



Dansk Rygdatabase (DaRD)

Årsrapport 2023

1. juli 2022 - 30. juni 2023

Offentlig version

Indledning

Velkommen til DaRD-årsrapport i et nyt format!

Hermed udgives den 6. årsrapport fra Dansk Rygdatabase. Vi har glædet os til at præsentere rapporten, hvor udvalgte indikatorers hovedresultat på en enkelt side samles med styregruppens fortolkning. Derudover er patientens perspektiv fremhævet, da formålet med DaRD netop er at forbedre behandlingen for patienter, der opsøger vejledning og behandling pga. nyopståede rygsmerter. Rygsmerter dækker over både nakke og lænderygsmerter.

Styregruppen anbefaler, at årsrapporten ses som et overbliksbillede af den kvalitet, der er leveret til patienterne i det forgangne år, og at de data, der løbende sendes retur til aktørerne, anvendes i det daglige kvalitetsarbejde.

Formålet med DaRD

DaRD monitorerer hele det tværsektorielle og tværfaglige patientforløb for patienter, der oplever rygsmerter for derved at sikre hensigtsmæssige udrednings- og behandlingsforløb på tværs af sektorer. Patienter med rygsmerter skal tilbydes en koordineret indsats, der tager udgangspunkt i den enkelte patients behov, så behandlingsforløbet bliver af høj sundhedsfaglig kvalitet. Dette kræver en systematisk og rettidig indsats fra alle involverede aktører.

Hvorfor får patienterne en klumme?

Det er kvaliteten af det samlede patientforløb, der er i fokus. Derfor har DaRD siden starten haft en patientrepræsentant i styregruppen. Patientrepræsentanten bidrager med vigtig viden om indikatorernes relevans set med patientens øjne samt i prioriteringen af indikatorer.

Hvem er patienterne med rygsmerter?

DaRD omfatter alle patienter med non-inflammatorisk og non-maligne rygsmerter. På nuværende tidspunkt er det kun muligt at monitorere patienter, der har haft en kontakt til et hospital grundet rygsmerter, da disse kontakter registreres med en diagnosekode i Landspatientregisteret (LPR). DaRD er begrænset af, at kontakter i primærsektoren, der specifikt skyldes rygsmerter aktuelt ikke kan identificeres.

Flere aktører, og dermed patienter, vil komme med i DaRD i løbet af de næste år

Der er gode initiativer i gang med henblik på at patienter, der ses hos de praktiserende speciallæger, kiropraktorer og fysioterapeuter fremadrettet kan identificeres ved en rygspecifik diagnose. Styregruppen vil appellere til at almen praksis fremadrettet også stiller deres data til rådighed, så det fulde behandlingsforløb kan monitoreres. Når denne mulighed er til stede, kan det samlede patientforløb beskrives.

Hvorfor er disse indikatorer udvalgt

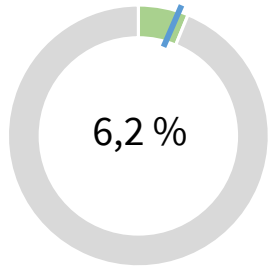
Kvaliteten i udredning afhænger af relevant undersøgelse herunder brug af MR. Kvaliteten af de MR-vurderes og det sikres at alvorlig patologi identificeres rettidigt. Behandlingskvaliteten vurderes ved brug af stærk smertestillende medicin og det tværsektorielle samarbejde ved fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet.

Styregruppen konkluderer og anbefaler:

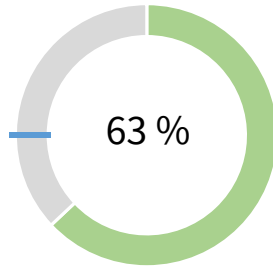
- Styregruppen ser med stor interesse på forslaget om en ny tilgang til behandling og forløb for mennesker med kroniske lænderygsmerter - kronikkerpakken. Med tiltaget ser styregruppen frem til at styrke den enkelte patients oplevelse af ét samlet forløb samt at kunne sikre tværfaglig monitorering af forløbet for patienter, der udredes og behandles for nakke- og rygsmerter. Det forudsætter dataindberetning fra primærsektor for at kunne beskrive hele det tværsektorielle forløb. En samlet monitorering er grundlaget for at sikre ensartet national kvalitet og dermed læring i et komplekst og ofte langvarigt forløb, der inkluderer primær- og sekundærsektor samt kommunerne.
- Der er stor regional variation i antallet af patienter, der ses i de fem regioner, hvilket tilskrives den lokale organisering. Det anbefales, at regionerne ser ind i hvilken betydning tilgængeligheden til udredning på sygehus har for det efterfølgende behandlingstilbud på sygehus og/eller i kommunalt regi.
- Der er regional variation i om patienter primært ses i akut regi eller om de visiteres ind i medicinsk eller kirurgisk regi. Det anbefales at overveje om patienternes kontaktmønster til akutafdelingerne er det bedste tilbud til patienterne, der ofte oplever akut opblussen i kendt rygforløb.
- Halvdelen af patienter, der ses på sygehus, diagnosticeres ved uspecifikke rygsmerter. Det anbefales at de regionale forløbsprogrammer fokuserer på om det samlede tilbud i primærsektor kan styrkes så patienterne i højere grad udredes og behandles i deres nærområde.

