10.5 Indlæggelse/ambulant behandling/tværfaglige team	28
10.6 Kvalitetskontrol (databaser) og referenceprogrammer	29
10.7 Den overordnede tilrettelæggelse af indsatsen/overenskomster med de praktiserende faggrupper	29
11 Konklusion	30
11.1 Perspektivering	31
Referencer	32

# Resumé

Formålet med evalueringen har været at undersøge udviklingen inden for rygområdet – med fokus på lænde- og korsryggen – fra 1999 og frem til i dag, samt at belyse, hvorvidt anbefalingerne fra MTV-rapporten »Ondt i ryggen« (1999) efterfølgende er fulgt i praksis. En række spørgsmål vedrørende klinisk-faglige, økonomiske, patientmæssige, organisatoriske aspekter er belyst i evalueringen, idet udviklingen i perioden fra 2000-2003 generelt er sammenlignet med en periode før (1996-1999). Nærværende resumé opsummerer med baggrund i undersøgelsesspørgsmålene evalueringens væsentligste resultater og konklusioner.

## Klinisk-faglige konsekvenser

*Hvordan har kvaliteten i undersøgelsen og behandlingen af rygpatienter i Danmark udviklet sig siden 1999?*

- Rygområdet vurderes af amterne/H:S til i højere grad at være et prioriteret område i dag.
- Der er nu etableret tværfaglige rygcentre i 9 amter/kommuner – typisk i sekundærsektoren.
- 13 amter/H:S har i dag referenceprogrammer/retningslinjer for udredning og behandling.
- Mellem 50-75% af behandlerne vurderer at kvaliteten af undersøgelse og behandling er blevet bedre siden 1999 – mest positive er hospitalsafdelinger og fysioterapeuter.
- Mere end 90% af fysioterapeuter, kiropraktorer og hospitalsafdelinger vurderer at følge MTV-rapportens anbefalinger, mens det kun var knap 70% af de praktiserende læger.
- Synes at være sket et skifte fra indlæggelse af rygpatienter over imod ambulante aktiviteter og udredning af patienterne i primærsektoren, jf. MTV-rapportens anbefaling.
- Indlæggelserne er faldet fra 16.523 indlæggelse i 1996 til 13.119 indlæggelser i 2003 og indlæggelsestiden er faldet fra 10,4 dage i 1996 til 7,1 dage i 2003.
- Antallet af ambulante besøg er steget fra 71.008 besøg i 1996 til 83.079 besøg i 2003.
- Nærmest alle patienter har først opsøgt deres praktiserende læge eller en speciallæge.
- Som anbefalet behandlingsmetode, jf. MTV-rapporten, benyttes *øvelsesterapi* i høj grad af alle behandlere. Desuden bruges *smertestillende medicin* af en stor andel af de lægefaglige behandlere, og stort set alle fysioterapeuter og kiropraktorer bruger *manuel behandling*.
- Der ses en relativ høj anvendelse af *massage og varme- og kuldebehandlinger* hos fysioterapeuter og kiropraktorer til trods for, at det kun anbefales anvendt i visse tilfælde.
- Til trods for at det ikke anbefales, bruger 20% af de lægefaglige behandlere forsat *muskelaflappende medicin*, 40% af fysioterapeuterne bruger *ultralydsbehandling* og 20% *kortbølgebehandling*, mens 20% af kiropraktorer og fysioterapeuter benytter *laserbehandling*.

## Økonomiske konsekvenser

*Hvordan har udgifterne til behandling og sygedagpenge udviklet sig siden 1999?*

- De samlede omkostninger i sundhedssektoren, som følge af lænderyglidelser udgør 6,8 mia. kr. – både før (1996-1999) og efter (2000-2003) MTV-rapportens udgivelse.
- Sygehusudgifterne er faldet fra 2,9 mia. kr. i 1996-1999 til 2,4 mia. kr. i 2000-2003.
- Udgifterne til smertestillende medicin er steget med 0,5 mia. kr. de to perioder imellem.
- Synes at være en tendens til stigende udgifter til sygedagpenge som følge af lænderyglidelser i perioden 2000-2003.
- Der ses en relativ stor variation i udgifterne på rygområdet mellem amterne – lavest i Frederiksborg Amt og højest i Vejle Amt.

## Konsekvenser for patienterne

*Hvad er patienternes oplevelser og holdninger til det behandlingsforløb, som de havde været igennem i forbindelse med deres lænderygbesvær?*

- De hyppigste kontakter er til praktiserende læge og sygehusambulatorium for sekundærsektorpatienter og til fysioterapeut og kiropraktorer for primærsektorpatienter.
- 70% af de adspurgte patienter i to amter oplevede, at der var en sammenhæng i deres patientforløb, mens 15% ikke oplevede dette.
- Mere end 70% af patienterne udtrykte tilfredshed med de forløb, de har været igennem.

- Patienterne oplevede generelt et velfungerende samarbejde mellem behandlere.
- Der synes dog at være særlige problemer med de kroniske rygpatienters forløb, hvor samarbejdet mellem kommune, patient og behandler opleves som besværligt eller manglende.
- Ventetiden til fx behandling og udredning oplevedes af nogle patienter som problematisk.
- Information og opfølgning om, hvad der skal ske med patienten i det videre forløb, har stor betydning for oplevelsen af et forløbs sammenhæng, og for hvordan ventetiden opleves.

### **Organisatoriske konsekvenser**

*Hvordan har samarbejdet og koordinationen såvel mellem primærsektorens behandlere indbyrdes som på tværs af primær- og sekundærsektoren udviklet sig siden 1999?*

- Der er stor forskel på omfanget af samarbejde mellem behandlergrupper og sektorer, men 20-50% af behandlere vurderer at samarbejdet er forbedret siden 1999.
- En stor gruppe behandlere (uden for hospitalsvæsenet) oplevede ikke nogen formalisering af samarbejdsrelationerne med andre behandlergrupper.
- Forbedring af det tværgående samarbejde blev vurderet lavest blandt praktiserende læger og speciallæger, og højest blandt kiropraktorer, fysioterapeuter og sygehusafdelinger.
- Kiropraktorerne er dog fortsat utilfredse med samarbejdet og oplever sig fortsat isoleret.
- Opleves adskillige hindringer for godt samarbejde og kommunikation mellem de forskellige behandlingsgrupper, blandt andet manglende kendskab og faglig accept af hinandens fagområder, forskelle i sygdomsopfattelse og sprogbrug.

*Er der som følge af udviklingen skabt mere sammenhængende og hensigtsmæssige patientforløb?*

- Jævnfør oven for oplever en stor del af patienterne sammenhængende patientforløb.
- Behandlerne oplever de akutte patientforløb som sammenhængende og hensigtsmæssige, men at dette i høj grad kneb i forløbene for de kroniske rygpatienter.
- Patientinformation, tillid, behandlingsplan, en tovholder og et godt samarbejde mellem behandlerne anses for at være væsentlige for et godt og sammenhængende patientforløb.

### **Perspektivering**

MTV-rapporten »Ondt i ryggen« er kendt af størstedelen af behandlerne, og alle amter vurderede, at rapporten har spillet en rolle for udviklingen på rygområdet. Men kendskab til anbefalingerne, overensstemmelse mellem behandlerens holdning til behandling, samt klinisk dokumenterede anbefalinger er alle facilitatorer for en øget anvendelse af MTV-anbefalingerne.

Fremadrettet bør der arbejdes videre med en række områder. Nogle af disse er:

- Forbedring af samarbejdet mellem de forskellige behandlergrupper, herunder etablering af flere tværfaglige team i primærsektoren til at yde kompetent udredning og information.
- Nedbrydning af barrierer for samarbejde.
- Bedre sikring af sammenhængende patientforløb.
- Procedurer for opfølgning og tilbagemelding behandlerne imellem.
- Skabe bedre forudsætninger for bedre diagnoseregistrering (databaser).
- Arbejde med fælles sprog og en fælles forståelse af sygdomsproblemerne.
- Fokus på adfærdsregulering i forhold til behandlingsvalg via overenskomster på primærsektorumrådet og afregningsmodeller i sekundærsektoren.

Sammen med de nationale myndigheder, de faglige selskaber, og de sundhedsprofessionelle har kommuner, amter og de fremtidige regioner en væsentlig rolle i denne fortsatte udvikling.



# 1 Indledning

Rygrelaterede sygdomme udgør et væsentligt problem og en væsentlig sygdomsbyrde for samfundet. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra Statens Institut for Folkesundhed foretaget tilbage i 2000 viste, at 26% af de 16.690 adspurgte havde haft smerter i ryg og/eller lænd inden for de seneste 14 dage, og at 12% havde en ryglidelse på tidspunktet for undersøgelsen (1). Rygsygdomme overgås i deres udbredelse blandt befolkningen kun af allergi, som belastede 14% af befolkningen på tidspunktet for undersøgelsen.

Selv om det kun er godt 5% (5) af patienterne med ryglidelser, der kommer i kontakt med sygehuse- ne i forbindelse med deres sygdom, udgør ryglidelser som nævnt en betydelig byrde for samfundet. Ifølge NASTRA-betænkningen fra 1995 udgjorde de samfundsmæssige udgifter til muskel- og ske- letsygdomme, herunder ryglidelser, knap 18% af de samlede samfundsmæssige udgifter til 13 store sygdomsområder, som bl.a. omfattede kræft, luftvejssygdomme, psykiske lidelser og hjerte-kar-syg- domme (2). Muskel- og skeletsygdomme var det næststørste udgiftsområde kun overgået af hele området af psykiske lidelser. En senere undersøgelse fra 1997 fandt, at de samlede samfundsmæssige omkostninger for ryg- og øvrige bevægeapparatlidelser udgjorde 20 milliarder kr. årligt, hvoraf omkostningerne for ryglidelser alene udgjorde 8,7 milliarder kr. (3). Ved ryglidelser er det især sygefravær og pensioner, som belaster samfundet.

MTV-rapporten »Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv« blev udgivet af Sundhedsstyrelsen i 1999 som en opfølgning på en tidligere rapport fra 1997 (4,5). Rapporten indeholdt med fokus på lænderyggen, dels en kortlægning af rygproblemets forekomst og håndtering set i et MTV-perspektiv, og dels en vurdering af evidensgrundlaget for forskellige anvendte behandlingsformer og forebyggelse på rygområdet. Rapporten blev udarbejdet af en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe med udgangspunkt i det videnskabelige evidensgrundlag og praksis i Danmark. I rapporten blev fremsat en række anbefalinger, bl.a. vedrørende behandlingsfor- mer, ventetid, tværfagligt samarbejde, patientinformation, organisation, uddannelse etc., hvad angår patienter med ondt i ryggen.

Ifølge den Nationale Strategi for Medicinsk Teknologivurdering (MTV) fra 1996 skal »MTV ind- bygges i den løbende drift og planlægning på alle niveauer i sundhedssektoren, både centralt og decentralt på institutionsniveau, samt på politisk, administrativt, fagligt og forskningsmæssigt ni- veau« (6). En måde at sikre dette på er ved at udarbejde nationale MTV-rapporter med fokus på centrale og overordnede sygdomsområder, hvilket fx er tilfældet med MTV-rapporten »Ondt i ryggen«. Udsendelsen af denne rapport tilbage i 1999 må forventes at have haft nogen betydning for rygområdet og de forskellige behandlergrupper her.

