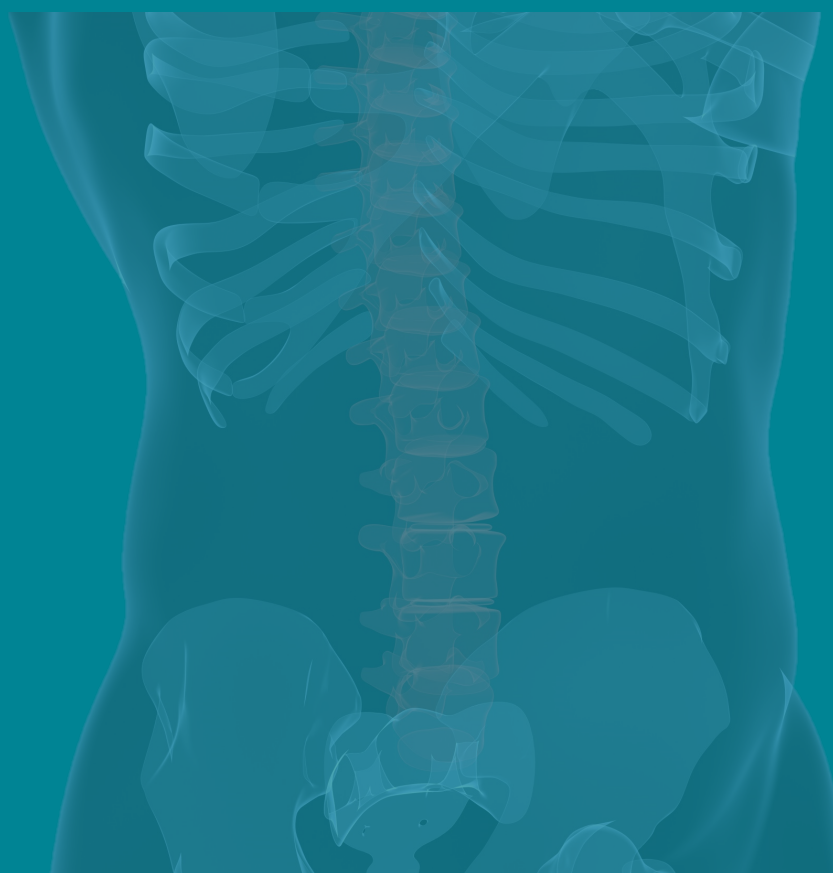


KRONISKE SYGDOMME BLANDT PERSONER MED GIGT- OG RYGSYGDOM

EN NATIONAL ANALYSE AF SYGDOMSPROFIL OG BEHANDLINGSOMKOSTNINGER



DE[®]
FACT
UM

Kroniske sygdomme blandt personer med gigt- og rygsygdom – en national analyse af sygdomsprofil og behandlingsomkostninger

Copyright ©:
DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2019.

Emneord:
Gigt, slidgigt, rygsygdom, multisygdom, kronisk sygdom, sygdomsbillede, behandlingsomkostninger

Sprog: Dansk

Udgivet af: DEFACTUM, 2019.
Udgave: 1. udgave

Finansieret af: Gigtforeningen
Design: DEFACTUM, Region Midtjylland
Forsidebillede: Colourbox.dk
Kvalitetssikring af rapporten: Internt review

ISBN: 978-87-93657-06-9

Forfattere:
Julie Christiansen
Emely Ek Blæhr
Kristian Nørgaard Larsen
Michael Davidsen
Nanna Borup Johansen
Finn Breinholt Larsen

Denne publikation citeres således:
Christiansen J, Blæhr EE, Larsen KN, Davidsen M, Johansen NB, Larsen FB.
Kroniske sygdomme blandt personer med gigt- og rygsygdom – en national analyse af sygdomsprofil og behandlingsomkostninger. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2019

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:
DEFACTUM
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus

E-mail: defactum@rm.dk
Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk under publikationer.

Forord

Baggrunden for den undersøgelse, der præsenteres i nærværende rapport, er et ønske fra Gigtforeningen om at få mere viden om sygdomsprofilen hos personer med gigt- og rygsygdom og om forbruget af sundhedsydelse blandt disse personer. En grundig afdækning af sygdomsprofilen hos personer med gigt- og rygsygdom er vigtig i forhold til at sikre en tilstrækkelig indsats hos de praktiserende læger, ved tilrettelæggelse af behandlingsforløb i det specialiserede sundhedsvæsen samt for den kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsats. Viden om behandlingsomkostningerne hos personer med gigt- og rygsygdom, herunder betydningen af samtidigt at have flere kroniske sygdomme, er desuden interessant og kan medvirke til at øge forståelsen af gigt-patienters økonomiske indvirkning på sundhedsvæsenet. Denne viden kan desuden være medvirkende til at belyse de potentielle økonomiske gevinster ved helhedsorienterede behandlingsforløb og forebyggelse.

Undersøgelsen er gennemført af en projektgruppe bestående af ph.d.-studerende Julie Christiansen, ph.d.-studerende Emely Ek Blæhr, forskningsassistent Kristian Nørgaard Larsen, DEFACTUM, Region Midtjylland, seniorforsker Michael Davidsen, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, forsker Nanna Brorup Johansen, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden og seniorforsker Finn Breinholt Larsen, DEFACTUM, Region Midtjylland.

Vi takker for brug af data fra Den Nationale Sundhedsprofil. Den Nationale Sundhedsprofil er finansieret af Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Sundheds- og Ældreministeriet og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Undersøgelsen er finansieret af Gigtforeningen.

Camilla Palmhøj Nielsen
Forskningschef
DEFACTUM

Indholdsfortegnelse

Resumé	5
Hovedfund	7
Baggrund.....	8
Formål.....	11
1. Kroniske sygdomme blandt personer med gigt- og rygsygdom.....	13
2. Behandlingsomkostninger blandt personer med gigt- og rygsygdom	19
Diskussion	22
Referencer	26
Appendiks.....	28

Resumé

Baggrund og formål

Som en fælles betegnelse er gigt- og rygsygdom en af de mest udbredte kroniske sygdomme i Danmark, og denne gruppe af sygdomme har store konsekvenser for både patienter og for samfundsøkonomien. Årligt er gigt- og rygsygdom årsag til 16 % af alle nytilkendte førtidspensioner. Herudover er gigt- og rygsygdom ofte forbundet med andre kroniske sygdomme, hvilket betyder, at mange personer med gigt- og rygsygdom har multisygdom. Både gigt- og rygsygdom og multisygdom er forbundet med store behandlingsomkostninger, og kombinationen af gigt- og rygsygdom og andre kroniske sygdomme formodes at få behandlingsomkostninger til at stige yderligere. Der er dog stadig begrænset viden om omfanget af disse omkostninger, især i en dansk kontekst.

På baggrund af dette ønskes der en analyse af sammenhængen mellem gigt- og rygsygdom og andre kroniske sygdomme, herunder hvilke og hvor mange andre kroniske lidelser patienter med gigt- og rygsygdom har. Desuden ønskes der en analyse af behandlingsomkostninger for patienter med multisygdom med og uden gigt- og rygsygdomme samt af behandlingsomkostningerne for patienter med gigt- og rygsygdom med og uden multisygdom.

Resultater

I dette studie anvendes registerdata fra Landspatientregisteret til at identificere gigt- og rygsygdom, mens selvrapporterede data fra Den Nationale Sundhedsprofil anvendes til at identificere andre kroniske sygdomme. Analysen viser, at 10 % af den danske befolkning over 16 år er diagnosticeret med gigt- eller rygsygdom i det specialiserede sundhedsvæsen, når populationen observeres over en femårig periode. Deraf har 10 % mere end én gigt- eller rygsygdomsdiagnose. Blandt personer, der har gigt- og rygsygdom, ses det desuden, at 73 % har andre kroniske sygdomme end gigt- og rygsygdom, hvilket karakteriseres som multisygdom. Ser vi på patienter uden gigt- og rygsygdom, har blot 25 % af den danske befolkning over 16 år to eller flere kroniske lidelser (multisygdom).