Flere indikatorer er tæt på at nå udviklingsmålet på landsplan

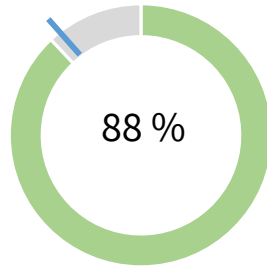
Gentagne MR-scanning



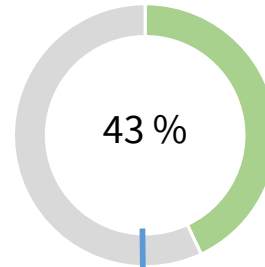
Genoptræningsplan, opererede



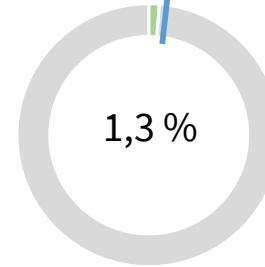
Smertebeh., uden tidligere forbrug



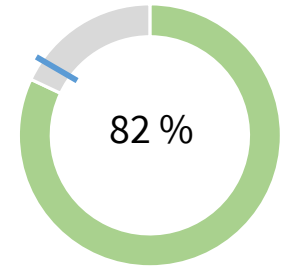
Smertebeh., med tidligere forbrug



Cancer, et år efter



Arbejdsmarkedsfastholdelse



Den blå streg viser udviklingsmålet for indikatoren

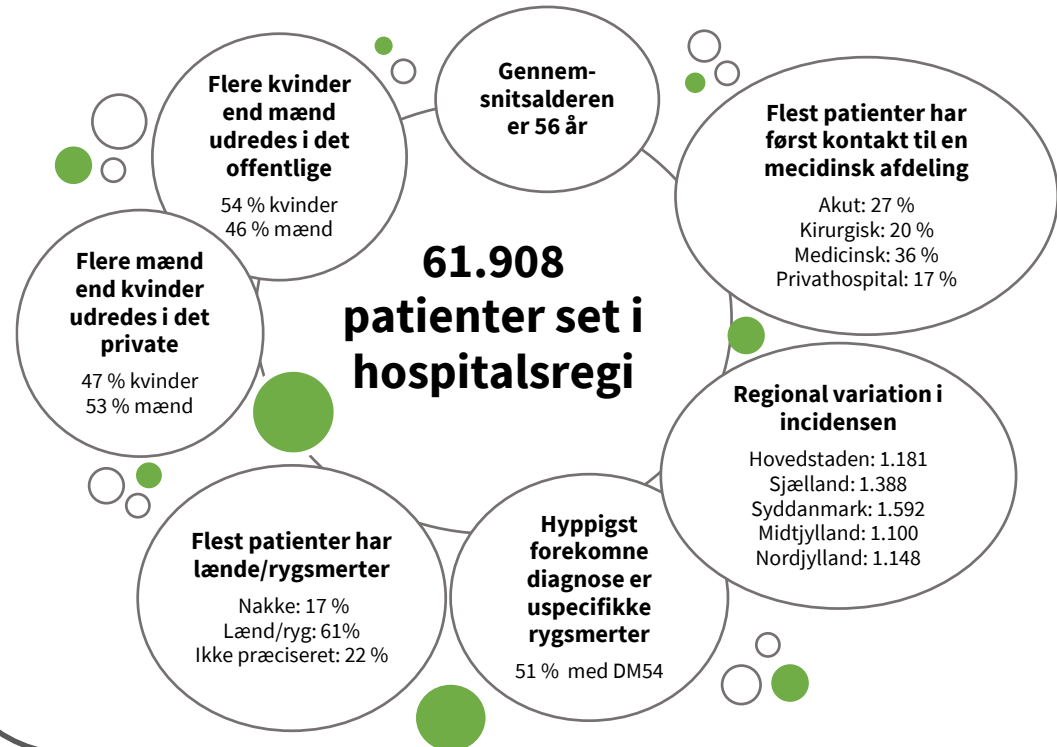
Hvem er de 61.908 patienter i DaRD?