Baggrundsundersøgelser til den eksterne evaluering i 2003 af Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurderings (CEMTV) virke fra 1997-2002 viste, at alle amtslige sundhedsforvaltninger og mere end 2/3 af sygehusene kendte MTV-rapporten »Ondt i ryggen« og dens anbefalinger (7). Ti amter/H:S/Københavns Kommune havde iværksat aktiviteter på rygområdet, herunder tværfag- lige og tværsektorielle initiativer, med udgangspunkt i anbefalingerne fra MTV-rapporten. Tillige havde man i flere amter/H:S/Københavns Kommune etableret rygcentre eller -ambulatorier siden rapportens udgivelse i 1999, hvilket indikerer, at MTV-rapporten er rimeligt udbredt og har haft nogen betydning for rygområdet.

Der er nu gået seks år, siden MTV-rapporten blev udsendt, og mange ændringer og tiltag kan forventes at være sket i sundhedsvæsenet i forhold til håndteringen af rygpatienter. Derfor har CEMTV fundet det relevant at igangsætte en evaluering af udviklingen på rygområdet, siden MTV-rapporten blev udgivet, herunder af, hvilke anbefalinger der er blevet fulgt, og hvilke der ikke er, og MTV-rapportens betydning herfor. Igangsættelsen af evalueringen blev tillige støttet af anbefalin- gen fra den eksterne evaluering af CEMTV om, at der generelt bør gennemføres egevaluering af MTV-rapporternes effekt og gennemslagskraft i det danske sundhedsvæsen (7).



## 2 Formål

Det overordnede formål med evalueringen var at undersøge udviklingen inden for rygområdet fra 1999 og frem til i dag samt at belyse, hvorvidt de anbefalinger, der blev fremsat i MTV-rapporten »Ondt i ryggen«, efterfølgende er blevet fulgt i praksis. Rygområdet er her afgrænset til ryggens nedre del, dvs. lænderyggen og korsryggen. Mere specifikt har evalueringen haft fokus på en række spørgsmål vedrørende klinisk-faglige, patientmæssige, organisatoriske og økonomiske aspekter relateret til udviklingen på rygområdet siden 1999.

### *Klinisk-faglige aspekter*

- Hvordan har kvaliteten i undersøgelsen og behandlingen af rygpatienter i Danmark udviklet sig siden 1999?

### *Organisatoriske aspekter*

- Hvordan har samarbejdet og koordinationen såvel mellem primærsektorens behandlere indbyrdes som på tværs af primær- og sekundærsektoren udviklet sig siden 1999?
- Er der som følge af udviklingen opnået større ensartethed i undersøgelsen og behandlingen af rygpatienter?
- Er der som følge af udviklingen skabt mere sammenhængende og hensigtsmæssige patientforløb?

### *Patientmæssige aspekter*

- Hvad er patienternes oplevelser og holdninger til det behandlingsforløb, som de havde været igennem i forbindelse med deres lænderygbesvær?

### *Økonomiske aspekter*

- Hvordan har de direkte og indirekte omkostninger på rygområdet udviklet sig siden 1999?

Derudover har der for alle aspekter været fokus på, i hvilket omfang MTV-rapportens anbefalinger skønnes at have påvirket denne udvikling, såvel som på øvrige forhold, der har bidraget enten positivt eller negativt til denne udvikling, samt på de barrierer og fremmende faktorer, der eventuelt måtte være af betydning for implementeringen af MTV-rapportens anbefalinger.

### 2.1 Organisering

Evalueringen er gennemført fra maj 2004 til oktober 2005 i et samarbejde mellem MUUSMANN Research & Consulting og Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST), Syddansk Universitet. Projektledere har været partner, evaluerings- og analysechef, ph.d. Peter Bo Poulsen, MUUSMANN, og programleder, cand.oecon. Jens Olsen, CAST. Derudover har følgende medvirket: konsulent, cand.oecon. Jannie Wickstrøm, konsulent, cand.merc.ling. Maja Aaquist og chefkonsulent, cand.polit. Anne Kolbye (alle MUUSMANN), og programleder, cand.oecon. Rikke Juul Larsen, konsulent, sygeplejerske cand.scient.san. Anne Lee og læge, ph.d. Niels Wedderkopp (alle CAST).

MUUSMANN og CAST har i evalueringen haft sin egen rådgivende ekspertgruppe:

- Professor, overlæge, dr.med. Claus Manniche, Rygcenter Fyn, Sygehus Fyn.
- Forsker, fysioterapeut, ph.d., B.Sc. Hans Lund, Parker Institut, Frederiksberg Hospital.
- Professor, kiropraktor, ph.d. Charlotte Lebouef-Yde, Rygcenter Fyn, Sygehus Fyn.
- Overlæge, dr.med. Thomas Kiær, Ortopædkirurgisk Klinik, Rigshospitalet.
- Professor, dr.med.sci. Frede Olesen, Forskningsenheden for Almen Medicin, Aarhus Universitet.
- Professor, cand.oecon. Kjeld Møller Pedersen, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet.

Derudover er evalueringen løbende blevet diskuteret med Sundhedsstyrelsen ved akademisk medarbejder, cand.scient.pol., MPO Kristoffer Lande Andersen, CEMTV, og overlæge, dr.med. Berit Schiøttz-Christensen, Reumatologisk Afdeling, Århus Sygehus (tilknyttede faglige ekspert). Ansvar for evalueringsrapporten er dog i sidste ende alene evaluators.

### 3 Metode

For dels at kunne beskrive og kortlægge udviklingen på rygområdet fra 1999 til i dag og for dels at kunne vurdere, hvorvidt MTV-rapportens anbefalinger er fulgt i praksis, er det nødvendigt at sammenligne med en tilsvarende periode før 1999. Derfor er der i den del af nærværende evaluering, hvor der indgår registerdata, taget udgangspunkt i et quasiekperimentelt før-efter-design, hvor status og praksis i efter-perioden 2000-2003 sammenlignes med en tilsvarende før-periode fra 1996-1999, et design, der er advokeret for ved måling af impact af MTV (8). I andre dele af evalueringen, der er baseret på spørgeskema- og interviewundersøgelser, herunder kvalitative metoder, indgår før-efter-perspektivet uden brug af et quasiekperimentelt design, især ved vurderingsspørgsmål, hvor respondenterne fx sammenlignede situationen efter 1999 med situationen før 1999.

Idet evalueringen både indeholder aspekter af kortlægning og vurdering med henblik på at afdække klinisk-faglige, patientmæssige, organisatoriske og økonomiske perspektiver over tid for at belyse rygområdet bredest muligt, er både kvantitative og kvalitative metoder taget i anvendelse. Således udgøres evalueringen af seks forskellige delundersøgelser med hver sin metodetilgang. Disse delundersøgelser og deres dataindsamlingsmetoder er beskrevet i oversigtsform i nedenstående tabel 1. For nærmere detaljer om de enkelte delundersøgelser design henvises der til bilagsrapporterne for de respektive delundersøgelser.

**TABEL 1**  
**Evaluerings delundersøgelser**

Delundersøgelse	Metode	Formål
<p>Baggrund            Undersøgelse af status på rygområdet i amterne/H:S (Delundersøgelse 1)</p>	<p>Semistrukturerede interview med sundhedsforvaltningerne i alle amter, Københavns Kommune, Bornholms Regionskommune og Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S)</p>	<p>Med et forvaltningsperspektiv afdække den <i>klinisk-faglige</i> og <i>organisatoriske udvikling</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Drivkraften i udviklingen på rygområdet.</li> <li>• Initiativer på rygområdet i amtet siden 1999.</li> <li>• Samarbejde/koordination mellem behandlere og mellem sektorerne i amtet.</li> <li>• Grad af sammenhængende patientforløb.</li> <li>• MTV-anbefalings indflydelse på udvikling.</li> <li>• Amts involvering og tilførsel af ressourcer.</li> <li>• Barrierer og fremmede faktorer.</li> </ul>
<p>Undersøgelse af det klinisk-behandlingsmæssige perspektiv (Delundersøgelse 2)</p>	<p>Registeranalyse af kontaktmønsteret for 1996-2003. 206.259 patienter med en eller flere sygehuskontakter i 1996-2003 (indlæggelse/ambulant).</p> <p>Databaser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Landspatientregisteret</li> <li>• Sygesikringsregisteret</li> <li>• Lægemiddelstatistikregisteret</li> <li>• Sygedagpengeregisteret</li> </ul>	<p>Afdække den <i>klinisk-faglige</i> udvikling, herunder kvalitet i undersøgelse og behandling.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antal indlæggelser og genindlæggelser.</li> <li>• Indlæggelsestid.</li> <li>• Antal rygoperationer.</li> <li>• Antal ambulante besøg.</li> <li>• Antal skadestuebesøg.</li> <li>• Antal ydelser i primærsektoren (almen praksis, speciallæge, fysioterapeut, kiropraktor).</li> <li>• Forbrug af receptindløst medicin.</li> <li>• Antal sygedage og varighed.</li> </ul>
<p>Undersøgelse af økonomiske perspektiver (Delundersøgelse 3)</p>	<p>Komparativ cost-of-illness-analyse med samfundsmæssigt og kasseøkonomisk perspektiv.            Data fra registerundersøgelsen (Delundersøgelse 2).</p>	<p>Opgøre de samfundsmæssige omkostninger (primær- og sekundærsektoren samt sygedagpenge) som følge af lænderygsygdomme i to perioder, der sammenlignes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perioden 1996-1999.</li> <li>• Perioden 2000-2003.</li> </ul>
<p>Undersøgelse af patientmæssige perspektiver (Delundersøgelse 4)</p>	<p>600 patienter fra Vestsjællands og Vejle Amter i behandling i perioden 1/1-30/6 2004.</p> <p>A. Postomdelt spørgeskema</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 300 fra sekundær- og 300 fra primærsektoren</li> <li>• Stratificeret udvalgt (geografi og operationskoder)</li> <li>• Svarprocent: 49%</li> </ul> <p>Denne undersøgelse er <b>uden</b> kontrolgruppe fra perioden 1996-1999.</p> <p>B. Individuelle interview</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 patienter</li> <li>• Semistrukturerede interview</li> <li>• Datastyret analysemetode</li> </ul>	<p>Undersøge patienternes oplevelse af behandlingsindsatsen på rygområdet med henblik på at beskrive patientforløb med fokus på, om de har været oplevet som sammenhængende og ensartede.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingstilbud og opfølgning.</li> <li>• Henvisningsmønstre og forløb.</li> <li>• Oplevelser med behandlergrupper.</li> <li>• Kommunikation med behandlergrupper.</li> <li>• Tilfredshed med patientinformation.</li> <li>• Oplevelse af evt. uhensigtsmæssigheder.</li> <li>• Overordnet tilfredshed med samlede forløb.</li> </ul>
<p>Undersøgelse af behandlerens perspektiv (klinisk-fagligt og organisatorisk) (Delundersøgelse 5 (A) og delundersøgelse 6 (B))</p>	<p>A. Spørgeskemaundersøgelser til behandlergrupper på lænderygområdet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysioterapiklinikker            Postomdelt til 260 tilfældige klinikker.            Svarprocent: 64%.</li> <li>• Kiropraktorklinikker            Postomdelt til alle 216 klinikker.            Svarprocent: 83%.</li> <li>• Ledende overlæger, hospitaler            Postomdelt til 53 sygehusafdelinger.            Svarprocent: 79%.</li> <li>• Praktiserende læger            Internet- og postomdelt til hhv. 995 og 400 læger.            Svarprocent: hhv. 19% og 38%.</li> <li>• Privatpraktiserende speciallæger, der behandler lænderyggen.            Postomdelt til 179 speciallæger.            Svarprocent: 62%.</li> </ul> <p>B. Tværgående gruppeprocesser ved fokusgruppeinterview i udvalgte amter med behandlere og forvaltningsrepræsentant</p> <p>Fire amter udvalgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• H:S/Københavns Kommune</li> <li>• Vestsjællands Amt</li> <li>• Fyns Amt</li> <li>• Sønderjyllands Amt</li> </ul> <p>To fokusgrupper i hvert amt</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Behandlere i primærsektoren.</li> <li>2. Behandlere fra begge sektorer og forvaltningsrepræsentant.</li> </ol>	<p>A. Med et behandlerperspektiv afdække og vurdere den <i>klinisk-faglige</i> og <i>organisatoriske udvikling</i> siden 1999 og MTV-rapportens indvirkning herpå.</p> <p>Skal med et behandlerperspektiv afdække:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke behandlinger, der tilbydes i dag.</li> <li>• Behandlingernes anvendelsesgrad.</li> <li>• Samarbejde og koordination mellem behandlergrupperne indbyrdes og mellem primær- og sekundærsektoren.</li> <li>• Hvor sammenhængende og ensartede forløbene er, og om der opleves uhensigtsmæssigheder.</li> <li>• Kendskab til og anvendelse af MTV-rapport.</li> </ul> <p>B. De tværgående gruppeprocesser er forklarende og uddybende i forhold til de mere kvantitative delundersøgelser, især undersøgelse rettet mod behandlergrupperne. Overordnet søges der svar på:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ændringer i behandlingspraksis.</li> <li>• Samarbejde og koordination mellem behandlergrupperne indbyrdes og på tværs af sektorerne.</li> <li>• Mere sammenhængende og hensigtsmæssige patientforløb?</li> <li>• Information og kommunikation.</li> <li>• Barrierer og fremmede faktorer af betydning for implementeringen af MTV-rapportens anbefalinger?</li> <li>• Positive og negative forhold for udviklingen?</li> </ul>