Omkostningsanalysen viser, at behandlingsomkostningerne for personer med multisygdom, der samtidig har gigt- og ryggsygdom, årligt er 12.202 kr. højere end for personer, der har multisygdom, men ikke har gigt- og ryggsygdom. Ligeledes ses det, at en person, der har gigt- og ryggsygdom og samtidig har multisygdom, gennemsnitlig har årlige behandlingsomkostninger for 14.386 kr. mere end en person, der kun har én gigt- og ryggsygdom.

Diskussion og konklusioner

Sammenfattende bekræfter nærværende undersøgelse tidligere fund på området, men bidrager blandt andet med ny viden om, hvilke sygdomme der særligt er udbredt blandt personer med gigt- eller ryggsygdom, ligesom undersøgelsen udvider eksisterende viden om sammenhængen mellem gigt- og ryggsygdom, multisygdom og behandlingsomkostninger. Tilsammen understreger resultaterne blandt andet vigtigheden af en tilstrækkelig indsats hos de praktiserende læger samt betydningen af en hensigtsmæssig, helhedsorienteret tilrettelæggelse af behandlingsforløb i det specialiserede sundhedsvæsen for at bedre betingelserne for personer med gigt- eller ryggsygdom. Ligeledes understreger undersøgelsens resultater nødvendigheden af kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, der fokuserer specifikt på forholdet mellem gigt- og ryggsygdom i samspil med andre kroniske lidelser. Sluttelig øger undersøgelsen vores forståelse af gigtpatienters økonomiske indvirkning på sundhedsvæsenet og understreger, at personer med gigt- eller ryggsygdom er en yderst belastet patientgruppe, hvor specialiseret og målrettet behandling, forebyggelse og rehabilitering med fordel vil kunne bedre vilkårene for patienterne og potentielt mindske forbruget af sundhedsydelser.

Hovedfund

- 1) Langt de fleste personer med gigt- og rygsygdom lider samtidig af andre kroniske sygdomme end gigt- og rygsygdom (73 %), og multisygdom er dermed normen fremfor undtagelsen blandt personer med gigt- og rygsygdom.
- 2) Andelen med diabetes og hjerte-kar-sygdom er dobbelt så stor blandt personer med gigt- og rygsygdom som hos personer uden.
- 3) Andelen med kræft, KOL og grå stær er ligeledes dobbelt så stor blandt personer med gigt- og rygsygdom som hos personer uden.
- 4) Personer, der har multisygdom og samtidig har gigt- og rygsygdom, har markant højere behandlingsomkostninger end personer, der har multisygdom, men ikke har gigt- og rygsygdom.
- 5) Personer med gigt- og rygsygdom, der samtidig har multisygdom, har markant højere behandlingsomkostninger end personer, der kun har gigt- og rygsygdom.

Baggrund

Gigt- og rygsygdom er den mest udbredte kroniske sygdomsgruppe blandt voksne (1,2,3). Gigt er ikke én sygdom, men derimod en fælles betegnelse for en lang række sygdomme i ryg, led og muskler, hvor symptomerne er smerter, funktionsnedsættelse og træthed (4). Ofte betegnes gigtsygdomme også som sygdomme i bevægeapparatet, rygsygdomme og reumatologiske sygdomme (4,5). Det er svært at opgøre den nøjagtige forekomst af gigt i befolkningen, men det skønnes, at over 700.000 danskere lider af en gigt- og rygsygdom (5). Den mest udbredte form for gigt er artrose (slidgigt) (4,6,7), som ifølge danske undersøgelser optræder hos ca. 14 % af mændene og 21 % af kvinderne (8,9). Dertil ses, at rygsygdomme optræder hos ca. 15 % af den voksne befolkning, samt at 30 % har haft rygsmerter inden for de sidste 14 dage (10). Undersøgelserne er baseret på henholdsvis selvrapportering (8) og en kombination af selvrapportering og registeroplysninger (9,10).

Gigt ses hos både børn og voksne. Selvom både mænd og kvinder rammes, viser undersøgelser dog, at gigt er særligt udbredt blandt kvinder (3,9) og personer med kort uddannelse (3), ligesom forekomsten af gigtsygdomme stiger med alderen (9). Ligeledes ses det, at eksempelvis lænderygsmerter er mest udbredt blandt kvinder, og at forekomsten af lænderygsmerter stiger med alderen (9).

De samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med gigt- og rygsygdom er store, blandt andet som konsekvens af tabt arbejdsfortjeneste og store behandlingsomkostninger (9,10). En analyse fra Sundhedsstyrelsen (2015) viser, at artrose alene hvert år er årsag til ca. 210 nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og 310 blandt kvinder, mens lænderygsmerter er årsag til op mod 880 nytilkendte førtidspensioner årligt, svarende til 6 % af de årligt samlede nytilkendte førtidspensioner. Dertil har erhvervsaktive personer med artrose samlet set 3,3 mio. flere sygedage årligt end erhvervsaktive personer uden artrose, hvilket svarer til over 10 % af alle sygedage blandt de erhvervsaktive (9). Herudover forårsager lænderygsmerter samlet set 11.000 indlæggelser og 4.200 skadestuebesøg årligt (9).

Internationale studier har de seneste år påvist en sammenhæng mellem gigtsygdom og multisygdom, der peger på, at gigt er særligt udbredt blandt personer, der har multisygdom (3,11,12).

Multisygdom defineres som det, at en person har to eller flere kroniske sygdomme på samme tid (13). En dansk undersøgelse baseret på selvrapporterede data og registerdata viser, at ca. 20 % af den voksne befolkning (16+ år) har multisygdom (14). En anden dansk undersøgelse baseret på selvrapporterede data viser, at 40 % af den voksne befolkning har multisygdom (15). Det understreger, at den påviste forekomst er følsom over for opgørelsesmetode og antallet af sygdomme, der indgår i opgørelsen, men at multisygdom under alle omstændigheder er et udbredt fænomen.

Multisygdom kan medføre en betydelig behandlingsbyrde for patienten (16), og med indtagelse af flere lægemidler samtidigt (polyfarmaci) øges risikoen for fejlmedicinering, bivirkninger og lægemiddelinteraktioner. En analyse foretaget af Statens Serum Institut peger desuden på, at der er store omkostninger forbundet med at have multisygdom¹ (17), samt at multisygdom (3+ kroniske sygdomme) koster 2,5 gange så meget som én enkelt kronisk sygdom, når de totale omkostninger for forbrug i sundhedsvæsenet opgøres (14).

Et nyere hollandsk studie viser desuden, at muskel-skelet-sygdomme (herunder gigt) øger behandlingsomkostningerne blandt multisyge (18). Studiet finder således, at behandlingsomkostningerne for patienter med to kroniske sygdomme er to gange større end for personer uden kroniske sygdomme, mens behandlingsomkostningerne for patienter med to kroniske sygdomme, herun-

¹ Opgjort som produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af sengedage og besøg i det psykiatriske sygehusvæsen, bruttohonorarer ved behandling i praksissektoren samt regionale tilskud til receptpligtig medicin. Multisygdom er opgjort som to eller flere kroniske sygdomme ud af syv (kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose, type 1- og type 2-diabetes, hjertesvigt og astma).

der en muskel-skelet-sygdom, er tre gange højere end for personer uden kroniske sygdomme (18).

Til trods for at en række nyere studier har dokumenteret en sammenhæng mellem gigtsygdom og multisygdom, er vores viden om sygdomsprofilen hos personer med gigt- og rygsygdom, herunder hvilke kroniske sygdomme der oftest optræder sammen med gigt- og rygsygdom, stadig begrænset. Desuden mangler vi viden om, hvorvidt gigt- og rygsygdom medfører et større forbrug af sundhedsydelser blandt personer med multisygdom i Danmark sammenlignet med personer med multisygdom, men uden gigt- og rygsygdom.