DaRD inkluderer **incidente patienter på mindst 18 år med non-inflammatoriske og non-maligne rygsmerter** set på et offentligt eller privat hospital.

Diagnose	antal	(%)
Osteokondrose i rygsøjlen (DM42*)	55	(0%)
Andre deformerende ryg sygdomme (DM43*)	1.573	(3 %)
Spondylose (DM47*)	5.932	(10%)
Andre sygdomme i rygsøjlen (DM48*)	6.571	(11%)
Sygdomme i rygsøjlen ved sygdomme ka (DM495)	8	(0 %)
Sygdomme i halshvirvelsøjlen båndskiver (DM50*)	2.287	(4%)
Sygdomme i lumbale og torakale båndskiver (DM51*)	7.205	(12 %)
Andre ryglidelser IKA (DM53*)	2.061	(3 %)
Rygsmerter (DM54*)	31.662	(51 %)
Osteoporose UNS med pato. fraktur i rygsøjlen (DM809C)	556	(1 %)
Sygd. i knogler/muskler efter kirur./med indgreb (DM96*)	286	(0 %)
Biomekaniske dysfunktioner IKA (DM99*)	556	(1 %)
Luksation/distorsion af led/ligament på halsen (DS13*)	549	(1 %)

Incident er nye patienter, som dermed ikke må have haft en kontakt til et hospital grundet rygsmerter i de forudgående to år. Læs mere [her](#).

Nationale data for perioden 1. juli 2022 til 30. juni 2023



Gentagen MR-scanning

Andelen af gentagne MR-scanninger er faldet over de seneste fem år.

Hvorfor er indikatoren vigtig?

For ikke at udsætte patienterne for unødigt udredning skal MR-scanning kun foretages, når der er klar behandlingsmæssig indikation. Indikatoren havde i starten fokus på at minimere antallet af ekstra scanninger, der blev foretaget som udtryk for ringe kvalitet af den foreliggende scanning eller manglende tilgængelighed af resultat. Kvaliteten af beskrivelserne er i dag forbedret samtidig med at tilgængeligheden af scanninger er forbedret efter oprettelse af regionale systemer til deling af billeddiagnostiske undersøgelser.

Hvilke patienter indgår i indikatoren?

I denne indikator indgår 13.839 patienter, som er set i medicinsk eller kirurgisk regi og som har fået en MR-scanning (UXME*) indenfor 3 måneder før den første kontakt til en medicinsk eller kirurgisk afdeling. Resultatet viser at 859 patienter har fået foretaget endnu en MR-scanning (UXME* senest 4 måneder) efter deres første kontakt svarende til 6,2 %.

Hvilken diagnose har patienter, som får gentaget en MR-scanning?

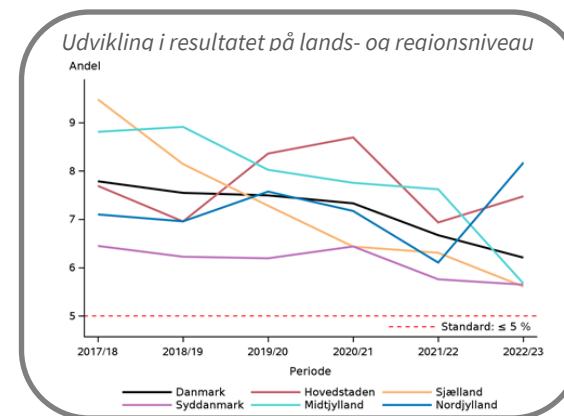
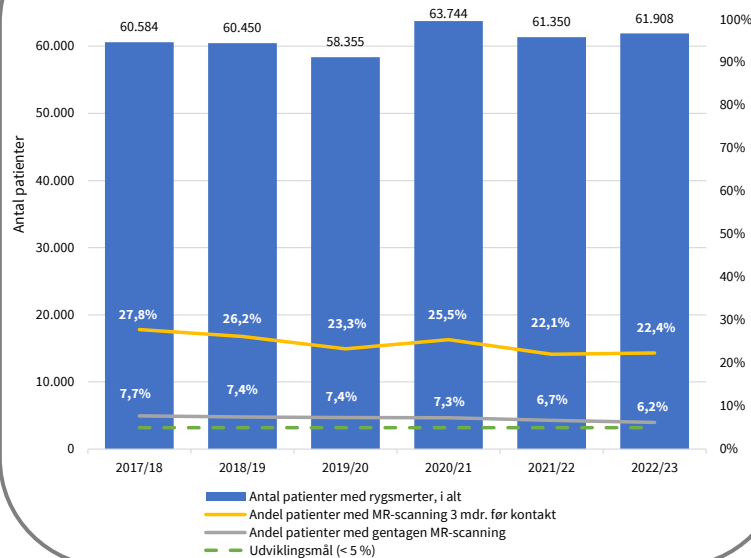
Blandt de 859 patienter med en gentagen MR-scanning var de hyppigste diagnoser:

rygsmerter (DM54*) 30 %, sygdomme i lumbale og torakale båndskiver (DM51*) 24 %, facitledsartrose (DM47*) 18% og spinalstenose (DM48*) 15 %.