En tidsmæssig evaluering af rygområdet, herunder betydningen af MTV-rapporten, har selvsagt nogle begrænsninger, også af metodemæssig karakter. Helt overordnet kan det være svært at isolere effekten og betydningen af MTV-rapporten, endsigse vurdere, hvor stor effekt rapporten har haft

for udviklingen, jf. at der kan være andre faktorer og udviklingstendenser, som ikke kan holdes uændrede, blandt andet det forhold, at der over tid er sket et generelt fald i liggetiden på sygehus for alle sygdomme. I forhold til udviklingen på rygområdet skal MTV-rapporten derfor ses som et bidrag og en faktor sammen med en række andre faktorer. Den primære måde, hvorpå omfanget af rapportens betydning har kunnet afdækkes, er derfor i forbindelse med vurderingsspørgsmålene i evalueringens spørgeskema- og interviewundersøgelser.

De enkelte delundersøgelser i evalueringen, jf. tabel 1, har også hver deres metodemæssige begrænsninger, som der skal tages højde for ved vurdering af anbefalingerne og evalueringens konklusioner. De væsentligste er beskrevet nedenfor. Generelt vurderes det dog som en styrke ved evalueringen, at den er sammensat af forskellige delundersøgelser, der gør brug af forskellige kvantitative og kvalitative metoder og således anskuer problemstillingen fra flere sider og på forskellig vis.

I delundersøgelse 1 – status på rygområdet – er det væsentligt at fremhæve, at beskrivelsen af udviklingen bygger på de enkelte amters oplysninger og vurderinger, hvilket har været formålet. Delundersøgelse 2, og til dels delundersøgelse 3, bygger på registerdata for en otteårig periode. Resultaterne af disse undersøgelser er naturligvis afhængige af, at registerdata er korrekte og ikke fejlbehæftede. Det er dog velkendt, at registre som Landspatientregisteret er behæftet med fejl, bl.a. på grund af fejlrapportering og manglende rapportering, især fra tidligere år. I det omfang sådanne fejl er til stede i de udtrukne data, påvirker det naturligvis resultaternes rigtighed. Overordnet set vurderes dette problem dog at være af mindre betydning.

På grund af manglende diagnosespecifikke data i registre over patienters primærsektorkontakter baserer datagrundlaget for delundersøgelserne 2 og 3, og til dels udtrækket af patienter til delundersøgelse 4, sig på patienter, der i forbindelse med deres rygproblem har haft mindst én sygehuskontakt, mens patienter som alene har primærsektorkontakter ikke er med. Da denne sidste gruppe af patienter dog forventes at udgøre omkring 95% af alle patienter med rygproblemer, er det en klar begrænsning for og kan give usikkerhed i resultaterne af registerundersøgelsen (delundersøgelse 2) og den økonomiske analyse (delundersøgelse 3). Dog er problemet måske af mindre omfang, idet de tunge kroniske rygpatienter og prolapspatienterne i overvejende grad må forventes at være blandt de 5% af rygpatienterne, som registerundersøgelsen dækker.

Svarprocenten i spørgeskemaundersøgelsen blandt de praktiserende læger (delundersøgelse 5) var meget lav, hvorfor besvarelserne og resultaterne her alene skal betragtes som indikationer og tendenser, som det ikke er muligt at generalisere ud fra. Generelt har spørgeskemaundersøgelserne samt interviewene med behandlere og patienter (delundersøgelser 1, 4, 5 og 6) alle indbygget en risiko for »recall bias« – dvs. forkerte svar som følge af manglende eller dårlig hukommelse, jf. at respondenterne blev spurgt om forhold, der kunne ligge lang tid tilbage. Dette problem kunne dog ikke have været håndteret anderledes med en tidsmæssig evaluering på nuværende tidspunkt. Endvidere er der i disse undersøgelser, der var baserede på selvrekuttering, en risiko for selektionsbias mod de respondenter, der var mest interesserede i problemstillingen. Mens problemet er uundgåeligt i spørgeskemaundersøgelserne, kunne det eventuelt have været håndteret i interviewene ved ikke udelukkende at udvælge deltagere hertil, som på forhånd havde givet deres tilsagn om at medvirke.

For nærmere detaljer om evalueringens metode henvises der til de enkelte delundersøgelseres bilagsrapporter.

## 4 Status for rygområdet i amterne i dag

Tolv ud af 16 amter, inklusive H:S, Københavns Kommune og Bornholms Regionskommune, vurderede, at rygområdet i dag er et helt eller delvist prioriteret område i amtet/H:S. Til sammenligning vurderede kun otte amter, at dette var tilfældet før 1999, jf. tabel 2. Især i tre amter (Vejle, Ribe og Sønderjyllands Amter) synes der at være sket en ændring fra før 1999 til i dag, hvor rygområdet er et prioriteret område. I Storstrøms Amt og Københavns Kommune er der ligeledes sket en ændring mod en større prioritering af rygområdet i dag. I tre amter (Nordjyllands, Fyns og Ringkjøbing Amter) vurderedes det, at rygområdet har været et prioriteret område både før og efter 1999.

**TABEL 2**

Er rygområdet et prioriteret indsatsområde i amtet? (amternes egen vurdering)

	Før 1999	I dag (efter 1999)
Nordjyllands Amt		
Fyns Amt		
Ringkjøbing Amt		
Storstrøms Amt		
Vejle Amt		
Ribe Amt		
Sønderjyllands Amt		
Viborg Amt		
Roskilde Amt		
Århus Amt		
Frederiksborg Amt		
Københavns Kommune		
Københavns Amt		
Vestsjællands Amt		
Hovedstadens Sygehusfællesskab		
Bornholms Regionskommune		

Forklaring:

- Ja, et prioriteret område.
- Ja, til dels et prioriteret område.
- Nej, ikke et prioriteret område.

Der er i dag etableret rygcentre i ni amter/kommuner (markeret med fed i tabel 2), og to amter (Storstrøms og Frederiksborg Amter) overvejer det. På nær Københavns Kommunes Rygcenter og Rygcenter Odsherred er alle rygcentre organisatorisk placerede i sygesektoren frem for i primærsektoren. I syv amter er der etableret et eller flere rygambulatorier i tilknytning til reumatologiske eller ortopædkirurgiske sygehusafdelinger. Tilbuddene i rygcentre og rygambulatorier består overordnet i tværfaglig udredning, behandling og i visse tilfælde rehabilitering. Rygcenter Fyn, Sygehus Fyn, Ringe i Fyns Amt er i forhold til bemandingen det højest normerede af rygcentre.

Amterne har i forskellig grad iværksat en række øvrige tiltag på rygområdet med henblik på optimering af patientbehandlingen og dens kvalitet, fx rygskolere, referenceprogrammer etc., som for nogle amters vedkommende allerede var igangsat før MTV-rapportens udgivelse i 1999, mens de i andre amter først er kommet til efter.

For nærmere detaljer henvises der til bilagsrapporten for delundersøgelse 1.



## 5 Undersøgelse af det klinisk-faglige perspektiv

I undersøgelsen af det klinisk-faglige perspektiv, specifikt med fokus på kontaktmønsteret for perioden 1996-2003, er der gennemført analyser baseret på personer, som i disse år havde haft en eller flere kontakter til sygehussektoren, idet diagnosespecifikke data ikke forefindes for patienter, der alene har været i kontakt med primærsektoren. På baggrund af registeroplysninger er der for disse personer også analyseret i forhold til antal ydelser i primærsektoren, forbrug af receptindløst medicin og sygedagpenge.

Resultaterne af undersøgelsen viser, at i årene 1996-2003 blev 206.259 personer i Danmark udredt/behandlet for en lænderyglidelse i sygehusregi. Kønsfordelingen var nogenlunde lige, og gennemsnitsalderen for mændene var 46 år, mens den var 50 år for kvinderne. Ifølge MTV-rapporten havde 35% af den danske befolkning inden for det seneste år oplevet lænderygbesvær, hvilket svarer til ca. 1.860.000 personer. Heraf søgte 37%, dvs. 670.000, behandling. Data viser, at gennemsnitligt 37.175 rygpatienter pr. år blev behandlet i sygehussektoren i perioden 1996-2003. Dette udgør 5,4% af samtlige de lænderygpatienter (670.000 personer), som havde opsøgt behandling for lænderygbesvær i det seneste år, jf. MTV-rapporten. De 5,4% svarer i øvrigt meget godt til den generelle forventning om, at det er omkring 5% af lænderygpatienterne, der er hospitaalkrævende (5).

Blandt de 206.259 personer, der i perioden 1996-2003 blev behandlet for en ryglidelse, er der for 19.672 personer (9,5%) udelukkende registreret indlæggelser, mens der ingen ambulante kontakter har været. Tilsvarende er der for 132.138 personer (64%) kun registreret ambulante kontakter og ingen indlæggelser.

**TABEL 3**

Antal indlæggelser og ambulante besøg for lænderygpatienter i perioden 1996-2003

År	Antal ambulante besøg pr. år <sup>a</sup>	Antal indlæggelser pr. år	Antal patienter pr. år	Antal ambulante patienter pr. år	Antal indlagte patienter pr. år	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	83.079	13.119	38.969	35.611	10.549	2,13	1,24

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

Når der analyseres i forhold til de enkelte år, ses der en tendens i retning af færre indlæggelser, idet der noteres et fald hvert år, ligesom der er en tendens hen imod en øget ambulante aktivitet, dog med undtagelse af årene 2000 og 2001, jf. tabel 3. Der har samtidig været en vis stigning i det samlede antal patienter. Endvidere gælder det, at der er en tendens i retning af flere ambulante kontakter og færre indlæggelser pr. patient, hvilket dog ikke kun er en udvikling for lænderygpatienter, men en generel trend i sundhedssektoren. Opdeles antallet af ambulante besøg og indlæggelser på de enkelte amter, viser der sig også generelt en stigende ambulante aktivitet og færre indlæggelser, idet den overordnede tendens dog er mere udtalt i nogle amter, især Fyns Amt, end i andre.