Forekomsten af såvel gigt- og rygsygdom som multisygdom i befolkningen er i høj grad afhængig af definition og opgørelsesmetode (10). Gigt- og rygsygdom giver således ikke altid anledning til indlæggelse eller ambulante hospitalsbesøg i det specialiserede sundhedsvæsen, da mildere tilfælde ofte behandles i primærsektoren. Brug af registeroplysninger fra det specialiserede sundhedsvæsen, som det eksempelvis er tilfældet ved brug af data fra Landspatientregisteret, er således forbundet med en vis underrapportering. Modsat indebærer brug af selvrapporterede data, som det er tilfældet ved brug af data fra spørgeskemaundersøgelser, at det er den enkelte persons tolkning af symptomer og oplevelse af besvær eller smerte samt tolkning af information fra læger og andet sundhedspersonale, der har betydning for, hvad der rapporteres. Både register- og selvrapporterede data giver derfor anledning til fejlklassificering. I forhold til multisygdom ses det ligeledes, at forekomsten kan variere på tværs af undersøgelser som følge af antallet og typen af kroniske sygdomme, der spørges til i spørgeskemaundersøgelser, eller som medtages fra sygdomsregistre.

I nærværende undersøgelse defineres gigt- og rygsygdom som artrose, inflammatoriske gigtsygdomme (herunder leddegigt) og ikke-inflammatorisk gigt- og rygsygdom (herunder rygsmerter). Personer med gigt- og rygsygdom er identificeret ved hjælp af data fra Landspatientregisteret. Det betyder, at nærværende undersøgelse alene inkluderer personer, der har været i kontakt med det specialiserede sundhedsvæsen i forbindelse med deres gigt- og rygsygdom (se afgrænsning og uddybning i appendiks). Personer, der er diagno-

sticeret med en gigt- og ryggsygdom i almen praksis, indgår dermed *ikke* i opgørelsen. Dette giver en lavere forekomst end ved brug af spørgeskemadata og identificerer samtidig de personer, der lider af flest gener i forbindelse med deres gigt- og ryggsygdom. Personer, der har multisygdom, er defineret som personer, der har to eller flere kroniske sygdomme. Til dette formål er anvendt selvrapporterede data fra Den Nationale Sundhedsprofil – en repræsentativ spørgeskemaundersøgelse blandt den voksne befolkning (16+ år) (19). Således vil en person, der har én gigt- og ryggsygdom og mindst én anden kronisk sygdom, have multisygdom, ligesom en person, der har to eller flere gigt- og ryggsygdomme eller to eller flere andre kroniske sygdomme, også defineres som at have multisygdom i nærværende undersøgelse. Se appendikset for en uddybende metodebeskrivelse af gigt- og ryggsygdom samt en liste over selvrapporterede sygdomme.

Formål

Formålet med undersøgelsen er at afdække sygdomsbilledet for personer med gigt- og ryggsygdom samt at undersøge, hvordan gigt- og ryggsygdom påvirker forbruget af behandlingsomkostninger blandt multisyge, og hvordan andre kroniske sygdomme påvirker forbruget af behandlingsomkostninger blandt personer med gigt- og ryggsygdom. Formålet med undersøgelsen er operationaliseret i følgende forskningsspørgsmål:

1. Forskningsspørgsmål vedrørende kroniske sygdomme blandt personer med gigt- og ryggsygdom

- Hvor mange øvrige kroniske lidelser har personer med gigt- og ryggsygdom?
- Hvilke øvrige kroniske lidelser har personer med gigt- og ryggsygdom typisk?
- Har personer med gigt- og ryggsygdom signifikant flere andre kroniske lidelser end befolkningen generelt, når der kontrolleres for forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau?

2. Forskningsspørgsmål vedrørende omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet

- Er behandlingsomkostningerne højere for personer med multisygdom, hvis personerne også har gigt- og rygsygdom, sammenlignet med personer, der har multisygdom, men ikke har gigt- og rygsygdom?
- Er behandlingsomkostningerne højere for personer med gigt- og rygsygdom, hvis personerne også har multisygdom, sammenlignet med personer, der kun har gigt- og rygsygdom, men ikke har multisygdom?

1. Kroniske sygdomme blandt personer med gigt- og rygsygdom

Datagrundlaget for følgende analyser er baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013 i kombination med data fra Landspatientregisteret.

Figur 1. Gigt- og rygsygdom i den voksne befolkning (16+ år)



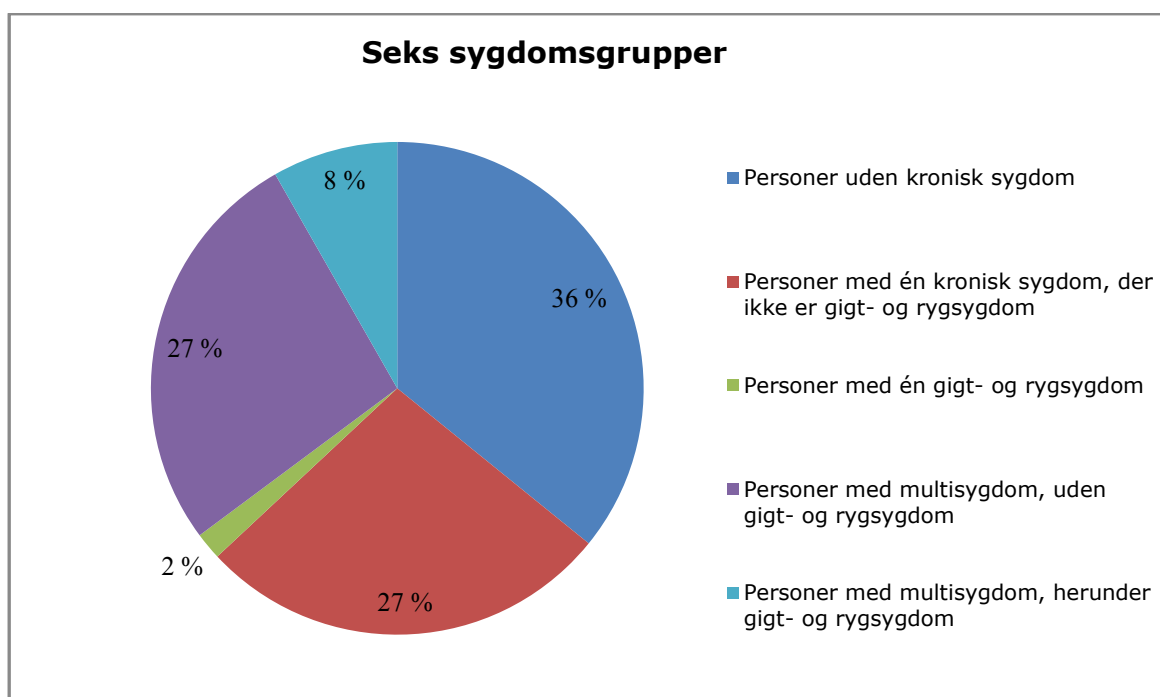
Note: Tallene er opgjort på baggrund af data fra Landspatientregisteret fra 2013.

Af figur 1 fremgår det, at godt 10 %, svarende til ca. 460.000 danskere over 16 år, i perioden 2008 til 2013 havde kontakt med det specialiserede sundhedsvæsen i forbindelse med gigt- og rygsygdom. 5,4 % af befolkningen, svarende til 242.000, var i kontakt med det specialiserede sundhedsvæsen i forbindelse med artrose. Artrose var samtidig den mest udbredte form for gigt- og rygsygdom. 4,7 %, svarende til 209.000, var i kontakt med det specialiserede sundhedsvæsen i forbindelse med ikke-inflammatorisk gigt- og rygsyg-

dom. Endelig var ca. 45.000 i kontakt med det specialiserede sundhedsvæsen i forbindelse med inflammatorisk gigtsygdom.

Det bør fremhæves, at antallet ikke angiver den fulde forekomst af gigt- og rygsygdom i befolkningen, da personer, der er blevet diagnosticeret med gigt- og rygsygdom inden 2008 eller udelukkende i primærsektoren, som det er tilfældet for patienter, der kun er set af egen læge, ikke optræder i opgørelsen.