Patienternes perspektiv

For patienten opleves en MR-scanning som en undersøgelse, der kan give et muligt svar på, hvorfor der opleves smerter. Men svaret på scanningen kan også give anledning til bekymringer. Derfor giver det mening med så målrettet og kvalificeret en scanning som muligt. En efterfølgende samtale med den fagprofessionelle om fund og behandlingsstrategi er vigtig for det videre forløb.

Figur over alle patienter med rygsmerter samt patienter, der har en MR-scanning før og efter den medicinske/kirurgiske hospitalskontakt



På landsplan ses en faldende udvikling over de seneste fem år

På landsplan fik 6,2 % af patienterne foretaget en ny MR-scanning inden for 3 måneder. For afdelinger med stort antal patientforløb (>100) varierer andelen fra 4,1 % til 8,7 %. Regionalt ses flest gentagne MR-scanninger i Region Hovedstaden og Nordjylland.

Der er imidlertid stor forskel på antallet af patienter med en MR-scanning forud for hospitalskontakten; i Midtjylland har 5.375 patienter en forudgående MR-scanning, mens det er under 3000 i de øvrige regioner.

Styregruppen anbefaler

Med den foreliggende dagsorden, om at anvende sundhedsvæsenets ressourcer og kapacitet mest hensigtsmæssigt, vurderes indikatoren stadig højaktuel. Samtidig kan fokus for kvalitetsindikatoren suppleres med, hvem der henvises til scanning og hvornår det sker i forløbet. Dette tilføjes som en ny indikator i næste årsrapport.

Genoptræningsplan, opererede

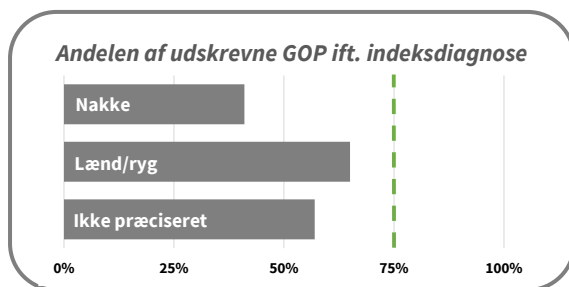
Patienter i to regioner får systematisk udskrevet en genoptræningsplan efter operation.

Hvorfor er indikatoren vigtig?

Patienter, der er opereret i ryggen, oplever ofte en betydelig funktionsnedsættelse. Formålet med genoptræning er, at patienterne opnår den bedst mulige funktionsevne, så de kan vende tilbage til deres hverdag på bedst mulige måde. Derfor bør de efter operation, jævnfør retningslinjerne, have udarbejdet en genoptræningsplan (GOP). Der skal for hver enkelt tages stilling til behovet for genoptræning ved opfølgning ca. 3 måneder efter operation.

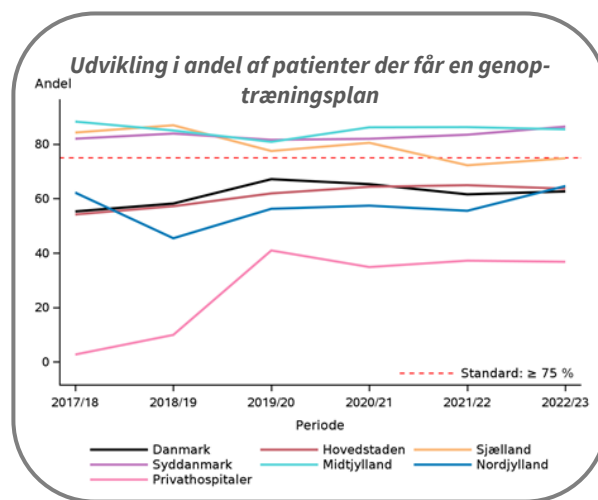
Patienternes perspektiv

Det er vigtigt, at der udarbejdes en genoptræningsplan til de patienter, der har behov for det. Nogle patienter ønsker at fortsætte samme træningsrutine som inden operationen, men hvor der af læge og patient opleves et behov, skal der udarbejdes en tilstrækkelig genoptræningsplan. Så er det patientens eget ansvar at udføre den anbefalede genoptræning i samarbejde med de fagprofessionelle.



Hvilke patienter indgår i indikatoren?