Ses der ligeledes på antallet af lænderygpatienter pr. 1.000 indbyggere opdelt på de enkelte amter, er der især for de første år en relativt stor variation i antallet af patienter, og generelt gælder det, at der er en vis forskel amterne imellem. Som udgangspunkt kan disse forskelle skyldes to forhold: amtslige/regionale forskelle i sygeligheden og/eller amtslige/regionale forskelle i mønsteret for henvisning til sygehussektoren, hvor udrednings- og behandlingstilbuddet kan være forskelligt.

Blandt de patienter, der havde været indlagt, er der for hele perioden (1996-2003) en tendens i

retning af kortere indlæggelsestid. Således faldt den gennemsnitlige liggetid for en lænderygpatient fra 10 dage i 1996 til 7 dage i 2003 (mediant fra 7 til 5 dage), igen en trend, der gør sig gældende for alle sygdomme, men faldet i liggetiden for rygpatienter var i perioden større end faldet i liggetiden for alle patienter (29% mod 16%).

Antallet af diskusprolapsoperationer har ligget nogenlunde konstant på lidt over 2.000 operationer pr. år, mens antallet af operationer for spinal stenose er øget fra knap 1.300 operationer i 1996 til mere end 1.700 operationer i 2003. Bag disse tal ses dog visse interamtslige forskelle.

Det gennemsnitlige antal kontakter i primærsektoren for lænderygpatienter med sygehuskontakt lå væsentligt over det gennemsnitlige antal kontakter for befolkningen som helhed. Til eksempel var lænderygpatienternes forbrug af ydelser hos praktiserende læger omkring 2½ gange højere end befolkningens generelt. Næsten alle patienter havde først opsøgt deres praktiserende læge eller en speciallæge. 85% af patienterne med første kontakt i primærsektoren havde været i kontakt både med en praktiserende læge og en speciallæge. Supplerende analyser viste, at den fordeling gælder både for perioden 1996-1999 og for perioden 2000-2003.

Analyser af receptindløst medicin viste, at medicinforbruget for en rygpatient var noget højere end for en gennemsnitsdanske, typisk som følge af komorbiditet. Såvel for rygpatienter som for den generelle befolkning er forbruget steget gennem de seneste år, men for rygpatienterne har den procentvise stigning været højere (36% vs. 21% målt i forhold til DDD). Dette forklares blandt andet ved, at færre lænderygpatienter blev indlagt, og at disse i stedet blev behandlet i primærsektoren og fik medicin her.

For flere detaljer henvises der til bilagsrapporten for delundersøgelse 2.

## 6 Undersøgelse af det økonomiske perspektiv

Med henblik på at opgøre de samfundsmæssige omkostninger (primær- og sekundærsektoromkostninger og sygedagpenge – cost-of-illness) som følge af lænderyglidelser er der taget udgangspunkt i samme registerdata og før-efter-design for perioden 1996-2003 som ved undersøgelsen af det klinisk-faglige perspektiv. På grund af manglende data for primærsektorpatienter, der ikke kommer på sygehus, er det antaget, at data for gruppen af patienter, der kun har ét ambulansbesøg, kan overføres hertil.

Resultaterne viser, at de samlede omkostninger i sundhedssektoren som følge af lænderyglidelser var i størrelsesordenen 6,8 mia. kr. både i perioden før MTV-rapportens udgivelse (1996-1999) og i perioden efter (2000-2003), jf. tabel 4, eller gennemsnitligt ca. 10.000 kr. pr. behandlet patient. Over de to perioder ses der dog forskydninger imellem de to sektorer, idet omkostningerne i sygehussektoren er faldet med knap 0,5 mia. kr. i perioden 2000-2003 på grund af færre og kortere indlæggelser, mens omkostningerne til smertestillende medicin omvendt er steget med mere end 0,5 mia. kr. i samme periode.

**TABEL 4**  
Totale samfundsmæssige omkostninger ved lænderyglidelser (kr.)

	1996-1999	2000-2003
<b>Sygehussektoren</b>		
»Sygehuspatienter«	2.856.081.005	2.384.800.557
<b>Primærsektoren</b>		
»Sygehuspatienter«	849.614.202	824.745.468
»Primærsektorpatienter«	1.570.915.704	1.486.926.403
<b>Medicin<sup>a</sup></b>		
»Sygehuspatienter«	569.181.994	857.702.135
»Primærsektorpatienter«	972.585.736	1.227.516.940
Totale sundhedssektoromkostninger	6.818.378.642	6.781.691.503
<b>Sygedagpenge<sup>b</sup></b>		
»Sygehuspatienter«	5.777.864.216	6.119.973.119
»Primærsektorpatienter«	8.944.569.718	10.498.998.729
Totale udgifter til sygedagpenge	14.722.433.934	16.618.971.848
Totale samfundsmæssige omkostninger	21.540.812.576	23.400.663.351

<sup>a</sup>Opgørelsen indeholder kun smertestillende medicin.

<sup>b</sup>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.

Medtages sygedagpenge anvendt som proxy for produktionstab i samfundet (samme metode som anvendt i MTV-rapporten (5)), kostede lænderyglidelser det danske samfund 23,4 mia. kr. i perioden 2000-2003 mod 21,5 mia. kr. i perioden 1996-1999, eller omkring 32.000 kr. mod 35.000 kr. i gennemsnit pr. patient. Forskellen kan forklares ved en stigning i sygedagpengeudbetalingerne, som til dels skyldes, at offentligt ansatte ikke indgik i Sygedagpengeregisteret før år 2000. Men selv for perioden fra 2000 til 2003 – hvor såvel offentligt som privatansatte indgår i Sygedagpengeregisteret – er der en klar tendens til stigende udgifter til sygedagpenge som følge af lænderyglidelser.

De årlige sundhedssektoromkostninger lå hvert år i perioden 1996-2003 på omkring 1,7 mia. kr. til udredning og behandling af lænderygbesvær blandt omkring 670.000 personer, som antages at have søgt behandling i Danmark. Medtages sygedagpenge, var den årlige samlede samfundsmæssige omkostning i 2003 for landet som helhed på 6,2 mia. kr. som følge af lænderyglidelser.

Nærværende undersøgelsesresultat udgør kun 2/3 af de tilsvarende omkostninger i MTV-rapporten, der blev vurderet til at udgøre 10 mia. kr. (heraf direkte omkostninger på 3 mia. kr.) (5). Det skal

dog understreges, at der i MTV-rapporten ikke gennemførtes en økonomisk analyse, men alene en fremskrivning af omkostningerne fra NASTRA-undersøgelsen (2).

Omkostningerne pr. 1.000 indbyggere i de enkelte amter viser en relativt stor variation. For eksempel var i 2003 de totale omkostninger i Frederiksborg Amt 381.205 kr. pr. 1.000 indbyggere, mens det tilsvarende tal var 554.631 kr. i Vejle Amt. Bag disse tal ligger der naturligvis både en forskel i omkostninger pr. patient og en forskel i sygelighed i de to amter.

Nærværende cost-of-illness-analyse har således vist, at der er tale om et sygdomsområde såvel af væsentlig samfundsøkonomisk betydning som af betydning for de enkelte kasser, hvor den væsentligste årsag til stigningen i udgifterne til rygbehandling ligger i medicinudgifterne.

For flere detaljer om de økonomiske konsekvenser på rygområdet henvises der til bilagsrapporten for delundersøgelse 3.

## 7 Undersøgelse af patientperspektiver

I alt 208 personer fra Vejle og Vestsjællands Amter deltog i spørgeskemaundersøgelsen blandt lænderygpatienter. Deres gennemsnitsalder var hhv. 47 og 55 år. 57% af deltagerne var kvinder, og 43% var mænd. Langt størstedelen af patienterne havde haft lænderygsbesvær i længere tid end tre måneder, og de fleste havde haft flere tidligere forløb med lænderygsbesvær. Den hyppigste kontakt for sekundærsektorpatienterne var i Vestsjællands Amt den praktiserende læge (85%), hvorimod den i Vejle Amt var sygehusambulatoriet (82%). Den næsthyppigste kontakt for disse patienter i Vestsjællands Amt var sygehusambulatoriet (64%), og i Vejle Amt den praktiserende læge (80%). Den tredjehyppigste kontakt var i Vestsjællands Amt en røntgenafdeling, og i Vejle Amt en fysioterapeut (tabel 5). For primærsektorpatienterne var den hyppigste kontakt i Vestsjællands Amt fysioterapeuten (58%), mens den hyppigste kontakt i Vejle Amt var kiropraktoren (58%). Den næsthyppigste kontakt for primærsektorpatienterne var i begge amter den praktiserende læge (hhv. 53% og 56%), idet dog lige så mange i Vejle Amt havde haft kontakt til en fysioterapeut. Af tabel 5 ses det desuden, at lænderygpatienter fra Vestsjællands Amt havde signifikant hyppigere kontakt til speciallæge (42%) end lænderygpatienter fra Vejle Amt (18%), og at kontaktmønsteret i de to amter også var forskelligt i forhold til kontakt til kiropraktor og sygehusambulatorium, der i begge tilfælde var hyppigere i Vejle Amt.

**TABEL 5**

Behandlere og afdelinger, som patienten havde været i kontakt med (%)

	Vestsjællands Amt		Vejle Amt	
	Primærsektor (N=36)	Sekundær-sektor (N=66)	Primærsektor (N=45)	Sekundær-sektor (N=61)
Praktiserende læge	53	85	56	80
Kiropraktor <sup>1</sup>	47	17	58	25
Fysioterapeut (privat)	58	47	56	59
Speciallæge <sup>2</sup>	28	50	4	28
Sygehusambulatorium <sup>3</sup>	3	64	18	82
Indlagt på sygehus	6	39	2	43
Skadestue	3	2	0	10
Vagtlæge	0	6	0	15
Røntgenafdeling	22	59	18	57
Kommunal sagsbehandler	17	23	13	38
Alternativ/anden behandler	25	17	13	16

<sup>1</sup> $\chi^2$ -værdi=3,152; df=1; p-værdi=0,076.

<sup>2</sup> $\chi^2$ -værdi=14,419; df=1; p-værdi<0,001.

<sup>3</sup> $\chi^2$ -værdi=3,596; df=1; p-værdi=0,058.

<sup>4</sup>Fx akupunktør, massør, zoneterapeut og afspændingspædagog.

I gennemsnit havde de adspurgte lænderygpatienter i et forløb 5-6 konsultationer hos egen læge, 7-9 hos kiropraktor, 12-15 konsultationer hos fysioterapeut, 2-4 konsultationer hos speciallæge, 4-7 konsultationer på sygehusambulatoriet, og knap to indlæggelser. Patienterne havde i forskellig grad oplevet en række tiltag og behandlinger sat i værk ved det første besøg hos forskellige behandlere. Hos den praktiserende læge var halvdelen af patienterne sat i behandling med medicin og/eller henvist til en fysioterapeut. Kiropraktorerne og fysioterapeuterne havde typisk igangsat manuel behandling og øvelser, såvel som instrueret patienten i hjemmeøvelser. De to grupper rådede i øvrigt kun sjældent patienten til at gå hen til en anden type behandler. For to tredjedele af de patienter, der blev henvist til sygehuset, var det med henblik på operation.

Generelt var der blandt patienterne stor motivation for at genoptræne i forbindelse med en periode med lænderygsbesvær. Imidlertid oplevede nogle patienter en manglende opfølgning efter genoptræning i form af information og hjælp til at vedligeholde ryggen og forebygge nye perioder med lænderygsbesvær. Patienterne oplevede, at det ved træning af ryggen var vigtigt at vide, hvad man må og ikke må, og at den valgte træning virkede.