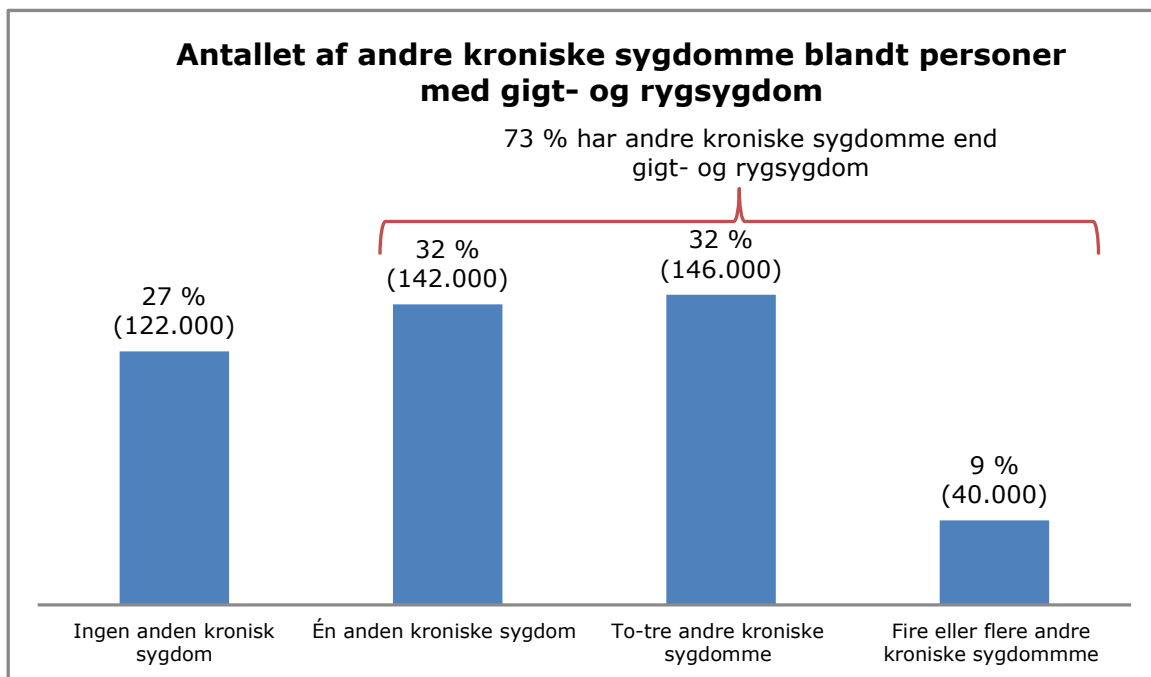
Figur 2. Seks sygdomsgrupper i den voksne befolkning (16+ år)



Note: Tallene er opgjort på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og Landspatientregisteret i perioden 2008-2013. Tallene angiver andelen af befolkningen i hver sygdomsgruppe. Se appendiks for flere informationer.

Som det fremgår af figur 2, er andelen af den voksne befolkning, der ikke har nogen kronisk sygdom, 36 %. Dertil ses det, at 27 % af den voksne befolkning har én kronisk sygdom, der ikke er gigt- og rygsygdom, ligesom 27 % lider af multisygdom, men uden gigt- og rygsygdom. 2 % af den voksne befolkning har én gigt- og rygsygdom, mens 8 % lider af multisygdom, herunder gigt- og rygsygdom.

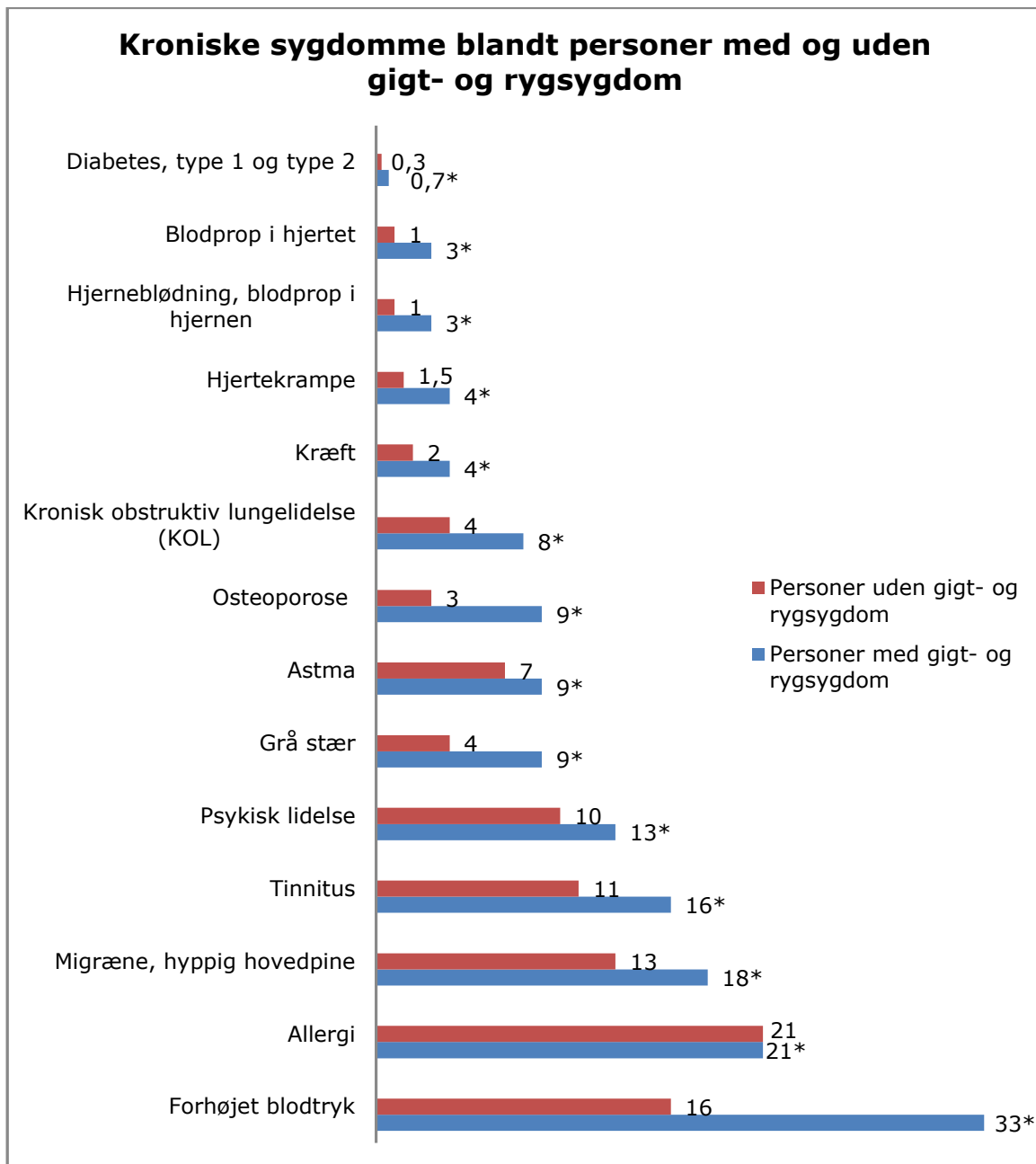
Figur 3. Antallet af kroniske sygdomme hos personer med gigt- og rygsygdom i den voksne befolkning (16+ år)



Note: Tallene er opgjort på baggrund af Den Nationale Sundhedsprofil og data fra Landspatientregisteret (2013). Tallene i parentes angiver det estimerede antal personer (afrundet til nærmeste tusinde) i hver kategori. Se appendiks for flere informationer.