I alt 7.411 patienter med rygsmerter er blevet opereret indenfor det første år på et offentligt hospital eller med henvisning til et privathospital. Af disse patienter har 4.644 fået udarbejdet en GOP senest 4 måneder efter operationen.



Indikatoren er langt fra opfyldt i Danmark

På landsplan fik 63 % af patienterne udarbejdet en GOP efter operation. Der ses betydelig regional variation fra 37 % til 86 %. Af trendgrafnen ses, at de to regioner Midtjylland og Syddanmark gennem flere år har levet op til standarden, idet alle hospitalsafdelinger udskriver GOP til mere end 75 % af patienterne. I de øvrige regioner og på privathospitalerne er der betydelige mangler i registreringen.

Styregruppen anbefaler

Ved audit blev det diskuteret, at kodningen for udskrivelse af genoptræningsplaner alene beror på om der sendes genoptræningsplan til kommunal genoptræning. Da ikke alle patienter vurderes at have et genoptræningsbehov er indikatoren i sagens natur IKKE i overensstemmende med patienternes reelle genoptræningsbehov.

Styregruppen anbefaler derfor, at kodningen ændres så det er muligt at vurdere, om der er taget stilling til genoptræning og hvilket tilbud patienterne har fået.

Koderne for vurdering af behov er følgende:

- ZZ0172 Vurdering af behov for genoptræning
- ZZ0172U Vurdering af behov for genoptræning, rehabilitering på specialiseret niveau
- ZZ0172V Vurdering af behov for genoptræning, patienten ønsker ikke genoptræning
- ZZ0172W Vurdering af behov for genoptræning, ingen genoptræning
- ZZ0172X Vurdering af behov for genoptræning, almen genoptræning
- ZZ0172Y Vurdering af behov for genoptræning, specialiseret genoptræning

Samtidig anbefales det, at oplysninger om hvilket tilbud patienterne har fået både i primærsektor og i kommunalt regi bliver tilgængeligt. Herved bliver det muligt at monitorere om alle patienter med et vurderet behov for genoptræning reelt tilbydes dette og i hvilket omfang patienterne tager imod dette tilbud.

Smertebehandling, uden tidligere forbrug

Positivt at en høj andel af patienter ikke indløser recepter på stærk smertestillende medicin før og efter en hospitalskontakt

Hvorfor er indikatoren vigtig?

Rygsmarter kan opleves uoverkommelig, hvorfor der ofte vil være et ønske om at fjerne/dæmpe smerterne med smertestillende medicin. Internationale studier tyder imidlertid på, at vedvarende behandling med stærk smertestillende medicin har begrænset effekt. Dette sammenholdt med, at disse stoffer potentielt er afhængighedsskabende, understreger, hvor vigtigt det er med et vedvarende fokus på at minimere brugen heraf. Derudover præciserer retningslinjerne at der skal ske hurtig udtrækning i de tilfælde, hvor patienten vurderes at have et kortvarigt behov for stærk smertestillende medicin.

Hvilke patienter indgår i indikatoren?

I denne indikator indgår 40.618 patienter med rygsmarter (66 % af alle patienter), der i forløbet op til (3 måneder før) hospitalskontakten ikke har indløst recepter på stærk smertestillende medicin. Af disse patienter havde 35.618 ikke indløst en recept i perioden efter kontakten (90-180 dage efter).

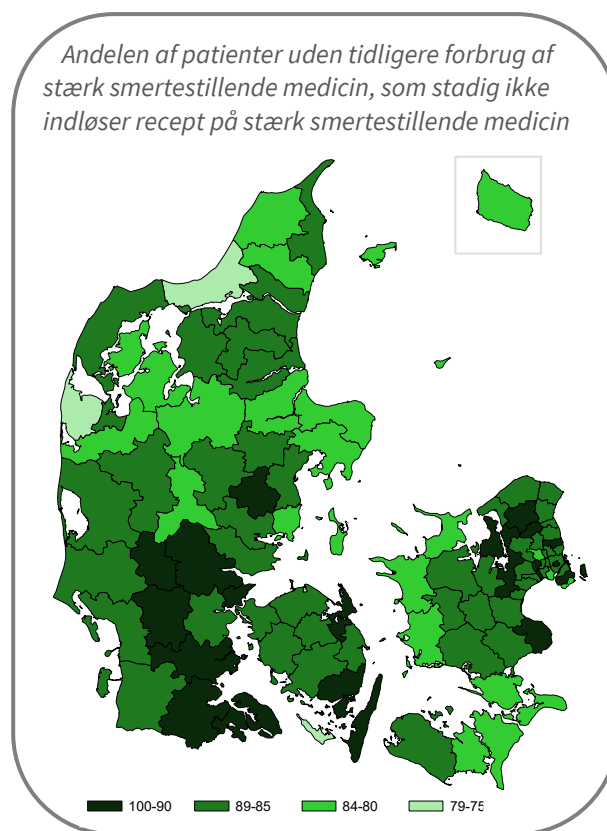
Indikatoren er tæt på opfyldt i Danmark

På landsplan havde 88 % af patienterne (35.618) stadig ikke indløst recept på stærk smertestillende medicin (standard $\geq 90\%$). Der ses en mindre regional

variation fra 85 % til 89 %. I forhold til bopælskommunale ses en større variation fra 77 % til 92 %.