Omkring 70% af lænderygpatienterne fandt, at det samlede undersøgelses- og behandlingsforløb, de havde været igennem, i høj/nogen grad havde været sammenhængende, hvorimod knap 15% havde oplevelsen af, at dette slet ikke var tilfældet. Tilsvarende var over 70% af patienterne i høj/nogen grad tilfredse med forløbet. Der var ikke stor forskel på hverken oplevelsen af et sammenhængende forløb eller tilfredshed med forløbet i forhold til, hvorvidt patienten var behandlet udelukkende i primærsektoren eller også behandlet i sekundærsektoren. Dog var der en ikke uventet tendens til, at patienter udelukkende behandlet i én sektor (primærsektoren) oplevede et mere sammenhængende og mere tilfredsstillende forløb.

Der var blandt patienterne i overvejende grad en oplevelse af et velfungerende samarbejde mellem de fleste behandlere. Der, hvor det især oplevedes som problematisk, var i forbindelse med kroniske forløb, hvor kontakten og samarbejdet mellem patient, behandlere og sagsbehandlere i kommunen kunne opleves som besværligt eller manglende. Derudover havde lange ventetider og det (udvidede) frie sygehusvalg betydning for, at nogle patienter oplevede selv at skulle sikre kommunikation og samarbejde. De lægelige behandlere var i mindre grad opmærksomme på at oplyse patienten om, hvad vedkommende selv kunne gøre. Omvendt var de fleste behandlergrupper ganske gode til at informere patienten om, hvad hensigten var med en undersøgelse, såvel som til at lytte til patienten og til dennes ønsker. Samlet set oplevede de fleste patienter, at der blandt behandlerne var såvel god overensstemmelse med hensyn til informationen som enighed om behandlingen af lænderygbesværet.

Information og opfølgning synes at have været af væsentlig betydning for, om et forløb af patienten oplevedes som sammenhængende, samt for hvordan ventetiden oplevedes. De patienter, der havde oplevet et sammenhængende forløb, havde samtidig følelsen af »at blive taget hånd om«, at der var en høj grad af information, og at der var en plan for, hvad der skulle ske, samt hvad de kunne forvente. Ventetiden oplevedes især som problematisk, hvis der var voldsomme smerter, hvis det, der blev ventet på, var afgørende for næste skridt, og hvis der var problemer med længere tids fravær fra arbejdet. Flere af patienterne udtrykte, at de følte sig alene i ventetiden, og at det var af betydning at vide, hvordan man skulle forholde sig, hvad man selv kunne gøre, og hvad man evt. skulle undgå i ventetiden til udredning og behandling.

For flere detaljer om de patientmæssige perspektiver henvises der til bilagsrapporten for delundersøgelse 4.



## 8 Undersøgelse af behandlernes perspektiv (klinisk-faglig og organisatorisk)

Den aktuelle status på rygområdet samt udviklingen siden MTV-rapportens udgivelse er ud fra behandlernes perspektiv belyst ved en spørgeskemaundersøgelse og efterfølgende fokusgruppeinterview blandt behandlere i udvalgte amter, jf. tabel 1. De forskellige behandlergrupper udgjordes af praktiserende læger, privatpraktiserende speciallæger, privatpraktiserende fysioterapeuter, privatpraktiserende kiropraktorer og sygehuslæger. Her er det undersøgt, hvilke behandlinger der anvendtes/ikke anvendtes af de forskellige behandlergrupper, hvordan samarbejdet mellem de forskellige behandlere fungerede, og i hvilken grad MTV-rapporten og dens anbefalinger anvendtes, og der gives en vurdering af udviklingen af kvaliteten af behandlingen.

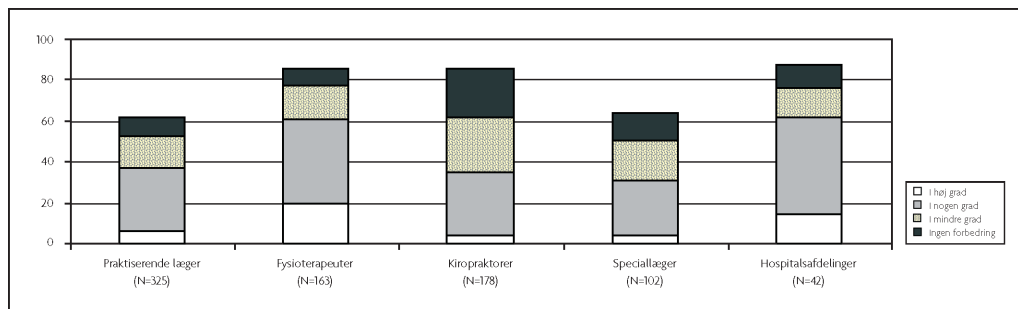
Det fremgår af undersøgelserne, at kendskabet til MTV-rapporten var højt blandt alle behandlergrupper. Mange havde læst rapporten, og den havde givet et ordentligt skub til de diskussioner og den udvikling, der allerede var i gang inden for rygområdet, inden rapporten kom. Ifølge spørgeskemaundersøgelsen var de alment praktiserende læger den gruppe, der havde mindst kendskab til MTV-rapporten, og speciallægepraksis den gruppe, der havde næstmindst kendskab til rapporten. For de alment praktiserende læger havde Sundhedsstyrelsen været den primære kilde til deres kendskab til rapporten, hvorimod de kun i ringe grad havde fået kendskab til rapporten via andre kanaler, herunder faglige foreninger og medicinske selskaber, i modsætning til de fleste andre behandlergrupper, der havde fået informationerne både fra Sundhedsstyrelsen især og de faglige/medicinske selskaber. Dette kunne tyde på, at det ved implementeringen af MTV-rapporter er vigtigt at få de relevante faglige og medicinske selskaber på banen. Omvendt skal man dog erkende, at den manglende fokusering i gruppen af specielt alment praktiserende læger også kan skyldes, at denne gruppe af behandlere har patienter med alle typer af sygdomme og derfor i sagens natur modtager rigtigt meget forskellig information fra mange forskellige sider, så det kan være svært for dem at nå at sætte sig lige godt ind i alle emnerne.

Det generelle indtryk blandt de forskellige behandlere var, at anvendelsen af de forskellige behandlingsmetoder havde ændret sig, at der mange steder arbejdedes seriøst med lænderygområdet, og at der i et vist omfang blev levet op til MTV-rapportens anbefalinger. Mere end 90% af fysioterapeuterne, kiropraktorerne og hospitalsafdelingerne angav således helt eller delvist at følge anbefalingerne. At behandlinger, der ikke anbefales, eller der kun anbefales brugt i sjældne tilfælde, stadig blev anvendt i et vist omfang, ses der flere grunde til. Bl.a. blev flere af disse behandlinger stadig anset for brugbare i bestemte situationer, og der oplevedes et pres fra patienterne i forhold til brug af behandlinger, som de (patienterne) havde tidligere erfaringer med. Forskellen fra tidligere er dog, at disse behandlinger ikke længere fik lov at stå alene.

Blandt barrierer for implementering af anbefalingerne anførte kiropraktorerne manglende samarbejde, fysioterapeuterne angav manglende fokus på implementering af anbefalingerne fra amtets side, mens hospitalsafdelingerne og de alment praktiserende læger primært angav manglende tid og ressourcer som en barriere. Der var dog især blandt fysioterapeuterne og hospitalsafdelingerne en del, der ikke havde oplevet barrierer i forhold til implementering af anbefalingerne. Kendskab til anbefalingerne, at anbefalingerne stemte overens med behandlerens holdning til rygbehandling og med eksisterende behandlingspraksis, samt at anbefalingerne var klinisk dokumenterede, anførtes som fremmende faktorer i forhold til at følge anbefalingerne.

Generelt oplevedes kvaliteten af undersøgelse og behandling at være blevet bedre. 30-60% af behandlerne angav således, at kvaliteten var forbedret i enten høj eller i nogen grad (figur 1).

**FIGUR 1** Er kvaliteten af undersøgelse og behandling forbedret (%)?



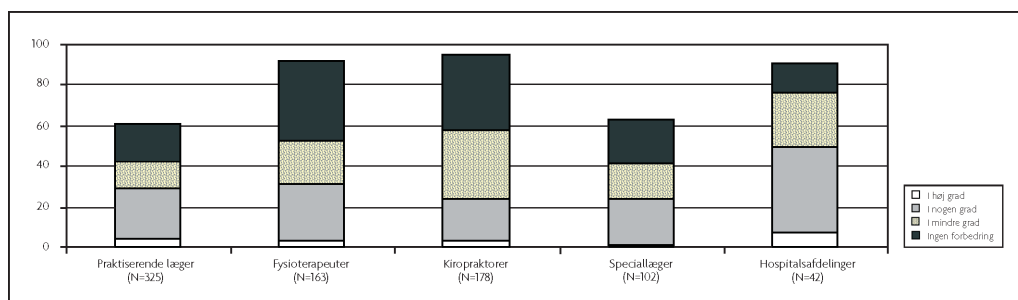
Note: Visse søjler summerer ikke til 100% pga. ubesvarede samt »ved ikke«-svar.

Årsagen til, at disse tal ikke er højere, skal primært findes i, at der ikke oplevedes nogen forbedring i *udredningen* af lænderygproblemer, især ikke i de tilfælde, hvor diagnosen var vanskelig at stille. Baggrunden for dette var for lang ventetid til skanninger, rygambulatorier og neurokirurgi, som derved kom til at udgøre en flaskehals. Det ansås således for vigtigt i udredning og behandling at skelne mellem de akutte og entydige lænderygproblemer og de mere komplicerede og længevarende forløb. I forhold til de første fungerede forløbet godt, hvorimod der i forhold til de sidste oplevedes problemer, hvorfor der fra flere sider var forslag om etablering af flere tværfaglige team.

Der var stor forskel på omfanget af samarbejde mellem de forskellige behandlere, men det ansås for problematisk, at der ikke i tilstrækkelig udstrækning blev tænkt på tværs. Jf. figur 2 angav 20-50% af behandlerne, at udviklingen i samarbejdet mellem behandlere og sektorer var forbedret i høj eller i nogen grad. Der sås således et øget samarbejde mellem fysioterapeuter og kiropraktorer i forhold til at etablere rygtræning, men alligevel oplevede kiropraktorerne stadig mange steder at være isoleret, især i forhold til de sekundære sektorer.

Disse overordnede resultater dækker over store variationer i tilfredsheden med samarbejdet de enkelte behandlergrupper imellem. Generelt var der gensidig tilfredshed med samarbejdet almen praksis og fysioterapeuterne imellem. Både speciallægepraksis og hospitalsafdelingerne rapporterede ligeledes tilfredshed med samarbejdet med andre grupper. Der, hvor utilfredsheden var størst, var hos kiropraktorerne, der generelt rapporterede en lav tilfredshed med samarbejdet med de andre behandlergrupper. Denne utilfredshed var gensidig hos flere af behandlergrupperne. Dog fandtes der blandt kiropraktorerne en høj grad af tilfredshed med samarbejdet med rygcentre/rygambulatorier i Fyns Amt. Yderligere ses det, at kontakten generelt ikke var så stor mellem kiropraktorerne og de andre behandlere.

**FIGUR 2** Er samarbejdet mellem faggrupper og sektorer forbedret (%)?



Note: Visse søjler summerer ikke til 100% pga. ubesvarede samt »ved ikke«-svar.