Af figur 3 fremgår det, at 27 % af personer med gigt- og rygsygdom ikke har andre kroniske sygdomme. Af disse har ca. 40.000 personer flere gigt- og rygsygdomme. Dertil viser figur 3, at 32 % af personer med gigt- og rygsygdom har én anden kronisk sygdom, ligesom 32 % har to til tre andre kroniske sygdomme. 9 % blandt personer med gigt- og rygsygdom har fire eller flere andre kroniske sygdomme. Dermed er andelen blandt personer med gigt- og rygsygdom, der har andre sygdomme end gigt- og rygsygdom, 73 %.

Figur 4. Forekomsten (%) af andre kroniske sygdomme hos personer med og uden gigt- og rygsygdom i den voksne befolkning (16+ år).



Note: Tallene er opgjort på baggrund af Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og data fra Landspatientregisteret i perioden 2008-2013. Tallene angiver den estimerede andel. * angiver signifikante forskelle kontrolleret for forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau.

Af figur 4 fremgår det, at både personer med og uden gigt- og rygsygdom oftest lider af forhøjet blodtryk og allergi, hvilket er de mest udbredte kroniske sygdomme i befolkningen som helhed. Dertil er migræne/hyppig hovedpine, psykiske lidelser og tinnitus udbredte kroniske sygdomme i begge grupper. Alle

14 selvrapporterede kroniske sygdomme er desuden signifikant mere udbredte blandt personer med gigt- og rygsygdom end blandt personer uden gigt- og rygsygdom, når der kontrolleres for forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau mellem de to grupper. Dertil ses det, at andelen med diabetes, samtlige hjerte-kar-sygdomme, kræft, KOL og grå stær er dobbelt så stor blandt personer med gigt- og rygsygdom som blandt personer uden gigt- og rygsygdom.

Tabel 1. Så meget større er risikoen for at have én eller flere andre kroniske sygdomme, der ikke er gigt- og rygsygdom, hos personer med gigt- og rygsygdom sammenlignet med personer uden gigt- og rygsygdom, efter at der er kontrolleret for forskelle i køn, alder og uddannelse mellem de to grupper².

	Én anden kronisk sygdom Relativ risiko (SI)	To-tre andre kroniske sygdomme Relativ risiko (SI)	Fire eller flere andre kroniske sygdomme Relativ risiko (SI)
Ingen gigt- og rygsygdom (ref.)	- 1,33* (1,26;1,4)	- 1,79* (1,70;1,89)	- 2,67* (2,45;2,91)
Gigt- og rygsygdom			
Køn			
Mand (ref.)	-	-	-
Kvinde	1,26* (1,22;1,3)	1,50* (1,45;1,54)	1,73* (1,62;1,85)
Alder			
16-29-årige (ref.)	-	-	-
30-59-årige	1,31* (1,26;1,36)	1,74* (1,67;1,82)	3,82* (2,45;2,91)
60-74-årige	2,04* (1,94;2,13)	3,40* (3,23;3,59)	9,52* (8,23;11,00)
75+-årige	2,55* (2,4;2,72)	5,18* (4,84;5,54)	18,21* (15,61;21,24)
Uddannelse			
Kort (ref.)	-	-	-
Mellemlang	0,97 (0,94;1,01)	0,90* (0,86;0,93)	0,66* (0,61;0,71)
Lang	0,95* (0,91;0,99)	0,81* (0,78;0,85)	0,70* (0,015;0,02)

Note: * $p < 0,05$, SI: sikkerhedssintervaller, ref.: referencegruppe.

Af tabel 1 fremgår det, at personer med gigt- og rygsygdom har signifikant flere andre kroniske sygdomme end personer uden gigt- og rygsygdom, når der er taget højde for forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau mellem de to grupper. Således har personer med gigt- og rygsygdom oftere flere andre kroniske sygdomme, herunder 1,33 gange højere risiko for én anden kronisk syg-

² Estimaterne er baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og data fra Landspatientregisteret (2013).

dom, 1,79 gange højere risiko for to-tre andre kroniske sygdomme og 2,67 gange større risiko for at have fire eller flere andre kroniske sygdomme end personer uden gigt- og rygsygdom. Desuden fremgår det, at kvinder i forhold til mænd har 1,26 gange større risiko for at have én anden kronisk sygdom, 1,5 gange større risiko for at have to-tre andre kroniske sygdomme og 1,73 gange større risiko for at have fire eller flere andre kroniske sygdomme. På samme måde ses det, at risikoen for at have andre kroniske sygdomme stiger med alderen. Dette ses for både én, to-tre og fire eller flere andre kroniske sygdomme. Eksempelvis har personer over 75 år en 18 gange højere risiko for at have fire eller flere andre kroniske sygdomme end de 16-29-årige. For uddannelse ses der generelt en tendens til, at personer med en kort uddannelse er i større risiko for at have både én, to-tre og fire eller flere andre kroniske sygdomme, når man sammenligner med personer, der har en mellemlang eller lang uddannelse. Det bør dog bemærkes, at der ikke findes en signifikant forskel mellem kort og mellemlang uddannelse, når man ser på risikoen for at have én anden kronisk sygdom. Sikkerhedsintervallet, der anvendes som et estimat for usikkerheden af den relative risiko, er imidlertid meget smalt og nærmer sig en statistisk signifikant forskel.

2. Behandlingsomkostninger blandt personer med gig- og ryg-sygdom

Datagrundlaget for følgende analyser er baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013 i kombination med data fra Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistiskregisteret.

Tabel 2. Gennemsnitlige behandlingsomkostninger i 2013 i den voksne befolkning (16+ år) fordelt på seks grupper.

	Ambulant behandling	Indlæggelses- behandling	Behandling i almen praksis	Medicin	Total
Befolkningen (N=4.560.000)	5.500	6.200	2.100	1.700	15.500
Personer uden kronisk sygdom (N=1.630.000)	2.800	3.000	1.300	700	7.800
Personer med én kronisk sygdom , der <i>ikke</i> er gig- og rygsygdom (N=1.240.000)	4.600	4.400	1.900	1.300	12.200
Personer med én gig- og rygsyg- dom (N=80.000)	9.800	11.100	2.500	1.400	24.900
Personer med multisygdom , der <i>ikke har</i> gig- og rygsygdom (N=1.230.000)	7.300	8.500	2.800	2.900	21.400
Personer med multisygdom , der <i>har</i> gig- og rygsygdom (N=380.000)	13.800	17.400	3.800	3.800	38.700

Note: Priserne er gennemsnitlige omkostninger pr. person i DKK afrundet til nærmeste hundrede. I analysen er der ikke kontrollet for forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau mellem grupperne.

Af tabel 2 fremgår det, at personer med multisygdom, der ikke samtidig lider af gig- og rygsygdom, i gennemsnit kostede 21.400 kr. i behandlingsomkostninger i sundhedsvæsenet i 2013. Derimod ses det, at personer med multisygdom, herunder gig- og rygsygdom, i gennemsnit kostede 38.700 kr. Personer, der alene lider af én gig- og rygsygdom, kostede i gennemsnit 24.900 kr., mens personer med én kronisk sygdom, der ikke er gig- og rygsygdom, kostede 12.200 kr. Til sammenligning kostede personer uden kronisk sygdom 7.800 kr. i behandlingsomkostninger i sundhedsvæsenet i 2013.

Tabel 3. Så meget højere er behandlingsomkostningerne blandt personer med multisygdom, der også har gigt- og rygsygdom, sammenlignet med personer med multisygdom uden gigt- og rygsygdom, efter at der er kontrolleret for forskelle i køn, alder og uddannelse mellem de sammenlignede grupper.

Multisygdom (>1 kronisk sygdom)		
	Koef.	SI
Ingen gigt- og rygsygdom (<i>ref.</i>)	-	-
Gigt- og rygsygdom	12.202*	(10.904;13.501)
Køn		
Mand (<i>ref.</i>)	-	-
Kvinde	-57	(-1.343;1.456)
Alder		
16-29-årige (<i>ref.</i>)	-	-
30-59-årige	9.053*	(7.738;10.369)
60-74-årige	23.340*	(21.258;25.423)
75+-årige	26.530*	(24.460;28.601)
Uddannelse		
Kort (<i>ref.</i>)	-	-
Mellemlang	-1.103	(-2.637;432)
Lang	-841	(-2.773;1.090)

Note: Der er anvendt en *two part*-regressionsmodel – se appendiks. * $p < 0,05$, SI: sikkerhedsintervaller, koef.: koefficient i DKK, *ref.*: referencegruppe.