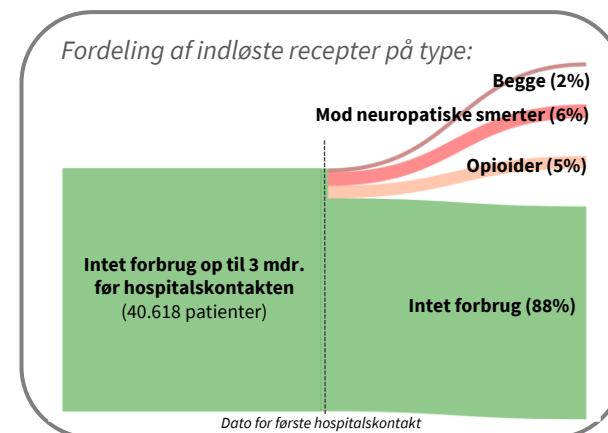
Patienternes perspektiv

Som patient er det vigtigt at modtage den rette behandling på det rette tidspunkt, og her kan smertestillende medicin være den rette behandling for en periode. En udtrækning må ske med et klart mål for behandlingsstop, og dette mål skal sættes i samarbejde med den ordinerende læge. Det er ikke i patienternes interesser at fortsætte på fast stærk smertestillende uden en opfølgende plan.



Hvad er stærk smertestillende medicin?

Stærk smertestillende medicin dækker over opioider samt midler mod neuropatiske smerter (Gaba-pentin, Pregabalin, Imipramin og Amitriptylin). Viden om farmakologisk behandling fås fra Lægemiddelstatistikregisteret ved recepter indløst på landets apoteker. Stærk smertestillende medicin, givet eller udleveret i hospitalsregi, er derfor ikke med. Note: der findes ikke entydig viden om indikation, hvorfor det ikke vides, om recepten er indløst på grund af rygsmarter eller af anden årsag.



Styregruppen anbefaler

Styregruppen anbefaler, at de afdelinger, der som del af behandlingen udskriver stærk smertestillende medicin, planlægger audit for at belyse, om 1) der fastsættes individuelle mål for behandling, 2) om dette nås og 3) om der følges op på udtrækning af stærk smertestillende medicin.

Audit anbefales udført i samarbejde mellem hospital og praktiserende læge, da den fortsatte opfølgning sker i praksis.

Smertebehandling, med tidligere forbrug

Der er behov for at få afdækket, hvorfor over halvdelen af patienterne fortsætter med at tage stærk smertestillende medicin efter udredning og behandling på sygehus.

Hvorfor er indikatoren vigtig?

Patienter, der henvises til udredning og behandling på hospital oplever ofte svære symptomer og behandlingen er ofte kompliceret. Det kræver specifikt fokus på om vedvarende behandling er den bedste behandling eller om det tværsektorielle samarbejde kan understøtte reduktion i vedvarende brug af stærk smertestillende medicin. Hensigten er at sikre et vedvarende fokus på at brugen af stærk smertestillende medicin skal være kortvarig og at der skal ske en hurtig udtrapning i de tilfælde, hvor patienten blev vurderet til at have behov for stærk smertestillende medicin.

Hvilke patienter indgår i indikatoren?

I denne indikator indgår 19.050 patienter med rygsmerter (34 % af alle patienter), der i forløbet op til hospitalskontakten (3 måneder før) har indløst recepter på stærk smertestillende medicin. Af disse patienter havde 8.333 patienter ikke indløst en recept efter kontakten (90-180 dage efter).