Patientinformation, tillid, behandlingsplan, en tovholder og et godt samarbejde mellem behandlerne ansås for at være væsentlige for et godt og sammenhængende patientforløb. Generelt oplevedes der tilstrækkelige muligheder for patientinformation samt en rimeligt god og ensartet information behandlerne imellem. Det ansås for mest hensigtsmæssigt, at den praktiserende læge var tovholder, og at de andre behandlere meldte tilbage til denne. Dette forudsætter imidlertid både et velfungerende samarbejde og kommunikation behandlerne imellem.

Der oplevedes dog adskillige hindringer for godt samarbejde og kommunikation, herunder manglende kendskab og faglig accept, og også i mindre grad faglig uenighed samt forskelle i sygdomsopfattelse og sprogbrug. Derudover tager kommunikation tid, og Edifact (en standard for et udvekslingsformat) blev endnu ikke anvendt af alle. I fokusgruppeinterviewene blev der som årsager nævnt manglende honorering for samarbejde og fælles kommunikation, et godt kommunikationsværktøj samt procedurer for opfølgning og tilbagemelding behandlerne imellem.

Sammenfattende kan det slutes, at der er sket noget, men ikke nok. Dette understreges af kommentarer fra spørgeskemaer: *»Et stort problem er ventetid på billed-diagnostik, specielt MR, manglende samarbejde fra enkelte overlæger i amtet, for ringe kapacitet i hospitalssektoren til de relativt få patienter, der har brug for det, mangel på smidighed«* (Speciallægepraksis). *»Ingen forbedring i kommunikation og stadigvæk uforandret henvisning til fysioterapeut og speciallæge samt unødvendige røntgenundersøgelser (tiltagende) blandt praktiserende læger«* (kiropraktor). *»Der blev forsøgt oprettet tværfaglige grupper, men det mislykkedes, og siden er det mit indtryk, at kontakten er blevet ringere«* (kiropraktor).

For flere detaljer om behandlernes (organisatoriske og klinisk-faglige) perspektiv henvises der til bilagsrapporterne for delundersøgelser 5 og 6.

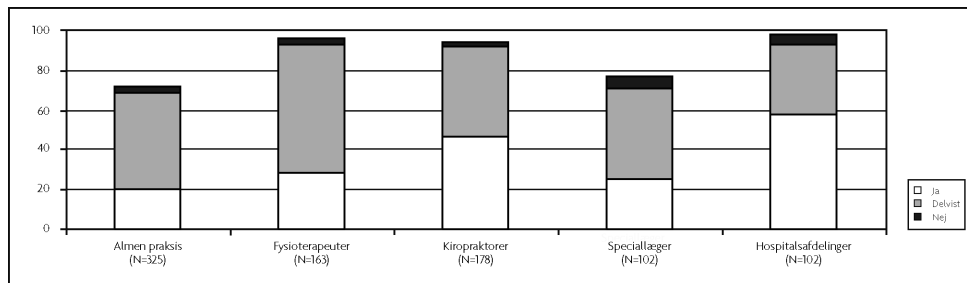
## 9 Vurdering af MTV-rapportens betydning for udviklingen

Som redegjort for i afsnit 3 er det svært i en tidsmæssig evaluering at isolere effekten af en enkelt begivenhed eller et enkelt tiltag som en MTV-rapport fra andre faktorer, der også påvirker udviklingen. MTV-rapporten »Ondt i ryggen« skal således ses som et af flere tiltag i en tidsperiode, hvor behandlingspraksis i sig selv generelt har undergået en udvikling og forandring på alle områder. Nogle amter var tillige allerede i gang med lignende tiltag på det tidspunkt, MTV-rapporten udkom. Vurderingen af MTV-rapportens betydning for udviklingen på rygområdet har derfor alene kunne afdækkes via respondenternes vurdering i de forskellige underliggende undersøgelser.

I alle amter/H:S vurderedes MTV-rapporten »Ondt i ryggen« at have spillet en rolle. De typiske begrundelser herfor var, at rapporten ved sin tilstedeværelse havde været støttende, bekræftende, en referenceramme og en milepæl, og havde medført, at indsatsen i højere grad var blevet gjort ensartet. 11 amter og kommuner vurderede, at MTV-rapporten »Ondt i ryggen« havde haft stor betydning for udviklingen på rygområdet i amterne siden 1999, mens den i nogen grad havde haft det i de øvrige. Der var i forskelligt omfang politisk interesse for rapporten i 11 amter og kommuner. Det havde typisk været behandlere og fagpersoner alene eller sammen med forvaltningen, der havde taget initiativ til at implementere rapportens anbefalinger i amtet. I Københavns Kommune og i Ribe og Vejle Amter var det dog primært forvaltningen.

Ses der på de enkelte behandlergrupper, så havde mange læst MTV-rapporten, nemlig mellem 60-100% af de forskellige behandlergrupper, med sygehuslægerne og de alment praktiserende læger som de grupper, hvoraf henholdsvis flest og færrest havde læst rapporten. Et sted mellem 70-95% angav også at anvende anbefalingerne fra MTV-rapporten helt eller delvist, jf. figur 3.

**FIGUR 3** Anvendelse af MTV-rapportens anbefalinger (%)



Note: Visse søjler summerer ikke til 100% pga. ubesvarede samt »ved ikke«-svar.

Ifølge evalueringens resultater har det været vigtigt at sætte fokus på lænderygbehandlingen gennem udgivelsen af MTV-rapporten i 1999, men det rykkede mest, mens rapporten havde nyhedens interesse. At udsende en rapport ændrer ikke i sig selv så meget. Fremadrettet er det nødvendigt med en kontinuerlig opfølgning, økonomiske ressourcer og initiativ, hvis nye tiltag skal udvikles og implementeres. Forvaltningerne har ikke i alle amter haft en lige aktiv rolle i denne proces. For den fortsatte udvikling tillægges amterne (forvaltningerne) og de nye regioner en fortsat væsentlig rolle.

## 10 MTV-rapportens anbefalede indsatsområder

Som en opfølgning på afsnittet om MTV-rapportens betydning for udviklingen på rygområdet er de enkelte, anbefalede indsatsområder fra MTV-rapporten »Ondt i ryggen« med relevans for nærværende evaluering gennemgået i relation til deres status i amterne og blandt behandlerne. Som problematiseret ovenfor er det ikke forsøgt og heller ikke muligt præcist at fastslå, at det lige netop er MTV-rapporten, der er årsag til udviklingen. I sig selv må dette også alt andet lige være sekundært set i forhold til, at der sættes ind på de anbefalede indsatsområder.

### 10.1 Behandlingsmetoder

#### *Behandlingsmetoder, der anbefales*

I MTV-rapporten anbefales det at anvende behandlingsmetoderne *manuel behandling, øvelsesterapi/rygskole* og *smertestillende medicinsk behandling*.

Evalueringen afslører en høj grad af anvendelse af øvelsesterapi blandt alle behandlerne, idet de i høj grad ofte eller jævnligt anvendte/ordinerede øvelsesterapi/rygskole (61-100%). At en så stor andel blandt alle behandlerne anvendte øvelsesterapi, kan ses som et tegn på, at den ønskede udvikling, jf. MTV-rapporten, er opnået. Blandt de lægefaglige personer sås der ligeledes en høj anvendelse af smertestillende medicinsk behandling (74-86% ofte/jævnligt), og der sås en hyppig anvendelse af manuel behandling blandt fysioterapeuterne og kiropraktorerne (98-99% ofte/jævnligt). Samlet set tyder det på, at de anbefalede behandlingsmetoder også i dag anvendes i høj grad ved behandlingen af lænderygproblemer.

#### *Behandlingsmetoder, der anbefales anvendt i visse tilfælde*

En række behandlinger blev i MTV-rapporten anbefalet anvendt i visse tilfælde: *blokadebehandling, diverse injektioner, akupunktur, massage, varme- eller kuldebehandling, rygoperation, sengeleje* og *transkutan nervestimulation (TNS)*, idet nogle af behandlingerne anses som forberedende i forhold til andre.

Der sås en relativt høj anvendelse af massage blandt fysioterapeuter og kiropraktorer (70-85% ofte/jævnligt). De andre behandlingsmetoder anvendtes i varierende grad blandt behandlerne. Varme- eller kuldebehandling anvendtes i relativt høj grad af kiropraktorerne og fysioterapeuterne. Blokadebehandling og akupunktur anvendtes blandt de lægefaglige personer i varierende grad, og sengeleje anvendtes i lav grad. TNS anvendtes i meget lav grad af alle behandlergrupperne. Endelig er der oplevet en mindre stigning i omfanget af rygoperationer i perioden 1996-2003.

#### *Behandlingsmetoder, der ikke anbefales*

MTV-rapporten anbefaler endelig, at man *ikke* anvender en række behandlinger: *korsetbehandling, traktionsbehandling, ultralydsbehandling, laserbehandling, kortbølgebehandling* og *muskelaflappende medicin*.

Af evalueringen fremgår det, at 20% af de lægefaglige personer stadig ofte eller jævnligt anvendte muskelaflappende medicin, knap 40% af fysioterapeuterne anvendte ofte eller jævnligt ultralydsbehandling, 20% af samme gruppe anvendte kortbølgebehandling, og 25% af kiropraktorerne anvendte jævnligt eller sjældent traktionsbehandling. Blandt kiropraktorerne og fysioterapeuterne anvendte knap 20% stadig laserbehandling.

At behandlinger, der ikke anbefales eller kun anbefales brugt i særlige tilfælde, stadig blev anvendt i et vist omfang, kan der jf. evalueringen være flere årsager til. Patientpres og uenighed om anbefalingerne nævntes som to forklaringer. Flere af behandlingerne oplevedes tillige stadig som relevante og blev i et vist omfang brugt sammen med de anbefalede behandlinger. I den sammenhæng ansås det

endvidere for vigtigt i behandlingsvalg at skelne mellem akutte og kroniske forløb. Samtidig erkendtes det, at forandring tager tid, at der kunne være en vis inert i forandringsprocessen, men også at der eksisterede nogen faglig uenighed, og at flere områder inden for rygbehandlingen stadig var underbelyste.

Nærværende undersøgelse tyder på, at der af de forskellige behandlere i stigende grad blev iværksat aktiv behandling i form af træning og øvelser, herunder instruktion i selvøvelser af patienten selv, jf. anbefalingen i MTV-rapporten. Dette skete især hos fysioterapeuten, den alment praktiserende læge, kiropraktoren og på sygehusambulatoriet.

## 10.2 Ventetider

Det kunne formodes, at ventetid til udredning og behandling i sygehussektoren betyder, at rygpatienter ikke udredes og behandles korrekt i tide på grund af lang ventetid, eller fordi den praktiserende læge finder henvisning til sygehussektoren udsigtsløs på grund af de lange ventetider. Dette øger risikoen for udvikling af kroniske smerter og forringer patientens mulighed for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. I MTV-rapporten anbefales det derfor, at ventetid til udredning og behandling nedbringes til højst tre uger.

Blandt de forskellige behandlergrupper oplevedes der overordnet set for lang ventetid til skanninger, rygambulatorier og neurokirurgi, som derved kom til at udgøre en flaskehals. I sekundærsektoren oplevedes der i nogen udstrækning bedre – og færre ikke-relevante – henvisninger. Samtidig var der blandt behandlerne en generel erkendelse af, at ventetiden kunne udnyttes bedre, og at der skulle følges op i ventetiden, så patienterne ikke følte sig alene, og så der ikke opstod et tomrum, fra de var henvist, til de kom til. Fra patientside afslørede spørgeskemaundersøgelsen ventetid hos alle behandlergrupper af 1½-6 ugers varighed, hvilket således ikke nødvendigvis ligger langt fra den i MTV-rapporten anbefalede ventetid. Men de interviewede patienter oplevede især ventetiden som problematisk, hvis der var voldsomme smerter, hvis det der ventedes på, var afgørende for næste skridt, og hvis der var problemer med længere tids fravær fra arbejdet.