Af tabel 3 fremgår det, at givet en person med multisygdom også har gigt- og rygsygdom, koster vedkommende gennemsnitligt 12.200 kr. mere i behandlingsomkostninger i sundhedsvæsenet om året end en person med multisygdom, der ikke også har gigt- og rygsygdom, når der er taget højde for forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau mellem de to grupper. Det fremgår desuden, at personer med multisygdom koster signifikant mere med alderen, og aldersgrupperne 30-59 år, 60-74 år og 75+ år koster således signifikant mere end multisyge i alderen 16-29 år. Eksempelvis ses det, at en person med multisygdom i alderen 60-74 år gennemsnitlig koster 23.340 kr. mere i behandlingsomkostninger i sundhedsvæsenet end en person med multisygdom i alderen 16-29 år. Køn og uddannelse har tilsyneladende ingen betydning for behandlingsomkostninger i sundhedsvæsenet blandt multisyge.

Tabel 4. Så meget højere er behandlingsomkostningerne blandt personer med gigt- og rygsygdom, der også har multisygdom, sammenlignet med personer med gigt- og rygsygdom uden multisygdom, efter at der er kontrolleret for forskelle i køn, alder og uddannelse mellem de sammenlignede grupper.

Gigt- og rygsygdom		
	Koef.	SI
Ikke multisygdom (<i>ref.</i>)	-	-
Multisygdom (>1 kronisk sygdom)	14.386*	(11.242;17.529)
Køn		
Mand (<i>ref.</i>)	-	-
Kvinde	1.348	(-972;3.668)
Alder		
16-29-årige (<i>ref.</i>)	-	-
30-59-årige	10.134*	(6.570;13.698)
60-74-årige	24.901*	(20.539;29.342)
75+-årige	Ikke muligt at estimere	
Uddannelse		
Kort (<i>ref.</i>)	-	-
Mellemlang	-415	(-3.170;2.276)
Lang	-1.069	(-4.938;2.022)

Note: *Two part*-regressionsmodel – se appendiks. * $p < 0,05$, SI: sikkerhedsintervaller, koef.: koefficient i DKK, *ref.*: referencegruppe.

Af tabel 4 fremgår det, at personer med gigt- og rygsygdom, der også samtidig har multisygdom, koster 14.386 kr. mere i behandlingsomkostninger om året end personer, der kun har én gigt- og rygsygdom, når der er taget højde for den variation, der må tilskrives køn, alder og uddannelsesniveau. Resultatet er statistisk signifikant. Af tabel 4 fremgår det desuden, at personer med gigt- og rygsygdom koster signifikant mere med alderen, og aldersgrupperne 30-59 år og 60-74 år koster således signifikant mere end personer med gigt- og ryg- sygdom i alderen 16-29 år. Eksempelvis ses det, at en person med gigt- og rygsygdom i alderen 60-74 år gennemsnitlig koster 24.901 kr. mere i behandlingsomkostninger i sundhedsvæsenet end en person med gigt- og rygsygdom i alderen 16-29 år. Køn og uddannelse har tilsyneladende ingen betydning for behandlingsomkostninger i sundhedsvæsenet blandt personer med gigt- og rygsygdom.

Diskussion

Nærværende undersøgelse har til formål at øge vores viden om sygdomsprofilen blandt personer med gigt- og rygsygdom samt øge vores viden om behandlingsomkostninger hos personer med gigt- og rygsygdom.

Undersøgelsen viser, at langt de fleste personer med gigt- og rygsygdom har multisygdom. Således lider ca. 40.000 personer af mere end én gigt- og rygsygdom, mens 73 % af alle med gigt- og rygsygdom samtidig lider af andre kroniske sygdomme. Multisygdom er med andre ord normen frem for undtagelsen for personer med gigt- og rygsygdom. Eksempelvis ses det, at 32 % af personer med gigt- og rygsygdom samtidig har to til tre andre kroniske lidelser, mens næsten hver tiende blandt personer med gigt- og rygsygdom har fire eller flere andre kroniske lidelser. En medvirkende årsag til denne tendens kan være, at personer med gigt- og rygsygdom oftere går til lægen, hvorved sandsynligheden for at blive diagnosticeret med en anden sygdom er større.

Undersøgelsen viser desuden, at gigt- og rygsygdom har stor betydning for forbruget af sundhedsydelser i sundhedsvæsenet. Således er omkostningerne for personer med multisygdom, der samtidig har gigt- og rygsygdom, markant højere end for personer med multisygdom, der ikke har gigt- og rygsygdom. Ligeledes viser undersøgelsen, at der er markant højere behandlingsomkostninger forbundet med personer med gigt- og rygsygdom, der samtidig også har multisygdom, end personer, der kun har gigt- og rygsygdom.

Sammenligning med tidligere fund

Nærværende undersøgelse finder, at andelen med diabetes, forhøjet blodtryk, hjertekrampe, blodprop og hjerneblødning er dobbelt så stor blandt personer med gigt- og rygsygdom som hos personer uden. Undersøgelsens resultater bekræfter dermed tidligere internationale studier (3,11,12), der har dokumenteret en sammenhæng mellem gigt- og rygsygdom og andre kroniske sygdomme og multisygdom (3). Resultaterne af nærværende undersøgelse viser desuden, at andelen med kræft, KOL og grå stær er dobbelt så stor blandt personer med gigt- og rygsygdom som hos personer uden. Dette bidrager med ny viden om forholdet mellem gigt- og rygsygdom og andre kroniske sygdomme,

mens resultater vedrørende hjerte-kar-sygdomme og diabetes replikerer disse vigtige fund i en dansk kontekst. Tilsammen peger resultaterne på, at gigt- og rygsygdom ofte går hånd i hånd med andre alvorlige og livstruende sygdomme.

Nærværende undersøgelse tegner et billede af, at gigt- og rygsygdom kan medføre et markant højere behandlingsforbrug i sundhedsvæsenet blandt personer med multisygdom. Således viser resultaterne af undersøgelsen, at et i forvejen højt forbrug, som det kendes blandt personer med multisygdom (20,21), øges. Helt præcis øges behandlingsomkostningerne for en person med multisygdom med gennemsnitlig 12.202 kr., hvis personen samtidig har gigt- og rygsygdom. Resultaterne af nærværende undersøgelse viser desuden, at multisygdom øger behandlingsomkostningerne blandt personer med gigt- og rygsygdom. Således koster en person med gigt- og rygsygdom, der har multisygdom, gennemsnitlig 14.386 kr. mere i behandlingsomkostninger årligt end en person, der kun har én gigt- og rygsygdom. Lignende resultater er dokumenteret i et hollandsk studie (18), hvor forbruget af behandlingsomkostninger blandt personer med muskel-skelet-sygdom (herunder gigt) er markant større end blandt personer med andre kroniske lidelser. Dertil peger det hollandske studie på, at forbruget af behandlingsomkostninger stiger med antallet af kroniske sygdomme og stiger yderligere, hvis én af lidelserne er en muskel-skelet-sygdom (18).

Nærværende undersøgelse bekræfter dermed tidligere fund på området, men bidrager blandt andet med ny viden om, hvilke sygdomme der er særligt udbredte blandt personer med gigt- og rygsygdom, ligesom undersøgelsen udvider eksisterende viden om sammenhængen mellem gigt- og rygsygdom, multisygdom og behandlingsomkostninger. Undersøgelsen er desuden baseret på data af yderst høj kvalitet, herunder valide og nøjagtige registeroplysninger i kombination med repræsentative selvrapporterede data fra en stor national befolkningsundersøgelse. Tilsammen understreger dette resultaternes validitet og generaliserbarhed.