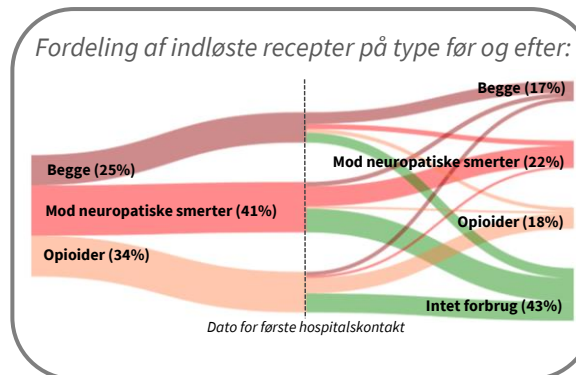
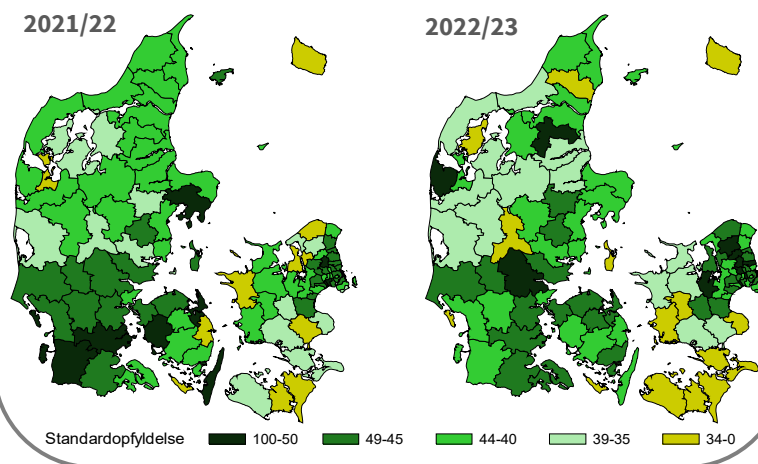
Patienternes perspektiv

Det kan for nogle patienter være nødvendigt at bruge smertestillende medicin for at kunne klare sin hverdag. Dog er det for de færreste en holdbar behandling over tid. Der er behov for at kigge på gruppen af patienter, der tager smertestillende medicin igennem længere tid for at undersøge, om andre behandlingsformer kan og skal tilbydes. Smertestillende behandling må ikke blive den eneste behandling.

Indikatoren er ikke opfyldt i Danmark

På landsplan havde 43 % af patienter med tidligere forbrug ikke indløst recept på stærk smertestillende medicin (standard ≥ 50 %). Der ses en regional variation fra 38 % til 46 %. I 89 bopælskommuner fortsætter mere end halvdelen af patienterne med at indløse stærk smertestillende medicin efter hospitalskontakten.

Andelen af patienter med tidligere forbrug af stærk smertestillende medicin, som ikke længere indløser recept på stærk smertestillende medicin



Styregruppen anbefaler

Styregruppen anbefaler, at hospitaler, praktiserende læger og reumatologer, der behandler et højt antal patienter med kroniske nakke- og rygsmerter, laver audit for at belyse om patienterne har behovet for at fortsætte brugen af stærk smertestillende medicin samt hvilke alternative muligheder, der er for behandling.

En sådan afdækning forventes at kunne medvirke til at reducere antallet af patienter, der er i fortsat behandling med stærk smertestillende medicin.

Arbejdsmarkedsfastholdelse

Arbejdsmarkedsfastholdelse er en vigtig markør for, om den enkelte patient fastholder sit funktionsniveau.

Hvorfor er indikatoren vigtig?

Patienter med rygsmerter lever ofte med længerevarende smerter, som kan påvirke deres evne til at opretholde et arbejde. Det er derfor vigtigt, at alle, der er involveret i behandlingen, arbejder sammen med henblik på at patienten kan fastholde sin tilknytning til arbejdsmarked. Hensigten med indikatoren er at understøtte at den enkelte patient fastholder tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette sker ved et bredt tværsektorielt samarbejde, der også inkluderer sagsbehandler og arbejdsgiver.

Hvilke patienter indgår i indikatoren?

I denne indikator indgår patienter i aldersgruppen 30-60 år, som ét år før de i sygehusregi udredes og behandles for rygsmerter er i fuld beskæftigelse (beskæftigelsesgrad over 30 timer). I alt 17.686 patienter i beskæftigelse ét år før, hvilket svarer til 59 % af borgere i aldersgruppen. Gennemsnitsalderen var 47 år, 52 % var mænd og 52 % havde ved første kontakt fået diagnose 'rygsmerter' (DM54¹). Af disse patienter havde 14.532 stadig fuld tilknytning til arbejdsmarkedet et år efter.