## 10.3 Øget tværfagligt samarbejde

Det anbefales i MTV-rapporten, at der under behandlingsforløbet eksisterer et tæt samarbejde mellem de relevante faglige parter, fx i form af udveksling af journalnotater, røntgenbilleder, behandlingsresultater etc. Evalueringen viser, at det tværfaglige samarbejde var af stor betydning for såvel patienter som behandlere.

Flere amter vurderede, at der i dag i højere grad er tale om sammenhængende og koordinerede patientforløb for rygpatienterne med samarbejde behandlerne imellem end i perioden før 1999. Det fremgår endvidere, at ni amter havde udviklet effektive kommunikationsveje som følge af MTV-rapporten.

Hyppigheden af kontakt til andre behandlere var højest blandt hospitalsafdelingerne (83%) og lavest blandt de alment praktiserende læger (27%). Ligeledes var graden af formalisering af samarbejdsrelationerne højest blandt hospitalsafdelingerne. En stor gruppe behandlere (uden for hospitalsvæsenet) oplevede ikke nogen formalisering af samarbejdsrelationerne med andre behandlergrupper (53-73%).

Generelt oplevede et flertal af patienterne, at samarbejdet og kommunikationen fungerede godt mellem de enkelte behandlere, og at deres forløb havde været sammenhængende. Dog var der en stor gruppe af patienter, især sekundærsektorpatienter, der ikke var tilfredse med de tværsektorielle forløb. Det gjaldt især ved kroniske forløb samt ved længerevarende kommunal sagsbehandling, hvor



samarbejde og kommunikation oplevedes som problematisk. Derudover kunne lange ventetider og det (udvidede) frie sygehusvalg betyde, at patienten oplevede selv at skulle sikre kommunikation og samarbejde.

Til at understøtte den tværfaglige og tværsektorielle kommunikation anbefaler MTV-rapporten anvendelse af formaliseret elektronisk kommunikation og udvikling af vandrejournalsystemer. Hospitalsafdelinger, almen praksis og speciallægepraksis var godt med mht. anvendelse af elektronisk kommunikation. Fysioterapeuterne og særligt kiropraktorerne lå dog meget lavt på dette punkt. En fysioterapeut anførte, at man savnede et mere smidigt system mht. bl.a. henvisninger, og foreslog en udbygning af Edifact, således at behandlere hurtigere og mere jævnligt kunne udveksle information. Anvendelsen af vandrejournalsystemer var endnu mindre udbredt end elektronisk kommunikation og afvistes i fokusgruppeinterviewene af flere behandlere som praktisk mulig (bl.a. var det uafklaret, hvem der havde ansvaret for opfølgning på journalen).

I MTV-rapporten anbefales det, at der gennemføres fælles efteruddannelseskurser for behandlerne inden for rygområdet. I evalueringen sås der en deltagelsesgrad på 42-70% i sådanne kurser. Deltagelsen var størst blandt kiropraktorerne og fysioterapeuterne og mindst blandt de lægefaglige behandlergrupper. Der ses således en tendens til, at især visse behandlergrupper deltager i fælles efteruddannelseskurser specifikt for rygområdet.

I evalueringen fremgår det, at der stadig mangler formelle samarbejdsfora. Der var blandt behandlerne ønske om et mere formaliseret samarbejde i forhold til konkrete patienter samt etablering af flere tværfaglige team, der kan yde en kompetent udredning og information. Derudover var der ønske om en fælles diagnoseregistrering, fælles sprog på tværs af behandlergrupper og sektorer, honorar for samarbejde og en procedure for opfølgning og tilbagemelding behandlerne imellem.

MTV-rapporten anbefaler i forbindelse med et øget tværfagligt samarbejde, at praksiskonsulentordningen overvejes udbygget til også at sikre et øget tværsektorielt samarbejde, især mellem behandlergruppen og de sociale instanser. Af evalueringen fremgår det, at praksiskonsulentordningen er ved at blive mere tværfaglig, idet flere amter, foruden de traditionelle lægelige praksiskonsulenter, også havde indført fysioterapeut- og kiropraktorpraksiskonsulenter på rygområdet, typisk med udgangspunkt i tværfaglige rygcentre. Der var dog endnu ikke i nogen amter gjort tiltag til at etablere praksiskonsulentordninger på tværs af behandlergrupper og sociale instanser.

#### 10.4 Patientinformation

MTV-rapporten »Ondt i ryggen« anbefaler, at patientinformationen tager udgangspunkt i den enkeltes situation og behov, at patienten tidligt i forløbet informeres grundigt om ryglidelser for derved at involvere patienten, samt at individuel patientinformation altid er en central aktivitet i udrednings- og behandlingsindsatsen.

I evalueringen er der bl.a. fokuseret på, hvor lang tid de enkelte behandlere gennemsnitligt anvendte på at informere patienterne. På trods af usikkerhed ved opgørelsen synes de gennemsnitlige tider at stemme meget godt overens med Sygesikringens afregning. Der anvendtes gennemsnitligt mellem 10 minutter (alment praktiserende læger) og 36 minutter (hospitalsafdelinger) på information til patienten. Naturligvis er der forskel på kompleksiteten blandt patienterne, hvorfor man ikke kan sige præcist, hvor lang tid informationen til den enkelte tager. Blandt behandlerne var der en generel oplevelse af, at der blev givet information til patienterne, og at der var rimelig god konsensus og ensartet information behandlerne imellem. Alligevel ønskedes der en vis standardisering af patientinformationen.

Denne oplevelse af patientinformationen kan ikke entydigt understøttes set ud fra patienternes perspektiv. Ifølge patienterne var det kun enkelte i behandlergrupperne, der gav patienterne in-

formation om, hvad de selv kunne gøre, og om hvad der skulle ske i forbindelse med undersøgelserne. Dog var alle behandlergrupper gode til at lytte til, hvad patienten havde at sige og spørge om. Dette ændrer dog ikke ved, at patienterne især på sygehuset, i ambulatoriet eller hos speciallægen oplevede at måtte gentage oplysninger om tidligere behandlinger hos andre behandlere. Dog vurderede patienterne, at behandlerne i overvejende grad var enige om, hvordan lænderygbesværet skulle behandles. Patienterne følte sig generelt velinformerede om, hvad der skulle ske, især i den første del af deres udrednings- og/eller behandlingsforløb. Alligevel manglede flere information om, hvordan de skulle forholde sig, hvad de selv kunne gøre, hvad de skulle undgå, og hvor de skulle henvende sig i ventetiden til undersøgelse eller behandling samt ved afslutning af et genoptræningsforløb.

## 10.5 Indlæggelse/ambulant behandling/tværfaglige team

Ifølge MTV-rapporten er det aldrig dokumenteret, at indlæggelse i sig selv er gavnlige ved lænderygbesvær. Indlæggelse er således kun indiceret i særlige tilfælde, og udrednings- og behandlingsforløb kan gennemføres ambulant for langt de fleste patienter med akutte såvel som kroniske rygsmerter. I MTV-rapporten anbefales det derfor også, at al behandling så vidt muligt foregår i primærsektoren og i patientens eget lokale miljø, og at patienten først henvises til sekundærsektoren, når al relevant udredning og behandling er foretaget i primærsektoren.

Evalueringen finder, at nærmest alle patienter (99,5%) havde haft kontakt med deres praktiserende læge og/eller speciallæge inden deres første kontakt med hospitalssektoren. Der var altså som minimum sket en vurdering i primærsektoren for stort set alle patienter, inden der var 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 var sket en fyldestgørende vurdering og udredning i primærsektoren. Dette understøttes af resultaterne af undersøgelsen blandt behandlerne, der viser, at langt størstedelen af patienterne på hospitalsafdelingerne og i speciallægepraksis kom fra de alment praktiserende læger. Dog fandt undersøgelsen blandt patienterne, at kun mellem 56 og 66% af patienterne havde haft deres første kontakt til den praktiserende læge. Dette kan forklares af, at der blandt disse patienter var en gruppe af primærsektorpatienter uden sygehuskontakt, hvis første behandler var enten kiropraktor eller fysioterapeut.

Idet de anbefalede behandlinger (manuel behandling, smertestillende medicinsk behandling og øvelsesterapi/rygskole) blev hyppigt anvendt blandt de praktiserende læger, fysioterapeuterne og kiropraktorerne, er der noget, der tyder på, at den relevante behandling så vidt muligt foregår i primærsektoren. Det ser ud til, at visitationsreglerne fungerer godt og med den praktiserende læge som tovholder, der sørger for at viderehenvise til andre behandlere. Dog ses det, at en del patienter på hospitalerne ofte blev henvist direkte fra speciallæge, hvor denne måske strengt taget burde have sendt patienten tilbage til tovholderen, som så skulle henvise til hospitalet. Men der er naturligvis her et dilemma, idet det kan betyde yderligere ventetid for patienten.

I evalueringen fremgår det, at antallet af indlæggelser på landsplan i hele perioden (1996-2003) faldt hvert eneste år, samtidig med at antallet af ambulante besøg steg. Dette indikerer en udvikling i overensstemmelse med anbefalingerne i MTV-rapporten – og i øvrigt også den generelle trend i sygehussektoren. Udviklingen gør sig dog gældende for alle årene og ikke kun for årene efter rapportens udgivelse (dvs. 2000 og frem). Endvidere ses det, at denne generelle udviklingstendens ikke gælder for alle amter, idet antallet af indlæggelser ikke faldt i visse amter. Samtidig med faldet i antallet af indlæggelser er også indlæggelsestiden for lænderygpatienter faldet, hvilket indikerer, at unødige indlæggelsestider søges elimineret. Forløbsanalyser viser yderligere, at 64% af alle patienter udelukkende blev behandlet i ambulant regi.

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

Tværfaglige ekspertteam med ressourcer til at gennemføre en effektiv ambulant behandlingsindsats af høj kvalitet anbefales i MTV-rapporten oprettet flere steder i landet. Set i forhold hertil er der i dag etableret tværfaglige rygcentre i ni amter og kommuner med fokus på ambulante kontakter, mens der i syv amter, inkl. H:S, er etableret rygambulatorier i forbindelse med sygehusafdelinger. Flere af disse rygcentre og -ambulatorier var dog også etableret før 1999, idet det kun er i fem amter, at der er kommet nye til siden 1999. I seks amter og kommuner vurderede man dog MTV-rapporten som værende en del af årsagen til etableringen af tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder.

## 10.6 Kvalitetskontrol (databaser) og referenceprogrammer

MTV-rapporten anbefaler, at der fokuseres på kvalitetssikring af udredning og behandling på lænderygområdet, herunder at der udarbejdes og anvendes tværfaglige referenceprogrammer og kliniske retningslinjer, at der gennemføres »audit feedback« af den faktiske behandlingsaktivitet på rygområdet, og at kolleger besøger hinanden i praksis.

Evalueringen finder, at dette er et område, hvor der jf. amterne er sket den største udvikling og implementering siden MTV-rapportens udgivelse. Således var det kun i Nordjyllands, Viborg, Fyn og Roskilde Amter, at der før 1999 var udarbejdet referenceprogrammer, guidelines og retningslinjer for patienternes udredning og behandling, mens det efter 1999 var sket i 13 amter. 11 af disse 13 amter tilskrev det MTV-rapporten.

De kliniske retningslinjer etc. anvendtes primært på hospitalsafdelingerne (76%), mens den gruppe, der anvendte retningslinjerne etc. mindst, var de privatpraktiserende speciallæger (29%). Imellem ligger de andre grupper med en anvendelsesgrad på 40-55%. Dette taler for, at en del anvender referenceprogrammer og kliniske retningslinjer, at dette er mest etableret i hospitalsvæsenet, og at mange flere kunne anvende retningslinjer etc. Speciallægepraksis var den gruppe, der haltede mest bagefter i forhold til at følge denne anbefaling. Blandt alle behandlergrupper var der en stor andel (16-45%), der angav at anvende MTV-rapporten som referenceprogram/klinisk retningslinje.

Ligeledes synes der jf. de enkelte amter at være en tendens til, at lidt flere amter havde gennemført audit-projekter på rygområdet.

## 10.7 Den overordnede tilrettelæggelse af indsatsen/overenskomster med de praktiserende faggrupper

MTV-rapporten anbefaler, at der tildeles økonomiske midler til vigtige indsats/udviklings-områder inden for rygområdet, og at der gives økonomiske incitamenter, bl.a. i overenskomsten, med henblik på at ændre praksisadfærd og styrke oplysningsindsatsen. Sidstnævnte kræver inddragelse af sundhedspersonalets faglige organisationer, og der synes kun i forhold til fysioterapeuternes ydelsesoverenskomst at være sket en justering efter MTV-rapportens udgivelse i 1999.

I forhold til de økonomiske incitamenter viser evalueringen, at det kun er tre steder (Sønderjyllands og Fyns Amter og Københavns Kommune), hvor rygområdet var blevet tilført ekstra økonomiske ressourcer efter 1999, og hvor der dermed var etableret økonomiske incitamenter for at kunne følge MTV-rapporten og dens anbefalinger. Dette var ikke sket i de øvrige amter, idet det dog, jf. amterne, ikke havde påvirket en intensiveret prioritering af rygområdet i amterne. Tilførsel af økonomiske ressourcer har således ikke nødvendigvis været en betingelse for udvikling på rygområdet.

## 11 Konklusion

Nærværende nationale evaluering har undersøgt udviklingen på rygområdet i perioden 1999-2004 efter udgivelse af MTV-rapporten »Ondt i ryggen« i 1999. Evalueringen har haft en bred tilgang med fokus på hhv. klinisk-faglige, patientmæssige, behandlermæssige (klinisk-fagligt og organisatorisk) og økonomiske aspekter, og har via seks delundersøgelser analyseret udviklingen i forhold til disse aspekter ved brug af både kvantitative og kvalitative metoder.

Samlet set gælder det, at der blandt de 206.259 personer i Danmark, der i perioden 1996-2003 blev udredt/behandlet for en lænderyglidelse i sygehusregi, er sket en udvikling i retning af øget ambulant behandling og færre indlæggelser – en trend, som også ses ved andre behandlinger og sygdomme. Antallet af operationer for spinal stenose er steget, mens antallet af diskusprolapsoperationer har ligget nogenlunde konstant. Der er således ikke oplevet noget fald i antallet af rygooperationer, selv om det måske var forventet. Der er ligeledes sket en generel stigning i lænderygpatienternes forbrug af smertestillende receptindløst medicin sammenlignet med perioden før 1999.

Blandt behandlerne vurderedes kvaliteten af undersøgelse og behandling af rygpatienter i Danmark generelt at være blevet bedre (30-60%). Dog var der fortsat store problemer i forhold til udredning af lænderygproblemer pga. for lang ventetid til skanninger, rygambulatorier og neurokirurgi. Indtrykket var, at anvendelsen af de forskellige behandlingsmetoder har ændret sig, idet bl.a. fysioterapeuter har ændret behandlingen fra passiv til aktiv som efterspurgt i MTV-rapporten. Dette resultat støttes af en audit blandt fysioterapeuter i 1990 og 2001, hvor der ligeledes blev påvist en ændring i behandlingsmønstret (9, 10). Selv om de passive behandlinger stadig anvendes i en vis udstrækning i dag, står de ikke alene, men understøtter den aktive behandling.

Samarbejdet og koordinationen mellem faggrupper og sektorer havde også forbedret sig en smule (20-50%), men kritiseredes stadig af behandlerne. Det var indtrykket, at den enkelte behandler gerne så et øget samarbejde og en bedre koordination, men at det var svært at skabe rammerne og mulighederne for det. I en presset hverdag kunne det være svært at bruge tid på det tværfaglige samarbejde og kommunikation med andre behandlere i systemet, når der ikke var afsat honorering til dette, ligesom at fælles kommunikationsmidler ikke altid var til stede. Herudover nævntes manglende kendskab og faglig accept og forskelle i sygdomsopfattelse, sprogbrug og procedurer for opfølgning og tilbagemelding blandt behandlerne som andre barrierer for et godt samarbejde mellem de enkelte behandlergrupper på rygområdet.

Langt de fleste patienter havde kontakt med den praktiserende læge, der også var den primære indgang til undersøgelse og behandling af lænderygbesværet, idet der dog var primærsektorpatienter, hvis første kontakt var kiropraktoren eller fysioterapeuten. De fleste havde oplevet et sammenhængende undersøgelses- og behandlingsforløb, ligesom størstedelen var tilfredse med forløbet. Information og opfølgning vurderedes at være af væsentlig betydning for, om et forløb opleves som sammenhængende. Det var vigtigt at blive »taget hånd om«, at have en plan for, hvad der skulle ske, at vide, hvad der kunne forventes, og hvor man kunne henvende sig, hvis det ikke gik, og også om selv at kunne handle. Blandt behandlerne var det opfattelsen, at der for de akutte forløb eksisterede sammenhængende og hensigtsmæssige patientforløb, men at dette i høj grad kneb i forløbene for de kroniske patienter.

Samlet set synes de direkte omkostninger i sundhedssektoren at være uændret på omkring 6,8 mia. kr., mens der har været en mindre stigning i udgifterne til sygedagpenge, også efter 1999. På den baggrund synes de samfundsmæssige omkostninger for rygområdet at være højere i dag. Mere specifikt gælder det for rygområdet, at sygehusomkostningerne er faldet en anelse som følge af færre og kortere indlæggelser, mens dette fald dog er modsvaret af en tilsvarende stigning i medicinudgifterne.

MTV-rapporten »Ondt i ryggen« var kendt af størstedelen af behandlerne inden for de enkelte behandlergrupper, og alle amter vurderede, at rapporten havde spillet en eller anden rolle for udviklingen på området, idet rapporten havde været støttende, bekræftende og en referenceramme for indsatsen.

Store dele af de enkelte behandlergrupper tilkendegav også i nærværende evaluering at anvende MTV-rapportens anbefalinger helt eller delvist. Men samtidig anførtes der blandt behandlerne en række barrierer i forhold til selv samme anbefalinger. Nogle af disse kan kort opsummeres som patientpres i forhold til bestemte behandlinger, manglende samarbejde mellem behandlere og sektorer, manglende fokus på implementering af anbefalingerne fra amtets side og manglende tid og ressourcer til at føre anbefalingerne ud i livet. Det må derimod konkluderes, at kendskab til anbefalingerne, overensstemmelse mellem behandlerens holdning til rygbehandling og eksisterende behandlingspraksis samt klinisk dokumenterede anbefalinger alle er facilitatorer for en øget anvendelse af anbefalingerne.

## 11.1 Perspektivering

Evalueringen har vist, at det har været vigtigt at sætte fokus på lænderygbehandlingen gennem udgivelsen af MTV-rapporten i 1999. På flere områder ser det ud til, at udviklingen går i retning af MTV-rapportens anbefalinger, og der synes at være sket et skred fra sekundærsektoren til primærsektoren ved behandling af lænderygpacienterne. Det peger således i den rigtige retning, hvilket også støttes af de forskellige behandlergrupper. Men omvendt er der ikke sket nok, og der er fortsat en række områder, hvor der bør arbejdes videre og ske forbedringer i fremtiden.

Eksempler herpå er en forbedring af samarbejdet mellem de forskellige behandlergrupper (tværfagligheden), bedre sikring af sammenhængende patientforløb, især hvor patientforløbene krydser fra den ene sektor til den anden, og nedbrydning af nogle af de barrierer, der er for samarbejde. For at sikre fremtidig kvalitet i behandlingen og mulighed for løbende og fremadrettet evaluering må der også skabes forudsætninger for bedre diagnoseregistrering, fortrinsvis i eksisterende databaser og registre som bl.a. Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret – noget som især gør sig gældende i forhold til primærsektoren og kommunernes registrering ved sygedagpengeudbetaling. For at dette skal være muligt, må der også arbejdes mere med fælles sprog og en fælles forståelse af sygdomsproblemerne blandt behandlergrupperne.

En opdatering af den foreliggende MTV-rapport »Ondt i ryggen« er måske brugbar. Men endnu mere vigtigt vil det være at igangsætte lokale interventionsstudier af nogle af de specifikke problemstillinger, som nærværende evaluering har rejst i forhold til MTV-rapportens anbefalinger, med henblik på at måle effekten af forskellige tiltag, fx i forhold til sygedagpenge eller forskellige samarbejdsmodeller. Målet hermed er at få konkret viden om, hvad der virker. Det er også vigtigt med et fortsat fokus på adfærdsregulering i forhold til behandlingsvalg via overenskomster på primærsektorumrådet og afregningsmodeller i sekundærsektoren.

Sammen med de nationale sundhedsmyndigheder og de forskellige sundhedsprofessionelle som behandlere og deres faglige selskaber har kommunerne, amterne og de fremtidige regioner en væsentlig rolle i denne fortsatte udvikling. Dette blandt andet set i lyset af, at ansvaret for genoptrænings-, optrænings- og rehabiliteringsindsatsen i fremtiden jf. strukturreformen skal være hos kommunerne frem for på sygehusene i sekundærsektoren.

På denne måde har evalueringsrapporten som et oplæg sat fokus på en række problemområder, hvor der fremadrettet bør sættes ind med nye indsatser og tiltag, som beskrevet ovenfor.



# Referencer

1

Kjøller M, Rasmussen NK (red). Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København, Statens Institut for Folkesundhed, 2002.

2

NASTRA-udvalget. Betænkning nr. 1284. København: Forskningsministeriet, 1995.

3

Søgaard J, Andersen CK, Gyrd-Hansen D. Hvad koster ryg- og bevægeapparatlidelserne? Månedsskrift for Praktisk Lægegering 1997; 75(7): 921-928.

4

Sundhedsstyrelsens udvalg for medicinsk teknologivurdering. Ondt i ryggen. En kortlægning af problemets forekomst og oplæg til dets håndtering i et MTV-perspektiv. København, Sundhedsstyrelsen, 1997.

5

Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Medicinsk Teknologivurdering Serie B 1999;1(1).

6

Sundhedsstyrelsens udvalg for medicinsk teknologivurdering. National strategi for medicinsk teknologivurdering. København, Sundhedsstyrelsen, 1996.

7

Sundhedsstyrelsen. Ekstern evaluering af CEMTV. Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, København, 2003.

8

Goldberg HI, Cummings MA, Steinberg EP, Ricci EM, Shannon T, Soumerai SB, Mittman BS, Eisenberg J, Heck DA. »Deliberations on the dissemination of PORT products: Translating research findings into improved patient outcomes«. Medical Care 32, suppl. 7 (1994): JS90-110.

9

Hamm L, Mikkelsen B, Kuhr J, Støvring H, Munck A, Kragstrup J. Danish physiotherapists' management of low back pain. Advances in Physiotherapy 2003; 5: 109-113.

10

Audit om »Ondt i lænden« for praktiserende fysioterapeuter. Svarskrivelse 1999/2001. Fraktionen af klinikker for fysioterapi og Audit Projekt Odense).