Sammenfattende understreger resultaterne af nærværende undersøgelse vigtigheden af en tilstrækkelig indsats hos de praktiserende læger, som er dem,

der oftest varetager behandling af kronisk syge. Ligeledes understreger undersøgelsen betydningen af en hensigtsmæssig, helhedsorienteret tilrettelæggelse af behandlingsforløb i det specialiserede sundhedsvæsen for at bedre betingelserne for personer med gigt- og rygsygdom. Undersøgelsens resultater understreger desuden behovet for kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, der fokuserer specifikt på forholdet mellem gigt- og rygsygdom i samspil med andre kroniske sygdomme. Sluttelig øger undersøgelsen af personer med gigt- og rygsygdom vores forståelse af patientgruppens økonomiske indvirkning på sundhedsvæsenet og understreger, at personer med gigt- og rygsygdom er en yderst belastet patientgruppe, hvor specialiseret og målrettet behandling, forebyggelse og rehabilitering med fordel vil kunne bedre vilkårene for patienterne og potentielt mindske forbruget af sundhedsydelser.

Metodiske begrænsninger

Forekomsten af gigt- og rygsygdom er betydeligt lavere, end hvad tidligere danske undersøgelser har vist (9,10). Forskellen skyldes formentlig, at der i nærværende undersøgelse udelukkende er brugt diagnoseoplysninger fra Landspatientregisteret, mens tidligere undersøgelser blandt andet har været baseret på selvrapporterede oplysninger. Endvidere er der alene anvendt kontaktbaserede data fra Landspatientregisteret i perioden 2008-2013, hvilket indebærer, at kun de patienter, der har været i kontakt med det specialiserede sundhedsvæsen i forbindelse med deres gigt- og rygsygdom i denne periode, indgår i undersøgelsens analyser. På baggrund af dette datagrundlag er det således svært at estimere forekomster, og disse estimater bør tolkes varsomt. Personer med gigt- og rygsygdom, der behandles i nærværende undersøgelse, er karakteriseret ved at have modtaget behandling for deres gigt- og rygsygdom i det specialiserede sundhedsvæsen (i forbindelse med indlæggelse eller ambulant behandling på et hospital) i perioden 2008-2013. Der er derfor formentlig tale om en gruppe af patienter, der er kendetegnet ved sygdom af særlig alvorlig eller svær karakter, hvilket kan have betydning for forekomsten af andre kroniske sygdomme, ligesom det kan have betydning for behandlingsomkostningerne.

Undersøgelsen finder, at omkostningerne forbundet med multisygdom er lavere, end tidligere danske undersøgelser har påvist (17). I nærværende undersøgelse er multisygdom defineret ud fra en række selvrapporterede kroniske sygdomme (se appendiks), og udvalget og antallet af sygdomme varierer ofte på tværs af opgørelser. I forlængelse heraf har det kun været muligt at anvende registerdata på behandlingsomkostninger fra år 2013, da der ikke foreligger selvrapporterede data på multisygdom inden 2013. Omkostningerne er således alene beregnet for et enkelt år. Ligeledes bør det fremhæves, at det i forbindelse med opgørelse af behandlingsomkostninger har stor betydning, hvilke omkostninger der opgøres. I nærværende undersøgelse opgøres ikke omkostninger i psykiatrisk regi til ambulant behandling eller indlæggelser.

Sluttelig havde særskilte omkostningsopgørelser på personer med specifikke gigt- og rygsygdomsdiagnoser (herunder artrose, ikke-inflammatorisk gigt og rygsygdom og inflammatorisk gigt) kunnet bidrage med yderligere viden. Dette har ikke været muligt, da datagrundlaget er for lille (manglende statistisk styrke).

Referencer

1. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen, F. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. 1st ed. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
2. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ. 2003;81:646-56.
3. Barbour KE, Helmick CG, Boring M et al. Vital Signs: Prevalence of Doctor-Diagnosed Arthritis and Arthritis-Attributable Activity Limitation – United States, 2013–2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2017;66:246-53.
4. Gigtforeningen. Nøgletal for gigtsygdomme. 2. Udgave. Gentofte: Gigtforeningen; 2017.
5. Gigtforeningen. Viden om gigt. Indhentet d. 17.08.17 på <https://www.gigtforeningen.dk/viden-om-gigt/>
6. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. Arthritis Rheumatol. 2008;58:26–35.
7. Sacks JJ, Luo YH, Helmick CG. Prevalence of specific types of arthritis and other rheumatic conditions in the ambulatory health care system in the United States, 2001–2005. Arthritis Care Res. 2010;62:460-64.
8. Statens Institut for Folkesundhed. Muskel-skelet-lidelser i Danmark. Nøgletal 2015. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2015.
9. Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
10. Koch M B, Davidsen M, Juel K. De samfundsmæssige omkostninger ved rygsygdomme og rygsmerter i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2011.
11. Simões D, Araujo FA, Severo M et al. Patterns and consequences of multimorbidity in the general population: there is no chronic disease management without rheumatic disease management. Arthritis Care Res. 2017;69:12–20.
12. van der Zee-Neuen A, Putrik P, Ramiro S et al. Work outcome in persons with musculoskeletal diseases: Comparison with other chronic diseases & the role of musculoskeletal diseases in multimorbidity. Arthritis Care Res. 2016;68:1823–31.
13. Fortin M, Bravo G, Hudon C et al. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. Ann Fam Med. 2005;3:223–28. <http://doi.org/10.1370/afm.272>.
14. Lau CJ, Lykke M, Andreasen AH et al. Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom. København: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2015
15. Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M et al. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.
16. Wright N, Smeeth L, Heath I. Moving beyond single and dual diagnosis in general practice. Many patients have multiple morbidities, and their needs have to be addressed. BMJ. 2003;326:512-14.
17. Statens Serum Institut. Store udgifter forbundet med multisygdom. København: Statens Serum Institut; 2015.

18. van der Zee-Neuen A, Putrik P, Ramiro S et al. The Number of Morbidities Drives the Health Care Expenditures and Presence of A Musculoskeletal Condition is Additionally Accountable for Higher Costs. *Ann Rheum Dis.* 2014;73:137.
19. Illemann A, Davidsen M, Ekholm O et al. *Danskerne Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
20. Hopman P, Heins MJ, Rijken M, et al. Health care utilization of patients with multiple chronic diseases in The Netherlands: Differences and underlying factors. *Eur J Intern Med.* 2015;26:190-6. doi: 10.1016/j.ejim.2015.02.006. Epub 2015 Feb 20.
21. van Oostrom SH, Picavet HS, de Bruin SR et al. Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. *BMC Fam Pract.* 2014;15:61. doi: 10.1186/1471-2296-15-61.
22. Schmidt M, Schmidt SAJ, Sandegaard JL et al. The Danish National Patient Registry: a review of content, data quality, and research potential. *Clin Epidemiol.* 2015;7:449-90. DOI: 10.2147/CLEP.S91125
23. Andersen JS, Olivarius NDF, Krasnik A. The Danish National Health Service Register. *Scand J Public Health.* 2011;39 (7 suppl):34-7.
24. Kildemoes HW, Sørensen HT, Hallas J. The Danish National Prescription Registry. *Scand J Public Health.* 2011;39(suppl 7):38-41.

Appendiks

Datagrundlag

Undersøgelsen er baseret på spørgeskemadata fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013 i kombination med data fra Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret. Data fra Den Nationale Sundhedsprofil er indsamlet i hver enkelt af de fem danske regioner i første halvdel af 2013. Undersøgelsens datagrundlag udgør derved 162.283 personer.

Oplysninger, der vedrører kroniske sygdomme (med undtagelse af gigt- og rygsygdom) samt relevante baggrundsvARIABLE (køn, alder og uddannelse), er baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013 (19). Oplysninger om gigt- og rygsygdom er indhentet i Landspatientregisteret i perioden 2008-2013 (22), mens oplysninger om behandlingsudgifter er indhentet i Sygesikringsregisteret (23), Landspatientregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret for år 2013 (24).

Den Nationale Sundhedsprofil 2013

Den Nationale Sundhedsprofil 2013 er en repræsentativ tværsnitsundersøgelse, som omfatter borgere på 16 år og derover, der pr. 1. januar 2013 havde bopælsadresse i Danmark. Deltagere blev tilfældigt udtrukket via CPR-registeret. En udtrukket person fik dernæst tilsendt et introduktionsbrev samt et papirspørgeskema, ligesom det i nogle regioner var muligt at udfylde et spørgeskema på internettet. Deltagere blev tydeligt informeret om, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at besvarelsesne ville blive behandlet fortroligt.

Der blev i alt udsendt spørgeskemaer til 300.450 borgere i Danmark: 25.000 spørgeskemaer i den nationale stikprøve, 95.150 i Region Hovedstaden, 34.000 i Region Sjælland, 56.300 i Region Syddanmark, 35.700 i Region Nordjylland og 54.300 i Region Midtjylland. Den samlede svarprocent for alle fem regioner var 54 %. I alt besvarede 162.283 borgere spørgeskemaet. Af tabel 5 fremgår svarpersonernes sammensætning i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

Tabel 5. Svarpersonernes socio-demografiske sammensætning i Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

Socio-demografi		
	N (162.283)	%
Køn		
Kvinde	87.733	54
Mænd	74.550	46
Alder		
16-29-årige	31.623	20
30-59-årige	84.386	52
60-74-årige	29.721	18
75+-årige	16.553	10
Uddannelse		
Kort	84.899	57
Mellemlang	43.081	29
Lang	21.732	15

Vægtning

For at korrigere for forskelle i udtrækssandsynlighed imellem landets 98 kommuner samt forskelle i responsrate i forhold til socio-demografiske faktorer, sygehusforbrug mv. har Danmarks Statistik konstrueret en vægt for hver respondent. Disse vægte muliggør at foretage analyser på befolkningsniveau.

Definition og operationalisering af centrale begreber

Gigt- og ikke-inflammatoriske rygsygdomme. Populationen af gigt- og rygpatienter opdeles i tre kategorier i undersøgelsen: 1) artrose, 2) ikke-inflammatoriske rygsygdomme og 3) udvalgte inflammatoriske gigtsygdomme. Dertil anvendes en samlet kategori: 4) gigt- og rygsygdom i alt.

Artrose. Respondenter som ifølge Landspatientregisteret inden for en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen har fået stillet diagnosen artrose som aktions- eller bidiagnose: SKS-koderne DM15 (slidgigt i flere led), DM16 (slidgigt i hofte), DM17 (slidgigt i knæ), DM18 (slidgigt i tommelfingers rodled) og DM19 (andre former for slidgigt).

Ikke-inflammatorisk gigt- og rygsygdom. Respondenter som ifølge Landspati-entregisteret inden for en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen har fået stillet diagnosen for udvalgte rygsygdomme som aktions- eller bidiagnose: SKS-koderne DM47 (spondylose), DM48 (andre sygdomme i rygsøjlen), DM50 (sygdomme i halshvirvelsøjlels båndskiver), DM51 (sygdomme i lumbale og torakale båndskiver), DM53 (andre rygsygdomme IKA) og DM54 (rygsmerter).

Udvalgte inflammatoriske gigtsygdomme. Respondenter som ifølge Landspati-entregisteret inden for en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen har fået stillet diagnosen inflammatorisk gigt som aktions- eller bidiagnose: SKS-koderne DM05 (seropositiv leddegigt), DM06 (andre former for leddegigt), DM45 (spondylitis ankylopoietica), DM46 (andre inflammatoriske spondylopati-er) og DM07 (psoriatisk artropati og artropati ved tarmlidelse).


Kroniske sygdomme. Følgende 14 sygdomme, der er selvrapporteret i Den Na-tionale Sundhedsprofil 2013 (aktuel sygdom eller eftervirkninger), medtages ved opgørelse af sygdomme ud over gigt- og rygsygdom:

- i. Kredsløbssygdomme: forhøjet blodtryk, hjertekrampe, blodprop i hjertet og apopleksi
- ii. Endokrine/stofskiftesygdomme: diabetes, type 1 og type 2
- iii. Kræft
- iv. Luftvejslidelser og allergi: kronisk obstruktive lungelidelser, astma og allergi
- v. Muskel-skelet-sygdomme: osteoporose
- vi. Psykiske lidelser
- vii. Sygdomme i nerve- og sanseorganer: migræne/hyppig hoved-pine, tinnitus og grå stær

Multisygdom. Multisygdom defineres som den samtidige tilstedeværelse af to eller flere kroniske sygdomme på baggrund af selvrapporterede data. Desuden defineres multisygdom som personer med én gigt- og rygsygdom, der samtidig har mindst én af de 14 sygdomme på ovenstående liste. Herved kombineres registeroplysninger vedrørende gigt- og rygsygdom med selvrapporterede data vedrørende andre kroniske sygdomme. Desuden defineres personer med flere

gigt- og rygsygdomme som multisygge. Sidste gruppe er baseret på registeroplysninger.

Nedenfor ses opdeling af multisygdom;

- i. Ingen sygdom
 - ii. En kronisk sygdom
 - iii. To-tre kroniske sygdomme
 - iv. Fire eller flere kroniske sygdomme
- 

- 1) Personer, der har to eller flere af ovenstående 14 kroniske lidelser, men ikke gigt- og rygsygdom
- 2) Personer, der har én gigt- og rygsygdom og én eller flere af de 14 kroniske sygdomme
- 3) Personer, der har mere end én gigt- og rygsygdom

Behandlingsomkostninger. Behandlingsomkostninger opgøres for hver respondent som summen af 1) omkostninger til sygehusbehandling opgjort ud fra DRG-forbrug i Landspatientregisteret, 2) omkostninger til behandling i almen praksis opgjort i Sygesikringsregisteret og 3) medicinomkostninger for indløste recepter opgjort i Lægemiddelstatistikregisteret.

Statistisk dataanalyse

I analyserne er anvendt deskriptiv statistik samt statistiske analyser med henblik på at teste for forskelle.

I de statistiske analyser vedrørende risikoen for andre kroniske sygdomme blandt personer med gigt- og rygsygdom (tabel 1) er der anvendt logistisk regressionsanalyse. På baggrund af analysen angives relativ risiko (RR), hvilket er et mål for risikoen for et givent udfald for en bestemt subgruppe sammenlignet med referencegruppen, der har værdien 1. I disse analyser er der ligeledes taget højde for den variation, der må tilskrives forskelle i køn, alder og uddannelse mellem de sammenlignede grupper. Hvis en RR er markeret med en stjerne, angiver dette, at risikoen er statistisk signifikant, dvs. risikoen i den undersøgte gruppe er større eller mindre end referencegruppen for den betrag-

tede variabel ($RR > 1$ = risiko; $RR < 1$ = mindre risiko). I tabellerne indgår desuden *SI* (sikkerhedsintervaller), som anvendes som et estimat for usikkerheden af den relative risiko. Der er benyttet et 95 % sikkerhedsinterval.

Der er desuden benyttet en *two part*-regressionsmodel til de økonomiske analyser, da omkostningerne ikke er normalfordelt og i mange tilfælde er 0. Koefficienten (koef.) angiver den gennemsnitlige meromkostning for den betragtede variabel, når der er taget højde for den variation, der må tilskrives forskelle i køn, alder og uddannelse mellem de sammenlignede grupper. Hvis koefficienten er markeret med en stjerne, angiver dette, at koefficienten er statistisk signifikant, dvs. omkostningen i den undersøgte gruppe er større eller mindre end referencegruppen for den betragtede variabel. Referencegruppen, som er den gruppe, hvormed der sammenlignes, har altid værdien 0. I tabellerne indgår desuden sikkerhedsintervaller (*SI*), som anvendes som et estimat for usikkerheden af den estimerede effekt.

Alle analyser er udført i STATA, version 14 og foretaget på Danmarks Statistiks forskermaskine.