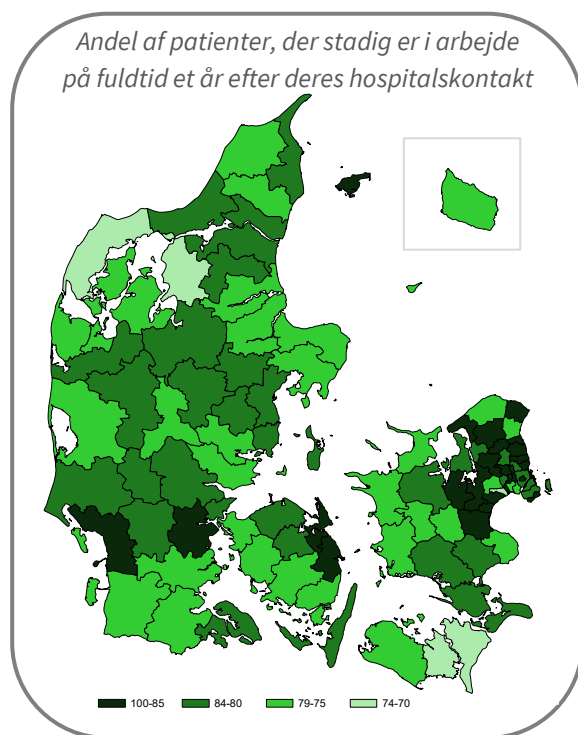
Hvordan måles arbejdsmarkedsfastholdelse?

Viden om arbejdsmarkedstilknytning fås fra beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM. Her registreres beskæftigelsesgrad via arbejdsmarkedsbidraget, hvor en arbejdstid på 37 timer registreres

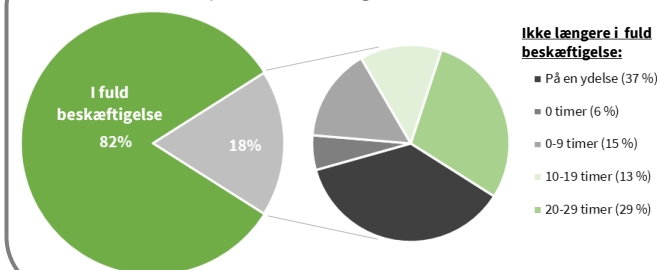
med værdien '1'. Beskæftigelsesgraden registreres kun for borgere, der indbetaler arbejdsmarkedsbidrag af lønindkomsten. Det betyder at selvstændige og timelønnede ikke indgår.

Patienternes perspektiv

At få en rygsgdom kan være meget indgribende for den enkelte. Det er fra patientens perspektiv derfor positivt, at 82 % stadig er i fuld beskæftigelse efter en sygeperiode. På den anden side viser tallene også at arbejdslivet er ændret for knap 1 ud af 5. Det er her vigtigt, at der fremadrettet kommer mere fokus på, hvordan der kan arbejdes med at styrke deres fortsatte tilknytning til arbejdsmarkedet.



Sådan fordeler patienterne sig:



Indikatoren er tæt på opfyldt i Danmark

På landsplan var 82 % af de patienter, der var i fuld beskæftigelse ét år før første kontakt til sygehus fortsat i fuld beskæftigelse et år efter hospitalskontakten (standard ≥ 85 %). Flest patienter bosiddende i Region Hovedstaden er i fuld beskæftigelse (85 %) året efter, mens det er færrest bosiddende i Region Midt-og Nordjylland (80 %). I forhold til bopælskommunale ses en variation fra 71 % til 91 %.

Styregruppen anbefaler

Nationale og internationale undersøgelser konkluderer, at tilknytning til arbejdsmarkedet er den vigtigste prædikator for længere levetid og bedre livskvalitet.

Styregruppen anbefaler et stærkt fokus på, at den enkelte patient understøttes i at forblive på arbejdsmarkedet, og at det tværfaglige samarbejde anvender mål for tilknytning til arbejdsmarkedet, som udtryk for kvaliteten i det samlede behandlingsforløb.

Regionale kommentarer

Region Hovedstaden: Ad samlet konklusion og anbefalinger:

Generelt er vi enige i, at et samlet overblik over patientforløbene tværsektorielt forudsætter data fra almen praksis. Der er i Region Hovedstaden en kultur i 1813, hvor man henviser en stor andel patienter med akutte lænderygsmarter til vurdering på hospital. Vi er enige i, at man bør kunne gøre det lidt bedre og sikre, at flere patienter med akutte lænderygsmarter kan udredes og behandles i deres nærområde.

De fire øvrige regioner har ikke haft bemærkninger til årsrapporten.

NB: Indkomne bemærkninger til indikatorerne fra Region Syddanmark og Region Hovedstaden er videreformidlet til styregruppen.

Links til supplerende materiale:

- [DaRD Dataindberetningsvejledning](#)
- [DaRD styregruppe](#)

Dansk Rygdatabase (DaRD)

© RKKP 2024

Udarbejdet af:

Rapporten er udarbejdet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) Videncenter i samarbejde med formandskabet. Rapporten er auditeret og kommenteret af styregruppen.

Forperson for DaRD:

Berit Schiøttz-Christensen

RKKP's kontaktperson:

Julie Mark, Jumark@rkkp.dk

Udgiver:

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Hedeager 3

8200 Aarhus N

www.rkkp.dk

Version dato: d. 19. december 2024

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse



regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram